



# Quelle peut être la plus-value d'une pharmacienne impliquée dans le processus de sortie d'hôpital de patients hospitalisés dans des services de médecine et de chirurgie ?

## Travail de diplôme pour l'obtention du titre de Pharmacienne spécialiste FPH en pharmacie hospitalière

Présenté par

**Mme Laurane Girard**

Sous la supervision de

**Dr. Pierre-Alain Jolivot**

PharmD, PhD Clin. Epidemiol., Pharmacien spécialiste FPH Pharmacie hospitalière, responsable des secteurs pharmacie clinique, vigilance-incidents et formation, Pharmacie interjurassienne

**Dr. Joël Wermeille**

Pharmacien spécialiste FPH Pharmacie hospitalière et clinique, Pharmacien chef, Pharmacie interjurassienne

Berne, mai 2024

## Remerciements

Je tiens à remercier le Dr. pharm Pierre-Alain Jolivot, pharmacien à la Pharmacie interjurassienne et responsable du secteur formation notamment, qui m'a encadrée tout au long de ce travail de diplôme. Je le remercie pour sa précieuse disponibilité, ses conseils avisés ainsi que ses nombreuses relectures attentives.

Je remercie le Dr. Joël Wermeille, pharmacien chef à la Pharmacie interjurassienne, pour son appui et la mise à disposition de toutes les ressources nécessaires afin que je puisse réaliser ce travail dans les meilleures conditions possibles.

J'exprime ma gratitude à tous mes collègues de la Pharmacie interjurassienne, pharmaciens et assistantes en pharmacie, qui m'ont soutenue dans ce projet et qui ont assuré mes remplacements lors de cette période.

Mes remerciements vont également à l'ensemble des médecins assistants, médecins chefs de clinique, médecins chefs et infirmiers des unités de médecine et de chirurgie des hôpitaux de Moutier, St-Imier et de Delémont.

Je souhaite remercier du fond du cœur ma famille et mes amis, pour leur soutien sans faille.

Enfin, merci Jonathan, mon meilleur guide, pour tes encouragements et ton amour au quotidien, qui m'ont donné la force de mener à bien ce travail.

## Résumé

### Contexte

De par leur implication dans les visites cliniques, les pharmaciens cliniciens constatent régulièrement des erreurs médicamenteuses lors des sorties de patients. De plus, des insatisfactions relatives à la continuité de la prise en charge médicamenteuse témoignées par les patients à leur sortie laissent penser que des améliorations sont possibles.

### Objectifs

Les objectifs primaires étaient d'évaluer la plus-value d'une pharmacienne impliquée dans les Entretiens Médicamenteux De Sortie (EMDS) sur la satisfaction des patients 4 à 10 jours après la sortie et un critère composite associant le nombre de consultations en urgence (hôpital ou en ville) et le nombre d'hospitalisations non planifiées 30 à 40 jours après la sortie.

Les objectifs secondaires étaient : (1) d'évaluer les pratiques professionnelles actuelles de l'équipe médicale par l'intermédiaire d'un questionnaire d'auto-évaluation en ce qui concerne l'EMDS, (2) d'évaluer les pratiques professionnelles sur le terrain en ce qui concerne le déroulement de l'EMDS, (3) d'identifier les Divergences Intentionnelles (DI) et Non Intentionnelles (DNI) sur l'ordonnance de sortie et le plan de traitement et (4) évaluer l'impact des interventions pharmaceutiques en lien avec les DNI.

### Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude multicentrique réalisée de janvier à juin 2023 dans des services de médecine et chirurgie de deux hôpitaux régionaux de l'Arc jurassien. Les patients inclus dans l'étude devaient : prendre  $\geq 5$  médicaments de manière chronique, être hospitalisés depuis  $\geq 48$  h, rentrer à domicile et ne pas être en situation palliative.

De janvier à juin 2023, un questionnaire d'auto-évaluation a été adressé par courrier électronique aux équipes médicales dans le but d'évaluer les pratiques théoriques en termes d'EMDS (phase I). A leur sortie d'hôpital, les patients inclus dans le premier groupe (période d'inclusion de janvier à mars 2023) ont bénéficié d'une conciliation médicamenteuse (CM) par la pharmacienne ainsi qu'un EMDS selon les habitudes du service (phase II). Les patients inclus dans le deuxième groupe (période d'inclusion d'avril à juin 2023) ont bénéficié d'une CM par la pharmacienne, d'un EMDS selon les habitudes du service et d'un EMDS par la pharmacienne (phase III).

La CM des patients a été réalisée en collaboration avec les médecins en charge des patients. La pharmacienne a analysé les DI et les DNI entre l'ordonnance d'entrée et de sortie. Les interventions pharmaceutiques (IP) réalisées auprès des médecins à la suite d'une DNI ont été saisies (documentation des activités cliniques de la GSASA, version 2021) et les impacts cliniques des IP ont été évalués à l'aide de l'outil CLEO®. Les informations transmises lors des EMDS réalisés selon les habitudes du service ont été analysées par la pharmacienne. Le questionnaire de satisfaction et l'évaluation des consultations en urgence et des réhospitalisations non planifiées a été réalisé par téléphone par la pharmacienne.

## Résultats

Au total, 76 patients ont été inclus avec un âge moyen de  $76.2 \pm 12.9$  ans et un nombre moyen de médicaments à l'entrée de  $8.8 \pm 3.3$ . Toutes les notes moyennes d'appréciation des explications données lors de l'EMDS ainsi que la note moyenne de satisfaction globale étaient statistiquement plus élevées dans le groupe ayant reçu un EMDS supplémentaire avec la pharmacienne. En revanche, il n'y a pas eu de différence statistiquement significative en termes de réduction du nombre de consultations en urgence et de réhospitalisations.

La CM à la sortie a permis d'identifier 374 divergences, dont 278 DI (74.3 %) et 96 DNI (25.7 %). Le nombre moyen de DI par patient était de  $3.7 \pm 2.4$  et le nombre moyen de DNI par patient était de  $1.3 \pm 1.6$ . Les principales raisons des IP liées à une DNI étaient la présence de doublons ( $n = 16$ , 16.7 %), une concentration/dose/posologie incorrectement documentée/manquante ( $n = 16$ , 16.7 %), une indication non traitée ( $n = 12$ , 12.5 %) ou un nom de médicament incorrectement saisi ( $n = 12$ , 12.5 %). L'impact de l'IP était jugé majeur dans 16.7 % des cas ( $n = 16$ ), moyen dans 49.0 % des cas ( $n = 47$ ), mineur dans 32.3 % des cas ( $n = 31$ ) et nul dans 2.1 % des cas ( $n = 2$ ). Le pourcentage de patient ayant  $\geq 1$  DNI était de 52.6 % ( $n = 40$ ) et  $\geq 3$  DNI 18.4 % ( $n = 14$ ).

Concernant les EMDS observés sur le terrain, lors de l'introduction d'un nouveau médicament, la posologie, les modalités de prise ainsi que les effets indésirables ne sont expliqués que dans respectivement 45.9 % ( $n = 72$ ), 17.8 % ( $n = 28$ ) et 7.0 % ( $n = 11$ ) des cas. Lors d'un changement de médicament (changement de nom, de dose, de posologie ou de modalités de prise), le motif du changement est expliqué dans 13.7 % des cas ( $n = 7$ ) et en cas d'arrêt d'un médicament, le motif de l'arrêt est expliqué dans 26.6 % des cas ( $n = 17$ ). Dans 28.9 % des cas ( $n = 22$ ), l'EMDS était conduit par un infirmier et seuls 62.3 % des patients ont reçu un plan de traitement à la sortie, ce qui ne correspond pas avec les recommandations de la FSPS. Seuls 28 questionnaires d'auto-évaluation des pratiques adressés aux médecins ont été recueillis (taux de réponse de 21.9 %). Les résultats montrent néanmoins que la réalité du terrain est parfois surestimée, notamment en termes d'informations transmises aux patients.

## Conclusion

L'implication d'une pharmacienne dans les EMDS à la sortie d'hôpital a permis d'améliorer de manière statistiquement significative la satisfaction des patients par rapport aux EMDS réalisés selon les habitudes du service. Des erreurs médicamenteuses potentiellement graves pour le patient ont pu être corrigées ce qui contribue à la sécurisation de sa prise en charge médicamenteuse. Le déroulement des EMDS pourrait être amélioré notamment en termes d'informations transmises aux patients et de remise de plan de traitement. Selon les recommandations de la FSPS, le pharmacien devrait être impliqué dans le processus de sortie d'hôpital des patients.

## Tables des matières

<b>Remerciements</b> .....	1
<b>Résumé</b> .....	2
<b>Tables des matières</b> .....	4
<b>Liste des abréviations</b> .....	7
<b>Glossaire</b> .....	8
<b>Liste des tableaux</b> .....	10
<b>Liste des figures</b> .....	11
<b>1 Introduction</b> .....	12
1.1 Polymédication et iatrogénie médicamenteuse .....	12
1.2 Points de transition : étapes à risque pour la continuité de la prise en charge médicamenteuse .....	12
1.3 Sécurisation de la médication aux points de transition .....	13
1.3.1 La Conciliation Médicamenteuse .....	13
1.3.1.1 Impact de la conciliation médicamenteuse à l'admission à l'hôpital .....	13
1.3.1.2 Impact de la conciliation médicamenteuse à la sortie .....	15
1.3.2 Mises en œuvre de la conciliation médicamenteuse .....	17
1.3.2.1 Projet international - "High 5s Project" .....	17
1.3.2.2 Projet suisse – Programme <i>Progress!</i> La vérification systématique de la médication aux interfaces .....	17
1.3.2.3 La conciliation médicamenteuse à l'étranger .....	18
1.3.3 Recommandations suisses en termes de conciliation médicamenteuse .....	20
1.3.3.1 A l'admission à l'hôpital .....	20
1.3.3.2 Lors de transferts .....	21
1.3.3.3 A la sortie d'hôpital .....	22
1.4 Rôle du pharmacien aux points de transition .....	25
1.5 Rationnel du présent travail de diplôme .....	26
1.6 Objectifs .....	27
1.6.1 Objectifs primaires .....	27
1.6.2 Objectifs secondaires .....	27
<b>2 Matériel et méthodes</b> .....	28
2.1 Soumission du travail de diplôme à la Commission cantonale d'éthique .....	28
2.2 Design général de l'étude .....	28
2.3 Cadre général de l'étude .....	30
2.4 Phase I : auto-évaluation des pratiques de conciliation médicamenteuse à la sortie d'hôpital .....	31
2.4.1 Cadre et participants .....	31
2.4.2 Variables et sources des données .....	31
2.4.3 Biais .....	31
2.4.4 Taille de l'échantillon .....	32
2.4.5 Méthode statistique .....	32
2.5 Phase II et III .....	33
2.5.1 Cadre .....	33
2.5.2 Participants .....	34
2.5.3 Sources des données .....	36
2.5.4 Déroulement pratique .....	39
2.5.4.1 Suivi des sorties et recrutement des patients .....	39
2.5.4.2 Sortie J <sub>-1</sub> .....	39
2.5.4.3 Sortie H <sub>-1</sub> .....	39

2.5.4.4	Sortie S .....	40
2.5.4.5	Sortie H <sub>+1</sub> .....	40
2.5.4.6	Sortie J <sub>4-10</sub> .....	40
2.5.4.7	Sortie J <sub>30-40</sub> .....	40
2.5.5	Variables .....	41
2.5.6	Biais .....	42
2.5.7	Taille de l'échantillon .....	43
2.5.8	Méthodes statistiques .....	43
<b>3</b>	<b>Résultats</b> .....	<b>44</b>
3.1	Phase I .....	44
3.2	Phase II et III .....	45
3.2.1	Nombre de patients .....	45
3.2.2	Caractéristiques populationnelles .....	46
3.2.3	Objectifs primaires : évaluation de la satisfaction et des consultations/réhospitalisations .....	47
3.2.3.1	Gestion des médicaments par les patients .....	47
3.2.3.2	Evaluation des informations transmises à la sortie et de la satisfaction patient .....	48
3.2.3.3	Evaluation des consultations en urgence toutes causes confondues et réhospitalisations non planifiées .....	49
3.2.4	Critères secondaires .....	50
3.2.4.1	Caractéristiques des EMDS .....	50
3.2.4.2	Divergences médicamenteuses .....	53
3.2.4.2.1	Divergences intentionnelles (DI) .....	53
3.2.4.2.2	Divergences non intentionnelles (DNI) .....	57
3.2.4.2.2.1	Raisons des interventions pharmaceutiques et leurs impacts .....	60
3.2.4.3	Documentation de l'historique des changements médicamenteux .....	61
<b>4</b>	<b>Discussion</b> .....	<b>62</b>
4.1	Discussion générale .....	62
4.2	Satisfaction des patients .....	62
4.3	Consultations en urgence et réhospitalisations .....	68
4.4	Evaluation des EMDS .....	72
4.4.1	Evaluation des EMDS sur le terrain par la pharmacienne .....	72
4.5	Divergences intentionnelles et non intentionnelles .....	77
4.5.1	Divergences intentionnelles et explications reçues à la sortie d'hôpital .....	77
4.5.2	Divergences non intentionnelles .....	80
<b>5</b>	<b>Conclusion</b> .....	<b>84</b>
<b>6</b>	<b>Perspectives</b> .....	<b>85</b>

7	<b>Annexes</b> .....	86
7.1	Annexe 1 : Clarification des compétences auprès de la Commission cantonale d'éthique .....	86
7.2	Annexe 2 : Formulaire de consentement écrit du patient.....	87
7.3	Annexe 3 : FO-01 Auto-évaluation des pratiques professionnelles.....	88
7.4	Annexe 4 : FO-02 Evaluation des entretiens médicamenteux à la sortie d'hôpital.....	89
7.5	Annexe 5 : FO-03 Evaluation des médicaments à la sortie d'hôpital .....	90
7.6	Annexe 6 : FO-04 Questionnaire de satisfaction du patient à la sortie d'hôpital et évaluation des réhospitalisations à 30 jours .....	91
7.7	Annexe 7 : Items, variables, définitions, source et moment de récolte des données FO-02 .....	93
7.8	Annexe 8 : Items, variables, définitions, sources et moment de récolte des données du FO-03.....	96
7.9	Annexe 9 : Items, variables, définitions, sources et moment de récolte des données du FO-04.....	100
7.10	Annexe 10 : Items, variables, définitions, sources et moment de récolte des données concernant la documentation des médicaments et des changements médicamenteux .....	104
7.11	Annexe 11 : Outil de pharmacie clinique CLEO® .....	105
7.12	Annexe 12 : Résultats du questionnaire FO-01 .....	106
7.13	Annexe 13 : Résultats complémentaires .....	112
8	<b>Références</b> .....	116

## Liste des abréviations

<b>AINS</b>	Anti-inflammatoire non stéroïdien
<b>AM</b>	Analyse de Médication
<b>ANSM</b>	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
<b>ANQ</b>	Association Nationale pour le développement de la Qualité dans les hôpitaux et les cliniques
<b>BPMH</b>	Best Possible Medication History = Meilleure Anamnèse Médicamenteuse Possible
<b>CHIR</b>	CHIRurgie générale
<b>CHOR</b>	CHirurgie ORthopédique
<b>CHUV</b>	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
<b>CM</b>	Conciliation Médicamenteuse
<b>CPA</b>	Compte-rendu Pré-Anesthésie
<b>DCI</b>	Dénomination Commune Internationale
<b>DI</b>	Divergence Intentionnelle
<b>DNI</b>	Divergence Non Intentionnelle
<b>EI</b>	Effet Indésirable
<b>EIM</b>	Événement Indésirable Médicamenteux
<b>EM</b>	Erreur Médicamenteuse
<b>EMS</b>	Etablissement Médico-Social
<b>EMDS</b>	Entretien Médicamenteux De Sortie
<b>FSPS</b>	Fondation pour la Sécurité des Patients-Suisse
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>HCAHPS</b>	Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and systems Scores
<b>HDS</b>	Habitudes Du Service
<b>H-JU</b>	Hôpital du JUra
<b>H-JU-D</b>	Hôpital du JUra, site de Delémont
<b>ICUS</b>	Infirmier Chef d'Unité de Soins
<b>IP</b>	Intervention Pharmaceutique
<b>IRPP</b>	Infirmier Référent Parcours-Patient (spécificité du site de Delémont)
<b>JCAHO</b>	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
<b>MAMP</b>	Meilleure Anamnèse Médicamenteuse Possible
<b>MT</b>	Médecin Traitant
<b>NA</b>	Non Applicable
<b>NE</b>	Non Evaluable
<b>OBSAN</b>	OBServatoire pour la SANté
<b>OTC</b>	Over-The-Counter
<b>PIJ</b>	Pharmacie Interjurassienne
<b>RdA-M</b>	Réseau De l'Arc, site de Moutier
<b>RdA-St</b>	Réseau De l'Arc, site de ST-Imier
<b>REAPE</b>	REAdmission Potentiellement Evitable
<b>RFCRPV</b>	Réseau Français des Centres Régionaux de PharmacoVigilance
<b>SAD</b>	Soins A Domicile
<b>SFPC</b>	Société Française de Pharmacie Clinique
<b>SIC</b>	Dossier patient informatisé, utilisé au H-JU et RdA
<b>SMN</b>	Swiss Medical Network

*Dans ce document, l'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte.*

## Glossaire

Les définitions données par la littérature et les différentes lignes directrices internationales sont loin d'être uniformes, ce qui rend la lecture, la critique d'articles scientifiques ainsi que la comparaison entre les études parfois laborieuse. Les définitions rapportées dans ce travail ont été sélectionnées dans des référentiels suisses et français, qui nous ont semblés donner les définitions les plus adéquates [1] [2] [3].

<p><b>Événement indésirable médicamenteux (EIM)</b></p>	<p>« <i>Dommage survenant chez le patient, lié à sa prise en charge médicamenteuse et résultant de soins appropriés, de soins inadaptés ou d'un déficit de soins</i> ».</p> <p>Il peut être évitable ou non et peut porter préjudice au patient ou non.</p> <p>Un EIM peut être la conséquence d'un effet indésirable (EI) (non évitable) ou d'une erreur médicamenteuse (EM) (évitable). Lorsqu'un EIM est secondaire à une EM, il est donc considéré comme évitable. On cherche principalement à réduire les « EIM évitables » [4].</p> <p><i>Exemple : un patient est hospitalisé pour une pneumonie communautaire. Il est habituellement traité par Ramipril, un antihypertenseur. Lors de son hospitalisation, le patient présente des pics hypertensifs. Il est constaté que le patient était traité pour une hypertension artérielle et que son traitement habituel n'a pas été repris lors de son hospitalisation. Le traitement anti-hypertenseur est prescrit et la tension se normalise. Il s'agit d'une EM, qui a pour conséquence un EIM, qui aurait été évitable.</i></p>
<p><b>Effet indésirable médicamenteux (EI)</b></p>	<p>« <i>Réaction nocive et non voulue à un médicament, se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'homme pour la prophylaxie, le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou pour la restauration, la correction ou la modification d'une fonction physiologique</i> ».</p> <p>Plus communément, on retrouve le terme d' « effet secondaire ». Il est par définition non évitable et porte préjudice au patient.</p> <p><i>Exemple : Une patiente chez laquelle un diabète de type 2 est récemment diagnostiqué, se voit prescrire de la Metformine. Quelques jours après avoir commencé son traitement, elle présente des troubles digestifs. Son médecin lui recommande d'arrêter le traitement pour quelques jours et les symptômes disparaissent. Le diagnostic retenu est un effet indésirable imputable au traitement par Metformine.</i></p>
<p><b>Erreur médicamenteuse (EM)</b></p>	<p>« <i>Ecart par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient</i> », c'est-à-dire : « l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte relatif à un médicament ». Une erreur médicamenteuse est évitable, non intentionnelle et peu apparaître à toutes les étapes du circuit du médicament.</p> <p><i>Exemple : Un patient présente des agitations pendant son hospitalisation, mettant en danger le personnel soignant et le patient lui-même. Un neuroleptique est prescrit, à savoir de l'Halopéridol à raison de 10 mg par prise. Peu après avoir reçu le traitement, le patient est somnolent et ne répond plus à des ordres simples. Il s'agit ici d'une erreur de prescription, la dose étant trop élevée.</i></p>
<p><b>Points de transition</b></p>	<p>Moment déterminé du parcours de soins au cours duquel le patient passe d'un lieu/système de prise en charge à un autre induisant un changement de responsabilité dans sa prise en charge. Trois points de transition sont identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ L'admission : elle correspond à l'entrée dans une structure de soins (hôpital ou Etablissement Médico-Social (EMS))</li> <li>○ Le transfert : il correspond au passage d'une unité ou d'un service de soins à un(e) autre, d'un médecin traitant à un autre ou d'un hôpital vers un autre hôpital ou EMS ;</li> <li>○ La sortie : elle correspond au retour à domicile du patient. »</li> </ul> <p>Dans ses lignes directrices, la Fondation pour la Sécurité des Patients-Suisse (FSPS) emploie le synonyme d'interface [3].</p>

<b>Conciliation Médicamenteuse (CM)</b>	« 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 comme sur une coordination pluri-professionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses. Elle favorise la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, les transferts et la sortie d'hôpital. »
<b>Meilleure Anamnèse Médicamenteuse Possible (MAMP)</b>	« Processus qui consiste à dresser la liste de tous les médicaments et préparations qu'un patient utilise au moment de son admission à l'hôpital. »
<b>Divergences médicamenteuses</b>	<p>Les divergences médicamenteuses sont le résultat de la comparaison de la liste des médicaments habituellement pris par le patient (obtenus selon la méthode de la MAMP) et de la prescription en cours. Il peut s'agir de l'ordonnance à l'admission à l'hôpital, pendant l'hospitalisation ou à la sortie).</p> <p>On distingue deux types de divergences médicamenteuses :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Divergences Intentionnelles (DI)</b> : la divergence est voulue par le prescripteur. <i>Exemple : un patient est admis à l'hôpital avec Empagliflozine 10 mg, médicament dont l'indication est peu claire. De plus, après des investigations, une prostatite est diagnostiquée. Connu pour occasionner ce type d'effets secondaires, le médicament est arrêté de suite et ne sera volontairement pas repris sur l'ordonnance de sortie.</i></li> <li>○ <b>Divergences Non Intentionnelles (DNI)</b> : la divergence n'est pas voulue par le prescripteur. <i>N.B. : une DNI est une EM mais une EM ne constitue pas forcément une DNI.</i> <i>Exemple : un patient est admis à l'hôpital avec un traitement par Rosuvastatine 10 mg 1x/jour. Pendant l'hospitalisation, le traitement est substitué par Atorvastatine 20 mg 1x/jour, statine équivalente en liste hospitalière. Sur l'ordonnance de sortie, l'Atorvastatine 20 mg est poursuivie sans raison valable.</i></li> </ul>

Les termes cités dans le glossaire sont mis en relation avec les termes anglophones correspondants, très largement employés dans la littérature scientifique (tableau 1).

**Tableau 1** : Equivalents anglophones des termes définis (par ordre alphabétique des termes français)

Termes français	Termes anglais
Conciliation médicamenteuse (CM)	Medication reconciliation (MR ou MedRec)
Divergence intentionnelle	Intended medication discrepancy (IMD)
Divergence médicamenteuse non intentionnelle (DNI)	Unintended medication discrepancy (UMD)
Effet indésirable (EI) / Effet secondaire	Adverse drug effect/reaction (ADR) / Side effect
Erreur médicamenteuse (EM)	Medication error (ME)
Événement indésirable médicamenteux (EIM)	Adverse drug event (ADE)
Meilleure anamnèse médicamenteuse possible (MAMP)	Best possible medication history (BPHM)
Points de transition	Points of transition of care (PTC)

## Liste des tableaux

<b>Tableau 1</b> : Equivalents anglophones des termes définis (par ordre alphabétique des termes français) .....	9
<b>Tableau 2</b> : Caractéristiques des services et unités en termes de lits aigus .....	33
<b>Tableau 3</b> : Durée de collecte des données en fonction des services et des phases .....	33
<b>Tableau 4</b> : Dates de récolte de données de la phase II .....	34
<b>Tableau 5</b> : Dates de récolte de données de la phase III .....	34
<b>Tableau 6</b> : Critères d'inclusion primaires et secondaires .....	36
<b>Tableau 7</b> : Variables, sources et moment optimal de recueil .....	38
<b>Tableau 8</b> : Caractéristiques populationnelles de base des patients inclus dans la phase II et III .....	46
<b>Tableau 9</b> : Gestion des médicaments par les patients .....	48
<b>Tableau 10</b> : Résultats de l'enquête de satisfaction (phase II vs. phase III) .....	49
<b>Tableau 11</b> : Résultats de l'analyse des consultations en urgence toutes causes confondues et réhospitalisations non planifiées (phase II vs. phase III) .....	50
<b>Tableau 12</b> : Caractéristiques des EMDS en médecine, chirurgie et de manière globale .....	52
<b>Tableau 13</b> : Descriptions des divergences en fonction du service .....	53
<b>Tableau 14</b> : Nombre moyen de divergences (DI et DNI) par patient en fonction du service .....	53
<b>Tableau 15</b> : Descriptions des divergences intentionnelles en fonction du service .....	53
<b>Tableau 16</b> : Caractéristiques des changements de médicaments .....	54
<b>Tableau 17</b> : Caractéristiques des DNI .....	57
<b>Tableau 18</b> : Codes ATC des médicaments impliqués dans les DNI et ratio des DNI par nombre total de divergence .....	58
<b>Tableau 19</b> : Proportion des DNI sur le nombre de médicaments (théoriques et prescrits sur l'ordonnance) à la sortie en fonctions des services .....	59
<b>Tableau 20</b> : Distribution des DNI par patient .....	59
<b>Tableau 21</b> : Raisons des interventions pharmaceutiques selon les services (selon le système de classification proposé par la GSASA) .....	60
<b>Tableau 22</b> : Documentation de l'historique des changements médicamenteux .....	61
<b>Tableau 23</b> : Code ATC des médicaments impliqués dans les DI .....	112
<b>Tableau 24</b> : Explications données lors des EMDS selon les habitudes du service, par service .....	112
<b>Tableau 25</b> : Codes ATC des médicaments impliqués dans les DNI .....	113
<b>Tableau 27</b> : Description des DNI pour lesquelles l'impact de l'intervention pharmaceutique était jugé majeur ...	114

## Liste des figures

<b>Figure 1</b> : Les différentes étapes de la CM selon les recommandations de la FSPS, de l'admission à la sortie.....	20
<b>Figure 2</b> : CM à la sortie - Etape 1 : établissement de la médication de sortie .....	22
<b>Figure 3</b> : CM à la sortie - Etape 2 : contrôle par une deuxième personne .....	22
<b>Figure 4</b> : CM à la sortie - Etape 3 : entretien avec le patient sur la médication de sortie .....	23
<b>Figure 5</b> : CM à la sortie - Etape 4 : information des prestataires de soins .....	24
<b>Figure 6</b> : Périodes d'inclusion.....	29
<b>Figure 7</b> : Processus de recrutement des patients pour la phase II et III .....	35
<b>Figure 8</b> : Diagramme des patients inclus.....	45
<b>Figure 9</b> : Distribution des DI en fonction du service .....	54
<b>Figure 10</b> : Code ATC des médicaments impliqués dans les DI .....	55
<b>Figure 11</b> : Explication données lors d'une introduction d'un nouveau médicament (n = 157) .....	55
<b>Figure 12</b> : Explications données lors d'une modification de médicament (n = 51).....	56
<b>Figure 13</b> : Explications données lors de l'arrêt d'un médicament (n = 64) .....	56
<b>Figure 14</b> : Explications données lors d'une substitution d'un médicament (n = 6).....	56
<b>Figure 15</b> : Code ATC des médicaments impliqués dans les DNI .....	58
<b>Figure 16</b> : Distribution des impacts des interventions pharmaceutiques sur les DNI.....	60
<b>Figure 17</b> : Distribution des réponses à la question B) [2].....	106
<b>Figure 18</b> : Distribution des réponses à la question B) [3].....	106
<b>Figure 19</b> : Distribution des réponses à la question B) [4].....	106
<b>Figure 20</b> : Distribution des réponses à la question B) [5].....	106
<b>Figure 21</b> : Distribution des réponses à la question B) [6].....	107
<b>Figure 22</b> : Distribution des réponses à la question B) [7].....	107
<b>Figure 23</b> : Distribution des réponses à la question B) [8].....	107
<b>Figure 24</b> : Distribution des réponses à la question B) [9].....	107
<b>Figure 25</b> : Distribution des réponses à la question B) [10].....	108
<b>Figure 26</b> : Distribution des réponses à la question B) [11].....	108
<b>Figure 27</b> : Distribution des réponses à la question B) [12].....	108
<b>Figure 28</b> : Distribution des réponses à la question B) [13].....	109
<b>Figure 29</b> : Distribution des réponses à la question B) [14].....	109
<b>Figure 30</b> : Distribution des réponses à la question B) [15].....	109
<b>Figure 31</b> : Distribution des réponses à la question B) [16].....	109
<b>Figure 32</b> : Distribution des réponses à la question B) [17].....	110
<b>Figure 33</b> : Distribution des réponses à la question B) [18].....	110
<b>Figure 34</b> : Distribution des réponses à la question B) [19].....	110
<b>Figure 35</b> : Distribution des réponses à la question B) [20].....	111
<b>Figure 36</b> : Distribution des réponses à la question B) [21].....	111
<b>Figure 37</b> : Distribution des réponses à la question B) [21].....	111

# 1 Introduction

## 1.1 Polymédication et iatrogénie médicamenteuse

Partout dans le monde, le nombre de patients atteints de maladies chroniques augmente [5]. Ces maladies chroniques entraînent une prise en charge médicamenteuse qui peut être lourde, surtout chez les patients âgés. On parle de polymédication lorsqu'un patient prend quotidiennement et régulièrement 5 médicaments ou plus. En Suisse, selon un rapport publié par l'OBServatoire pour la SANTé (OBSAN) en 2017, la polymédication touche 18.3 % de la population. La proportion augmente avec l'âge et chez les personnes âgées de 80 ans ou plus, ce pourcentage passe à 25.3 % [6]. Un des risques de la polymédication est l'apparition d'Événements Indésirables Médicamenteux (EIM). On estime que les patients polymédiqués auraient 88 % plus de risque de présenter des EIM que les patients prenant moins de 5 médicaments [7]. Les EIM ne sont pas sans conséquences. On estime à 10 % les admissions dans un service d'urgence liées à un EIM [7] et un quart de ces EIM serait lié à une Erreur Médicamenteuse (EM) [8]. Une étude réalisée en 2018 par le réseau de pharmacovigilance français, IATROSTAT, a montré que 8.5 % des hospitalisations étaient causées par un EIM, avec un taux de mortalité de 1.3 % [9]. Selon la Fondation pour la Sécurité des Patients-Suisse (FSPS), 20'000 hospitalisations par année seraient dues à des EIM [10]. Une étude observationnelle menée en région parisienne sur un collectif de 700 patients a pu démontrer qu'en moyenne annuelle, 1.4 lit dans un service de soins intensifs de 18 lits est occupé en permanence en raison d'un EIM avec des coûts de séjour estimés à 750'000 Euros par an [11].

## 1.2 Points de transition : étapes à risque pour la continuité de la prise en charge médicamenteuse

Les étapes que constituent l'admission à l'hôpital, les transferts intra-/interhospitaliers ou la sortie d'hôpital (points de transition) représentent un risque pour la continuité de la prise en charge médicamenteuse. A défaut d'une coordination optimale, des informations importantes au sujet des médicaments se perdent ou sont imprécises. Selon une étude espagnole menée sur une durée de trois ans et sur un collectif de 2'473 patients, la moitié d'entre-eux présentait des plans de traitements incomplets à leur admission à l'hôpital [12]. Une fois un patient hospitalisé, sa médication peut faire l'objet d'adaptations. On estime que 50 % des médicaments personnels des patients subiraient des changements lors d'une hospitalisation [13]. Ces multiples changements, accompagnés d'un manque de coordination et de précision, peuvent conduire à des Erreurs Médicamenteuses (EM) telles que des duplications de médicaments, des arrêts ou initiations de traitement involontaires. On estime que plus de 60 % des EM se produiraient aux points de transitions [14].

Un suivi adéquat de la médication du patient au long de son parcours de soins forme donc de nos jours un enjeu majeur pour la sécurité des patients.

Dans sa stratégie *Santé2030*, l'Office Fédéral pour la Santé Publique (OFSP) a pour objectif d'augmenter la qualité des soins dont les principaux axes politiques sont le renforcement des soins coordonnés ainsi que la qualité des traitements médicamenteux [15].

### 1.3 Sécurisation de la médication aux points de transition

#### 1.3.1 La Conciliation Médicamenteuse

Selon la définition de la Haute Autorité de Santé (HAS), la conciliation médicamenteuse est *“une démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses visant à garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient dans son parcours de soins”* [2].

La CM est un processus ayant fait ses preuves dans la sécurisation de la médication aux points de transition et a notamment pour but de [16] :

- Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient tout au long de son parcours en interceptant les erreurs médicamenteuses et en favorisant le décloisonnement ville/ hôpital entre les différents acteurs de la prise en charge
- Améliorer la connaissance par le patient de ses traitements et son observance

L'implémentation de la CM dans les institutions peut cependant se heurter à des ressources humaines et financières ainsi qu'à un manque de formation des professionnels de santé [17].

De nombreuses données indiquent qu'une CM réalisée par un pharmacien permet de réduire les DNI, d'améliorer la satisfaction des patients et la qualité des documents de sortie [18] [19] [20]. L'impact de la CM sur les consultations en urgence, les réhospitalisations ou la mortalité restent encore mal documentés et n'a pas été confirmé par des résultats d'étude robustes [18].

##### **1.3.1.1 Impact de la conciliation médicamenteuse à l'admission à l'hôpital**

La problématique de la continuité de la prise en charge médicamenteuse à l'admission n'est pas récente. En effet, des études ayant été menées il y a une trentaine d'années faisaient déjà état de lacunes lors de cette étape du parcours de soin du patient.

Au début des années 2000, une étude néerlandaise incluant 304 patients, a rapporté que 67 % d'entre eux avaient au moins une DNI lors de leur admission. Dans la majeure partie des cas, il s'agissait d'omissions de traitements et concernait toutes les catégories de médicaments mais en particulier antidouleurs et anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) ainsi que des médicaments du système cardiovasculaire [21].

En 2005, une étude réalisée au Canada a retrouvé des résultats similaires. Sur une population de 151 patients, 53.6 % présentaient au moins une DNI à leur admission. Les DNI identifiées correspondaient à des omissions de traitements dans la majeure partie des cas. Les principaux médicaments concernés étaient des médicaments du système cardiovasculaire et du système nerveux. Dans cette étude, l'impact clinique que représentent ces DNI pour les patients a été évalué. Pour ce faire, un degré de sévérité a été établi par consensus par des personnes externes à l'étude. Parmi les 140 DNI identifiées, 38.6 % avaient une sévérité modérée à sévère [22].

La recherche au sujet des impacts cliniques des DNI s'est poursuivie. En 2014, une autre étude, française, a relevé chez 394 patients admis à l'hôpital un total de 226 DNI. Pour 42 % d'entre-elles, une surveillance ou une intervention aurait été nécessaire pour éviter tout préjudice, 10 % auraient pu nuire au patient et 2 % auraient pu mettre sa vie en danger. Environ 46.0 % des patients présentaient au moins une DNI à l'admission. La majorité des DNI étaient des omissions de traitement et concernait des médicaments du système cardiovasculaire, gastrointestinal et du système nerveux central [23].

En 2015, une étude norvégienne sur un collectif de 262 patients, a identifié 438 DNI à l'admission à l'hôpital. Une moyenne de 3.2 DNI a été retrouvée par patient. Environ 80.0 % des patients présentaient au moins une DNI à leur admission. Par consensus (groupe d'expert formé de 3 pharmaciens cliniciens et d'un gériatre), 71,2 % d'entre-elles ont été jugées d'une pertinence clinique modérée, majeure ou extrême. Ces DNI correspondaient principalement à des omissions de traitements et concernaient des antalgiques et des traitements contre la constipation. L'équipe de recherche a également pointé du doigt les médicaments utilisés pour traiter le glaucome sous forme de gouttes ophtalmiques. En effet, cette classe de médicament a été la plus touchées par les DNI (toutes confondues) [24].

La problématique des DNI à l'admission n'épargne pas la Suisse. Une étude a été réalisée au Tessin en 2016 sur un collectif de 100 patients admis à l'hôpital et 524 DNI ont pu être identifiées. Parmi les DNI, 19% ont été considérées comme représentant un risque significatif et 2% des DNI étaient considérées comme potentiellement graves. Le degré de sévérité a été établi par un comité d'experts formé de médecins et d'un pharmacien, indépendants à l'étude. La majorité des DNI correspondaient à des omissions de traitements (63%) et concernait des médicaments du système cardiovasculaire (28.8%) et du système nerveux (22.5%) [14].

Au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), une étude a été menée dans une unité de médecine interne auprès de 120 patients. Cette étude faisait partie de l'étude *Lower EARly Readmission of patients hospitalized with Heart Failure* (LEAR-HF), qui avait pour but d'évaluer la plus-value de la mise en place d'un plan de sortie pour diminuer les réhospitalisations précoces de patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Une CM a été conduite à l'admission et à la sortie d'hôpital par des pharmaciens. A l'admission, 94 % des patients présentaient au moins 1 DNI et une moyenne de 4.1 DNI/patient a été identifiée [25],

[26]. Enfin, toujours au CHUV, un travail de diplôme réalisé dans le cadre de la formation de spécialiste en pharmacie hospitalière a été réalisé en 2021. Au total, 120 patients hospitalisés dans un service de chirurgie orthopédique et traumatologie ont été inclus, dont 61.8 % présentait au moins 1 DNI. Le nombre médian de DNI par patient était de 2.1. L'impact clinique n'a pas été évalué dans cette étude [4].

### Résumé

La littérature rapporte des fréquences de DNI à l'admission variables mais fréquentes : un patient sur deux serait sujet à au moins 1 DNI à l'entrée. L'impact clinique des DNI n'est pas toujours un critère évalué dans les études et les outils utilisés pour l'évaluation de ces impacts sont discutables, car subjectifs et reposant pour la plupart sur des consensus d'experts. Les médicaments les plus fréquemment impliqués dans les DNI sont les antalgiques, les anti-inflammatoires et les médicaments du système cardiovasculaire. La CM à l'admission permet de réduire les DNI.

#### 1.3.1.2 Impact de la conciliation médicamenteuse à la sortie

On estime que 50 % des médicaments pris par un patient sont impactés par des changements durant une hospitalisation [13] ce qui, à l'instar de la situation à l'admission, expose le patient à des risques de DNI lors de sa sortie d'hôpital. Certaines études démontrent que les DNI seraient plus fréquentes lors de la sortie d'hôpital qu'à l'admission [8].

Une étude a estimé que 50 % des patients ont au moins une DNI à la sortie [27] mais d'autres données montrent que la proportion de patients avec au moins une DNI à la sortie peut être plus élevée. Selon l'étude réalisée au CHUV en 2014 incluant des patients insuffisants cardiaques (LEAR-HF), 83 % des patients présentaient au moins une DNI à la sortie, avec une moyenne de 2.3 DNI par patient. Dans la majeure partie des cas, il s'agissait d'erreurs de substitution. Une erreur de substitution était définie par le fait que le médicament personnel du patient ait été remplacé par un générique ou un original dont le nom laisserait penser au patient qu'il s'agit de deux médicaments différents avec notamment le risque potentiel qu'il prenne les deux à domicile [25].

Les DNI à la sortie peuvent être par définition plus lourdes de conséquences, car le patient rentrant à domicile, il n'a plus le suivi et la surveillance médicale qu'il reçoit à l'hôpital et s'occupe de ses médicaments souvent seul. Des DNI peuvent conduire à des EI, qui eux, peuvent mener à des consultations chez le médecin traitant ou aux urgences. Le patient peut également être réhospitalisé de manière précoce ou dans le pire des cas, être exposé à un risque de décès.

Entre 2016 et 2017, une étude suisse menée sur 100 patients a évalué la qualité des ordonnances de sortie. Sur un total de 984 médicaments prescrits à la sortie (médicaments pris en fixe et en réserve), 16% d'entre-eux comportait des imprécisions (soit au niveau du nom, de la dose, de la fréquence

d'administration ou des modalités d'administration). On estime qu'en Suisse, plus de 50 % des ordonnances de sortie présenteraient de telles imprécisions [28].

Lors de la sortie d'hôpital, il arrive que le patient lui-même ne reçoive pas toutes les informations nécessaires à la bonne compréhension de sa prise en charge médicamenteuse future, c'est-à-dire une fois de retour à son domicile. Le rapport de l'OBSAN met en lumière la problématique aux points de transition et notamment à la sortie : près d'un tiers des patients hospitalisés n'auraient pas reçu d'explications quant à l'indication des médicaments prescrits à leur sortie [6]. Un autre rapport de l'OBSAN rapporte que 18.3% des personnes interrogées jugent que les informations données au sujet des médicaments à la sortie d'hôpital seraient insuffisantes [29].

Le manque de communication à la sortie, aussi bien orale qu'écrite, peut mener les patients et leurs proches à montrer une certaine insatisfaction vis-à-vis du personnel hospitalier, comme le relève une enquête de l'hôpital universitaire de Berne [30].

#### **En résumé**

L'étape que représente la sortie d'hôpital serait plus à risque que l'admission. Il a été relevé que les documents remis à la sortie sont de maigre qualité : on estime que 50 % des ordonnances de sortie sont imprécises. Les explications liées aux médicaments et données à la sortie seraient également insuffisantes. Des DNI sur les ordonnances de sortie touchent jusqu'à 80 % des patients. Ces erreurs les exposent à un risque iatrogène qui peut conduire à des consultations en urgence ou des réhospitalisations précoces. Le manque de communication à la sortie peut également avoir un impact négatif sur la satisfaction du patient.

### 1.3.2 Mises en œuvre de la conciliation médicamenteuse

La CM n'est plus que jamais une thématique qui mérite toute l'attention des professionnels de santé pour assurer la sécurité médicamenteuse des patients. Dans ce contexte, plusieurs lignes directrices, à l'international mais aussi en Suisse, ont été édictées afin de proposer des moyens de mise en œuvre et des guides d'implémentation de la CM aux points de transition. Un tour d'horizon est proposé dans les chapitres suivants.

#### 1.3.2.1 **Projet international - "High 5s Project"**

Le projet international « *High'5s* » a été initié en 2006 par l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). L'origine du nom du projet se trouve dans les objectifs visés : « Faciliter la mise en œuvre et l'évaluation de 5 solutions standardisées pour la sécurité des patients pendant 5 ans dans 5 pays pour réduire la survenue de 5 problèmes de sécurité. »

Parmi les cinq thèmes choisis figurait « *La précision de la prescription des médicaments aux points de transition du parcours de soins* ». Ce projet a été dénommé Medication Reconciliation (ou MedRec).

Le but étant de proposer une standardisation des pratiques ainsi que d'en démontrer l'efficacité. Huit pays se sont engagés dans ce projet, à savoir l'Australie, l'Allemagne, les Pays Bas, le Canada, les Etats-Unis, Singapour et la République de Trinité-et-Tobago. Le guide de mise en œuvre a pour but d'aider le personnel hospitalier de première ligne et les responsables à mettre sur pied la CM aux points de transition. Le guide fournit des outils pratiques ainsi que des indicateurs pour en mesurer les impacts [31].

#### 1.3.2.2 **Projet suisse – Programme *Progress!* La vérification systématique de la médication aux interfaces**

Dans les suites de la mise en œuvre du projet « High 5'S », de nombreux pays se sont intéressés à publier leurs propres recommandations, à l'instar de la Suisse.

Depuis 2012, la FSPS met sur pied des programmes pilotes nationaux qui visent à promouvoir la sécurité des patients, soutenus financièrement par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Ces programmes pilotes sont conçus et réalisés par la fondation et font partie de la « Stratégie en matière de qualité dans le système de santé suisse ».

Le second programme de cette série, *progress! La sécurité de la médication aux interfaces*, a été réalisé entre 2014 et 2017. Il visait à introduire la vérification systématique de la médication ou conciliation médicamenteuse (CM) dans les hôpitaux de soins aigus suisses. L'efficacité de la CM dans la réduction des EIM et des EM est attestée par de nombreuses études internationales.

Le programme pilote s'est articulé autour de deux axes. Le premier était de procéder à une sensibilisation nationale par le biais de communiqués de presse et d'articles dans des publications spécialisées. Ce premier axe comprenait également la publication de recommandations [3] et la mise à disposition d'outils pratiques. Le second axe comportait un projet d'approfondissement interprofessionnel, au sein

d'hôpitaux pilotes (entre début 2015 à fin 2016). Il a permis d'accumuler de l'expérience et des connaissances concernant la mise en pratique des recommandations. Pour des questions de temps et de ressources, le projet d'approfondissement s'est concentré sur l'admission à l'hôpital [10].

### **1.3.2.3 La conciliation médicamenteuse à l'étranger**

Un bref focus sur le déploiement de la CM en France (pays voisin francophone) ainsi que sur les pays anglo-saxons est proposé, ces derniers étant les pays de référence en matière de CM [2]. Ce focus n'est donc pas exhaustif.

#### **En France**

Neuf établissements de santé ont participé au projet MedRed de l'OMS [32]. Les résultats des études menées ont confirmé l'importance du problème en France. La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié son propre guide pour l'implémentation de la conciliation médicamenteuse en établissement de santé [2].

En 2015, la HAS donne une définition de la conciliation des traitements médicamenteux pour clarifier le concept. En France, la CM fait partie des exigences souhaitées en vue d'obtenir une certification en termes de qualité des soins dans les hôpitaux [33]. Au niveau de la politique de santé, une circulaire datant de 2015 encourage les pratiques de CM notamment par la mise en place de formations et de mesures de déploiement [34].

#### **Au Canada**

Le terme utilisé au Canada pour la CM est « Bilan comparatif des médicaments » (BMC). Cette pratique est obligatoire et surveillée par l'organisme Agrément Canada, qui évalue tous les quatre ans les établissements de santé afin de s'assurer qu'ils évoluent dans l'implémentation du BMC. Le BMC se fait à l'admission, lors des transferts et à la sortie d'hôpital, principalement par des assistants techniques en pharmacie [2]. Dans le cadre de la campagne *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!*, lancée en 2005, l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ISMP Canada) a conçu des guides d'application et de nombreux outils pour procéder au BMC [35]. Ces documents ont d'ailleurs servi de point de départ pour la mise au point de la recommandation formulée lors du projet High 5s [3]. Récemment encore, des recommandations ont été publiées notamment par l'Ordre des Pharmaciens du Québec, qui incluent des recommandations tant destinées au milieu aigu qu'au milieu ambulatoire [36].

### **Aux Etats-Unis d'Amérique**

En 1999, le rapport « *To Err is Human* » a été publié par l'*Institute of Medicine* et a incité les professionnels de la santé à mener des discussions pour sécuriser le parcours de soin des patients. C'est aux Etats-Unis que l'expression *medication reconciliation* est apparue pour la première fois, au début des années 2000 [2]. La *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) recommande depuis 2005 de développer la CM à chaque point de transition pour lequel une prescription médicamenteuse est initiée ou reconduite. Les institutions souhaitant être accréditées, la CM est une condition *sine-qua-non* demandée par la JCAHO. [37] En 2014, la *Society of Hospital Medicine* (SHM) des Etats-Unis a publié un guide d'application de la CM intitulé MARQUIS [38].

### **Au Royaume-Uni**

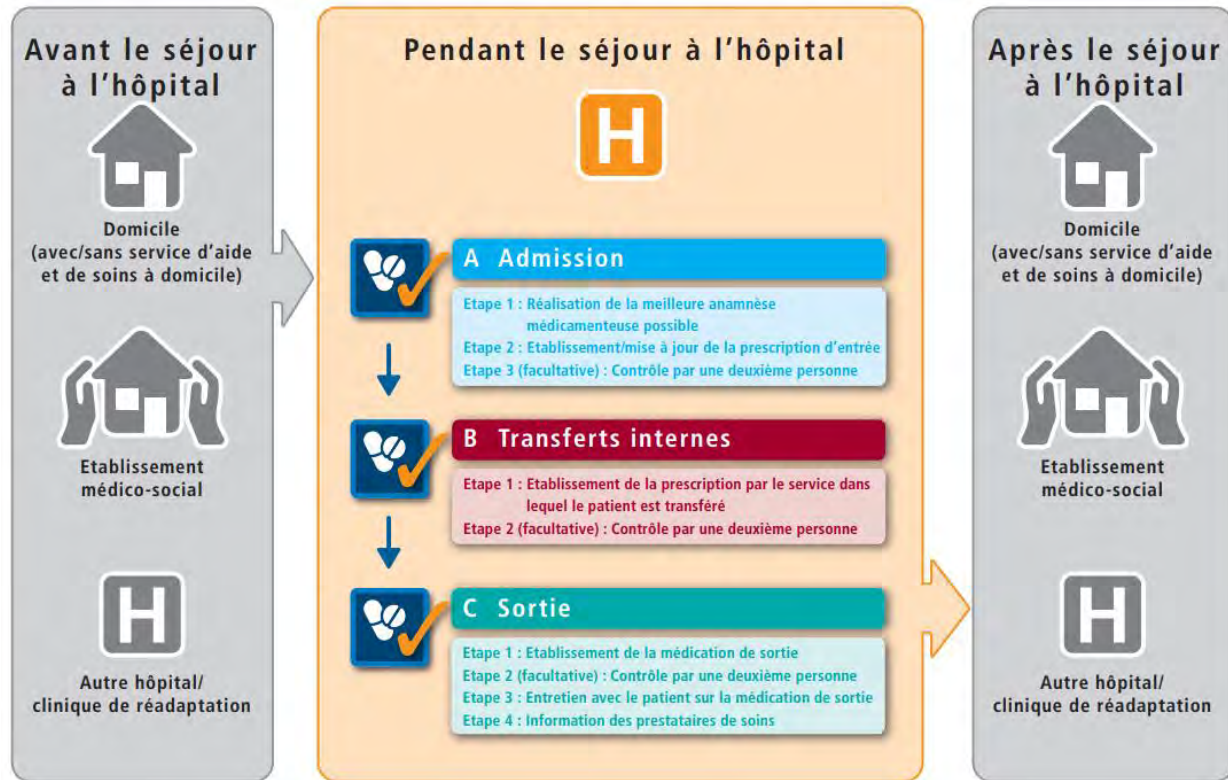
Au Royaume-Uni en 2015, le *National Institute for Health and Clinical Excellence* et le *National Patient Safety Agency* (NICE-NPSA) ont publié des recommandations nationales en termes de conciliation médicamenteuse aux points de transition [39]. Tous les patients devraient bénéficier d'une CM par un membre de l'équipe pharmaceutique dans les 24 heures suivant leur admission à l'hôpital [40].

### **En résumé**

A la suite du lancement du projet « High 5'S » de l'OMS, la CM a fait l'objet de nombreuses recommandations à travers le monde et tend à se développer. Toutes ont un point commun, celle de l'implication de divers professionnels de la santé, tel que les pharmaciens. La CM par un pharmacien à la sortie serait un processus efficace pour améliorer la qualité des documents de sortie, réduire les DNI et pour améliorer la satisfaction des patients. En revanche, des questions concernant son impact clinique, c'est-à-dire sur le nombre de consultations en urgence, de réhospitalisations précoces ou sur la mortalité restent ouvertes.

### 1.3.3 Recommandations suisses en termes de conciliation médicamenteuse

Les différentes étapes du processus, tirées des recommandations publiées par la FSPS, sont décrites ci-dessous et représentées dans la figure 1. L'accent est mis sur les étapes se déroulant à la sortie.



**Figure 1** : Les différentes étapes de la CM selon les recommandations de la FSPS, de l'admission à la sortie

#### 1.3.3.1 A l'admission à l'hôpital

La première étape consiste à réaliser la MAMP au moment de l'admission ou plus tard dans les 24 h suivant l'admission, afin d'établir une liste exhaustive des médicaments pris par le patient avant son entrée à l'hôpital. Cette liste constitue la base essentielle pour établir la prescription d'entrée et procéder à une CM efficace aux points de transition suivants (en cas de transferts internes et à la sortie). La liste comprend tous les médicaments du patient : aussi bien les préparations et les médicaments soumis à ordonnance que ceux non soumis à ordonnance, tels les médicaments *Over The Counter* (OTC), les préparations phytothérapeutiques et les médicaments homéopathiques. Il est également important de clarifier la prise de médicaments requérant un maniement plus spécifique, tels que les collyres, patchs, aérosols et pilule contraceptive. Deux sources d'information au minimum devraient être consultées et l'une d'entre elles doit être si possible un entretien structuré avec le patient ou l'un de ses proches. Afin de mener un entretien optimal avec le patient, diverses recommandations sont référencées, comme par exemple le fait de poser des questions ouvertes. Si un patient, pour des raisons médicales ou linguistiques

ne peut participer à cet entretien, une tierce personne est invitée à participer aux échanges (proche ou personnel hospitalier polyglotte par exemple).

Les sources possibles peuvent être les médicaments apportés par le patient, des documents, tels que lettre de sortie, rapports du médecin traitant ou entretien téléphonique, dernières délivrances de la pharmacie d'officine. Les sources utilisées doivent être récentes et fiables. Les sources utilisées doivent si possible être archivées dans le dossier du patient de l'hôpital.

La personne établissant cette liste ne doit pas nécessairement être un médecin. Les pharmaciens, infirmiers ou assistantes en pharmacie peuvent également réaliser cette tâche, pourvu qu'ils aient reçu une formation approfondie en la matière et qu'ils s'acquittent de cette tâche de manière consciencieuse et responsable.

Pour chaque médicament, les informations suivantes sont à récolter : nom/substance active, dosage, forme galénique, posologie. D'autres informations peuvent parfois être utiles et sont recommandées par les recommandations américaines MARQUIS [38], à savoir l'indication, la date du début et la date de fin du traitement.

Il est également recommandé de récolter d'autres informations importantes pour la prise en charge médicamenteuse du patient à savoir les allergies, les sources utilisées pour l'anamnèse médicamenteuse, nom et adresse du MT/autres prescripteur et la pharmacie habituelle du patient.

Sur la base de cette liste de médicament, le médecin hospitalier va pouvoir établir la prescription d'entrée (toutes les incertitudes doivent si possible être levées). Tous les changements apportés à la médication d'origine du patient doivent être documentés dans le dossier médical du patient avec leur rationnel afin d'assurer leur traçabilité et de faciliter ainsi l'édition des documents de sortie et la transmission des informations. A la suite de cela, une troisième étape, facultative, consiste à faire vérifier la prescription et son exhaustivité par une autre personne. Lorsque le document est terminé, il est important que cela soit visible sur ledit document, par l'apposition d'un timbre ou d'une signature.

### **1.3.3.2 Lors de transferts**

Lors de transferts, toutes les étapes citées au point 1.5.1.1 sont réitérées à l'exception de l'entretien avec le patient, qui n'est pas forcément nécessaire. Le médecin établit la liste de médication en fonction de l'état clinique du patient, de la prescription du service qui transfère le patient, de la médication administrée avant le transfert et de la médication préhospitalière. Tous les changements de prescriptions doivent être répertoriés.

### 1.3.3.3 A la sortie d'hôpital

#### Etape 1 – Etablissement de la médication de sortie (figure 2)

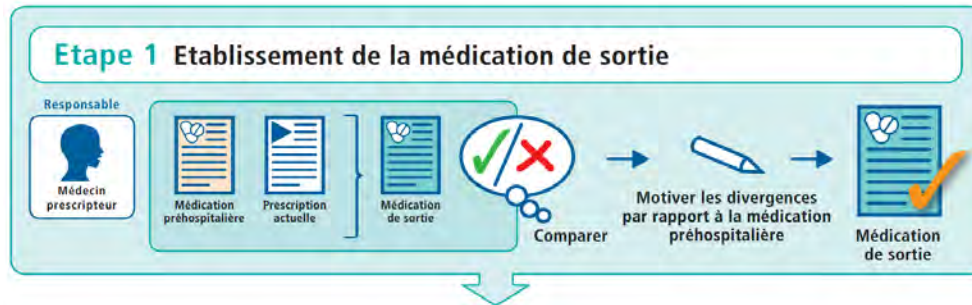


Figure 2 : CM à la sortie - Etape 1 : établissement de la médication de sortie

Lors de la première étape, la liste de la médication à prendre à la sortie est établie par le médecin. Celui-ci se base sur la médication préhospitalière et la médication pendant l'hospitalisation.

Les documents de sortie concernant les médicaments sont constitués en règle générale d'une ordonnance de sortie ainsi que d'un plan de traitement. L'ordonnance de sortie est destinée à la pharmacie d'officine (si nécessaire) et le plan de traitement est destiné au patient.

Les documents concernant la médication de sortie font l'objet d'une documentation exhaustive, standardisée et comporte donc au minimum le nom de la préparation/la substance active, le dosage, la forme galénique et la posologie. Le plan de traitement devrait comporter davantage d'informations et notamment mettre en évidence les changements effectués (nouveaux médicaments, médicaments arrêtés et à ne plus prendre, modifications de dosage, de posologies ou des modalités de prises, préparations originales remplacées par un générique et *vice-versa*). Ces deux documents doivent être rédigés de manière claire et compréhensible pour le patient.

#### Etape 2 (facultative) – Contrôle par une deuxième personne (figure 3)

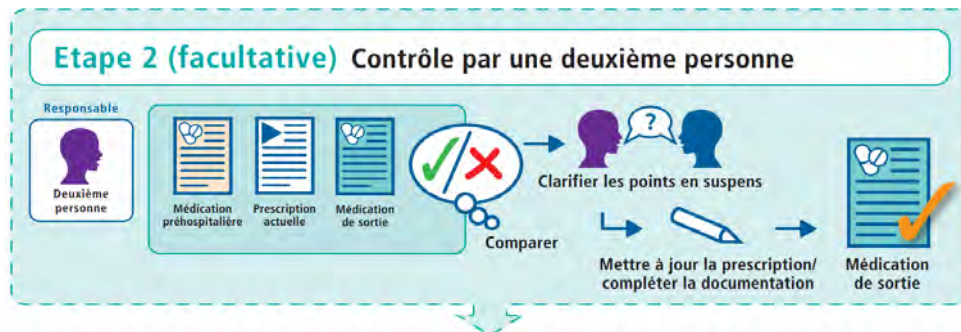
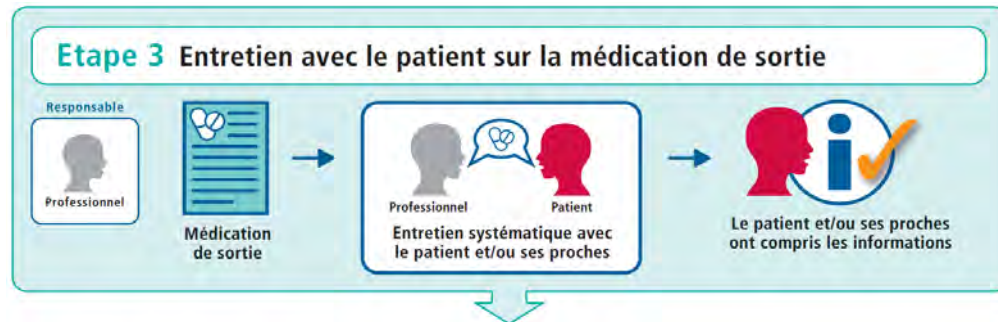


Figure 3 : CM à la sortie - Etape 2 : contrôle par une deuxième personne

En deuxième étape, la liste des changements apportés au traitement médicamenteux peut être établie par une personne autre que le médecin prescripteur, par exemple un pharmacien clinicien.

Cette étape peut faire partie de la deuxième étape (contrôle facultatif par une deuxième personne). Si cette personne relève des divergences ou des imprécisions, celles-ci sont discutées avec le médecin hospitalier et les documents sont corrigés.

### Etape 3 – Entretien avec le patient sur la médication de sortie (figure 4)



**Figure 4** : CM à la sortie - Etape 3 : entretien avec le patient sur la médication de sortie

La troisième étape consiste à effectuer un entretien structuré sur la médication de sortie avec le patient ou ses proches. Dans ce travail, le terme d'Entretien Médicamenteux De Sortie est utilisé (EMDS). Il doit être réalisé par un médecin ou un pharmacien clinicien le jour de sa sortie. Un membre du personnel soignant peut également réaliser cet EMDS, mais il doit avoir suffisamment de connaissances médicales à savoir connaître le domaine des médicaments (substances actives, indications, dosages appropriés) et connaître l'état médical du patient.

Lors de l'EMDS, l'ordonnance et le plan de traitement sont notamment expliqués au patient. Il s'agit d'expliquer clairement au patient les changements apportés au traitement ainsi que les raisons de ces changements. De plus, pour les nouveaux médicaments introduits, les indications, les modalités de prise des médicaments et les effets secondaires possibles doivent également être discutés.

La personne menant l'EMDS doit avoir une communication appropriée et doit s'assurer que le patient ait bien compris les informations transmises (vulgarisation des termes médicaux). Cette étape favorise l'adhésion au traitement et le succès de la thérapie. Si pour des raisons linguistiques ou médicales, le patient n'est pas en mesure de participer à cet EMDS, une tierce personne est alors consultée pour que les informations puissent être transmises de manière adéquate. Il peut être utile de définir cette personne à l'avance.

Durant cet EMDS, il convient également de s'assurer que le patient a la possibilité de se procurer les médicaments à sa sortie et pour les médicaments à risque (chers et/ou peu courants), il convient d'avertir le patient ou de prendre contact avec une officine pour clarifier l'état des stocks. L'éducation thérapeutique (principalement pour les formes galéniques nouvelles, telles que aérosols doseurs ou stylos d'insuline par exemple) ainsi que la promotion de l'adhérence thérapeutique sont également des points

importants à discuter lors de l'EMDS. La personne menant l'EMDS doit demander au patient à quels professionnels de santé la liste des médicaments à prendre après sa sortie doit être envoyée.

Le patient doit également disposer d'un temps pour poser ses propres questions. La personne menant l'EMDS doit s'en préoccuper en posant une question ouverte, par exemple : « *Quelles questions souhaitez-vous encore me poser ?* » (et non « *Avez-vous encore des questions ?* »).

Ainsi, au vu des informations à transmettre, il convient de prévoir suffisamment de temps pour réaliser cet EMDS et en informer le patient au préalable afin d'éviter de retarder le moment de la sortie.

#### Etape 4 – Information des prestataires de soins (figure 5)



Figure 5 : CM à la sortie - Etape 4 : information des prestataires de soins

En quatrième et dernière étape, les documents concernant la médication de sortie (ordonnance et plan de traitement) doivent être envoyés aux prestataires de soins qui assurent le suivi du patient (pharmacie d'officine, médecin traitant, soins à domicile (SAD), établissement médico-social (EMS), etc.).

Pour terminer, pour chacun des processus, il est nécessaire que les personnes impliquées soient formées à la tâche. Il s'agit d'un travail interdisciplinaire et il est essentiel que les rôles de chacun soient connus et documentés dans une procédure définie par l'hôpital.

Chaque étape, que ce soit à l'entrée, lors des transferts ou à la sortie, doit faire l'objet d'une documentation dans le dossier du patient et la personne ayant réalisé la tâche doit pouvoir relever si elle est bien terminée. Cela permet de garantir qu'aucune des étapes n'ait été oubliée.

#### En résumé

La Suisse, à travers une publication de la FSPS, a émis ses propres recommandations en termes de CM. Chaque étape, de l'admission à la sortie d'hôpital, en passant par les transferts internes, est décrite. Le mot d'ordre est « *documentation* ». A l'entrée, il est recommandé d'avoir une liste à jour et fiable de la médication du patient avant son admission. Pendant l'hospitalisation, chaque changement ou adaptation de médicament devrait être renseigné et justifié dans le dossier médical informatisé. A la sortie, un EMDS est recommandé, lors duquel le plan de traitement est expliqué au patient. Le but est d'assurer la continuité de la prise en charge médicamenteuse tout au long du parcours de soin.

## 1.4 Rôle du pharmacien aux points de transition

Les lignes directrices des Bonnes Pratiques de Pharmacie publiée par l'OMS [41] placent le pharmacien comme étant un professionnel clé dans la coordination et la continuité des soins :

*« Pharmacists should have access to, contribute to and use all necessary clinical and patient data to **coordinate effective medication therapy management**, especially when multiple health-care practitioners are involved in the patient's medication therapy, and intervene if necessary. »*

*“Pharmacists should **provide continuity of care** by transferring information on patients' medicines as patients move between sectors of care. »*

Une revue américaine publiée en 2007 relève également l'importance de l'implication du pharmacien aux points de transition et pointe du doigt la faible implication des pharmaciens aux étapes clés que sont l'admission et la sortie d'hôpital [27]. Les médecins devraient, dans la mesure du possible, s'associer à des pharmaciens cliniciens. En Suisse, on dispose de peu de données sur les activités des pharmaciens hospitaliers impliqués dans la CM aux points de transition. Une étude sur l'implémentation d'interventions pharmaceutiques spécifiquement à la sortie d'hôpital est parue en 2021 et a été réalisée en collaboration avec le département des sciences pharmaceutiques de l'Université de Bâle [42]. Un questionnaire a été adressé aux pharmaciens chefs des pharmacies hospitalières de Suisse. En ce qui concerne la communication des changements de médicaments, les pharmaciens n'ont été impliqués dans cette tâche que dans deux hôpitaux quotidiennement. En comparaison, 39 % des participants à une enquête européenne ont indiqué que, lors des transitions de soins, les pharmaciens contribuent au transfert d'informations sur les médicaments. Dix-sept pharmacies hospitalières ont leur propre pharmacie d'officine dans l'hôpital ou collaborent avec des pharmacies d'officine. Le but premier est d'offrir une première délivrance au patient sortant d'hôpital mais la participation active à la CM de ces pharmacies d'officine intégrées à l'hôpital est rare. Cette enquête conclue que si les hôpitaux suisses mettent en œuvre des interventions liées à la CM et ce, selon les recommandations, les pharmaciens sont rarement impliqués.

### En résumé

Les pharmaciens sont donc des professionnels clés pour assurer la continuité de la prise en charge médicamenteuse des patients aux points de transition. Le rôle prépondérant des pharmaciens aux points de transition est également dépeint dans les lignes directrices, aussi bien en Suisse, qu'à l'international. Durant sa formation, le pharmacien est sensibilisé au bon usage des médicaments ainsi qu'à l'identification des barrières que peuvent avoir les patients pour utiliser de manière adéquate leur médicament. De ce fait, il représente un partenaire indispensable pour implémenter et participer à la CM aux points de transition.

## 1.5 Rationnel du présent travail de diplôme

La CM a déjà fait l'objet d'un travail réalisé par une pharmacienne exerçant à la pharmacie interjurassienne (PIJ) pour l'obtention d'un certificat complémentaire FPH en pharmacie clinique. La PIJ a pour mission l'approvisionnement en médicaments et fournit des prestations d'assistance pharmaceutique et pharmacie clinique notamment à l'Hôpital du Jura (H-JU) ainsi qu'aux deux hôpitaux du Réseau de l'Arc (RdA) situés à Moutier (RdA-M) et St-Imier (RdA-St). Ce travail mené en 2019 a permis de faire un premier constat des pratiques de CM au sein de l'Hôpital du Jura (H-JU) et s'est concentré uniquement sur le déroulement de la CM à l'entrée. Les services étudiés étaient ceux de médecine interne et de chirurgie. A la suite de ce travail, des divergences de pratique par rapport aux recommandations de la FSPS ont pu être constatées ce qui représentait un risque pour la prise en charge médicamenteuse des patients. Des mesures d'amélioration ont été proposées aux services concernés notamment à travers la mise à disposition d'une instruction de travail intitulée « *Comment faire la meilleure anamnèse médicamenteuse possible* » [43], celle-ci se basant sur les recommandations de la FSPS. Elle est présentée lors de la journée d'accueil des nouveaux médecins assistants de l'H-JU et est à disposition des professionnels sur l'extranet de l'H-JU. De plus, lors de cette journée d'accueil, une carte de poche reprenant les recommandations de la FSPS est remise à chaque médecin assistant.

Depuis la mise à disposition de cette instruction de travail, aucune réévaluation des pratiques de CM n'a été effectuée pour en mesurer son impact.

Du côté du Réseau de l'Arc, une évaluation des pratiques de CM n'a pour l'instant pas été réalisée. Cependant, des insatisfactions témoignées par les patients relatives à la continuité de la prise en charge médicamenteuses à leur sortie a motivé que l'on s'y intéresse de plus près. Outre la qualité de la prise en charge, la satisfaction des patients constitue l'un des indicateurs centraux pour un hôpital. De ce fait, une CM adaptée pour chaque patient à sa sortie d'hôpital permettrait non seulement d'améliorer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse mais aussi d'améliorer la satisfaction de la patientèle. A notre connaissance, il n'existe pas de procédure en vigueur concernant la CM au sein du RdA. Plusieurs raisons ont donc amené à réaliser un travail sur la CM à la sortie, car nous ne disposons actuellement pas de données à ce sujet au sein des deux hôpitaux pour lesquels la PIJ est prestataire.

## 1.6 Objectifs

### 1.6.1 Objectifs primaires

Les Entretiens Médicamenteux De Sortie (EMDS) effectués par une pharmacienne clinicienne ont été comparés aux EMDS effectués selon les habitudes du service. Les critères suivants ont été évalués :

- La satisfaction des patients 4 à 10 jours après la sortie
- Le nombre de consultations médicales en urgence en ville ou aux urgences d'un hôpital dans les 30 à 40 jours après la sortie
- Le nombre d'hospitalisations non planifiées dans les 30 à 40 jours suivant la sortie

### 1.6.2 Objectifs secondaires

- Evaluer les pratiques professionnelles actuelles des médecins assistants, médecins chefs de clinique et médecins chefs par l'intermédiaire d'un questionnaire d'auto-évaluation en ce qui concerne l'EMDS
- Evaluer les pratiques professionnelles sur le terrain en ce qui concerne le déroulement de l'EMDS et par rapport aux recommandations de la Fondation pour la Sécurité des Patients-Suisse (FSPS)
- Identifier les Divergences Intentionnelles (DI) et Non Intentionnelles (DNI) sur l'ordonnance de sortie et le plan de traitement ainsi que les impacts des interventions pharmaceutiques pour les DNI pour l'ensemble des patients inclus dans l'étude

## 2 Matériel et méthodes

### 2.1 Soumission du travail de diplôme à la Commission cantonale d'éthique

Le protocole du présent travail de diplôme a fait l'objet d'une clarification des compétences auprès de la Commission cantonale d'éthique de la recherche du Canton de Berne le 05.07.2022. Le travail de diplôme a été déclaré non régi par la Loi sur la recherche sur l'être humain et n'est donc pas soumis à autorisation (annexe 1). L'intervention de la pharmacienne dans le processus de sortie est assimilée à du soin courant dans le cadre de prestations de pharmacie clinique selon la définition de l'Association des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux (GSASA). Cette étude a été menée dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients à la sortie.

### 2.2 Design général de l'étude

L'étude s'est déroulée du 16.01.23 au 16.06.23 et se compose de trois phases. La figure 3 illustre les propos ci-après.

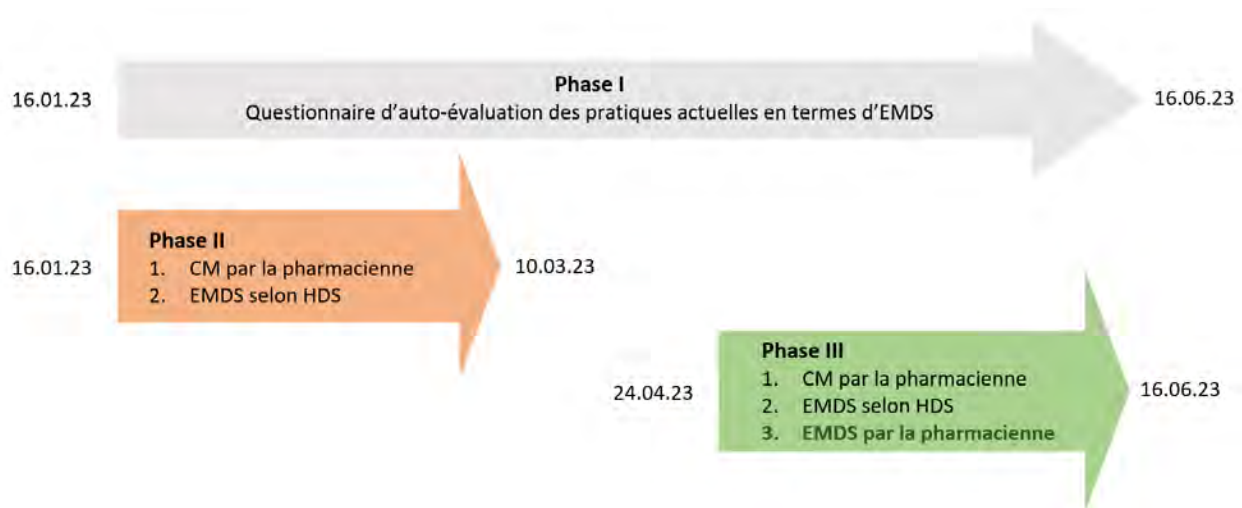
- **Phase I** : il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation sous forme de sondage afin d'évaluer les pratiques actuelles en termes d'Entretien Médicamenteux de Sortie (EMDS). La récolte des questionnaires s'est déroulée du 16.01.23 au 16.06.23, soit toute la durée de l'étude.
- **Phase II** : elle s'est déroulée du 16.01 au 10.03.24. Les patients sortis sur cette période ont été inclus dans la phase II. La pharmacienne a participé de manière passive aux EMDS selon les Habitudes Du Service (HDS) de ces patients, dans le but d'analyser la manière dont se déroule l'EMDS. Elle a procédé à une CM (en collaboration avec les médecins) afin de relever les Divergences Intentionnelles (DI) / Non Intentionnelles (DNI) sur l'ordonnance de sortie et le plan de traitement.

Les patients ont ensuite été joints par téléphone à deux reprises par la pharmacienne. Un premier entretien téléphonique a eu lieu 4 à 10 jours après la sortie afin de réaliser une enquête de satisfaction. Un deuxième entretien téléphonique a eu lieu 30 à 40 jours après la sortie afin d'évaluer les consultations en urgence et les réhospitalisations.

- **Phase III** : elle s'est déroulée du 24.04.2023 au 16.06.2023. Les patients sortis sur cette période ont été inclus dans la phase III. La pharmacienne a participé de manière passive aux EMDS réalisés par le personnel du service (médecin ou infirmier) selon les Habitudes Du Service (HDS) dans le but d'analyser la manière dont se déroule l'EMDS. Elle a procédé à une CM (en collaboration avec les médecins) afin de relever les Divergences Intentionnelles (DI)/Non Intentionnelles (DNI) sur l'ordonnance de sortie et le plan de traitement. De plus, un **EMDS supplémentaire a été réalisé avec la pharmacienne (après l'EMDS selon les HDS)**.

Les patients ont ensuite été joints par téléphone à deux reprises par la pharmacienne. Un premier entretien téléphonique a eu lieu 4 à 10 jours après la sortie afin de réaliser une enquête de satisfaction. Un deuxième entretien téléphonique a eu lieu 30 à 40 jours après la sortie afin d'évaluer les consultations en urgence et les réhospitalisations.

- Les objectifs primaires sont évalués comparativement entre les patients inclus dans la phase II avec les patients inclus dans la phase III
- Les objectifs secondaires sont évalués pour l'ensemble des patients (patients inclus dans la phase II et dans la phase III)



**Figure 6** : Périodes d'inclusion

## 2.3 Cadre général de l'étude

L'étude a été menée par une pharmacienne exerçant à la pharmacie interjurassienne (PIJ), qui a son siège à Moutier. La PIJ a pour mission l'approvisionnement en médicaments et fournit des prestations d'assistance pharmaceutique et pharmacie clinique notamment à l'Hôpital du Jura (H-JU) ainsi qu'aux deux hôpitaux du Réseau de l'Arc (RdA) situés à Moutier (RdA-M) et St-Imier (RdA-St).

Les pharmaciens cliniciens exerçant à la PIJ participent aux visites médicales pour les patients hospitalisés mais n'interviennent actuellement pas dans le processus de sortie, c'est-à-dire qu'ils ne réalisent pas de CM à la sortie, ni d'EMDS. Au cours des visites cliniques, ils procèdent à une CM en confrontant la liste des médicaments habituellement pris par le patient avec l'ordonnance actuelle au cours de l'hospitalisation. La liste des médicaments habituellement pris par le patient est documentée par les médecins dans le dossier médical informatisé. Cette liste n'est en revanche pas toujours documentée, auquel cas les pharmaciens ne peuvent réaliser de CM.

L'H-JU est le seul établissement cantonal public du canton du Jura, réparti sur 4 sites : Delémont (H-JU-D), Porrentruy (centre de réadaptation), Saignelégier et La Promenade (ces deux derniers sont des établissements médico-sociaux (EMS)).

Le RdA est une organisation de soins intégrés de l'Arc jurassien et est une initiative commune de *Swiss Medical Network* (SMN), de l'assurance maladie Visana et du canton de Berne [44].

En termes de lits en soins aigus (services de médecine, chirurgie, soins intensifs et unité d'observation), l'H-JU-D en compte 138, le RdA-M 29 et le RdA-St 24.

## 2.4 Phase I : auto-évaluation des pratiques de conciliation médicamenteuse à la sortie d'hôpital

Le but de cette phase est d'évaluer les pratiques théoriques en termes de CM à la sortie et d'EMDS telles qu'elles sont perçues par les médecins et selon l'état de leurs connaissances. Ils sont invités à remplir un formulaire d'auto-évaluation (annexe 2). Les résultats de cette auto-évaluation seront confrontés de manière descriptive avec les pratiques observées par la pharmacienne sur le terrain (phases II et III) et les recommandations de la FSPS.

### 2.4.1 Cadre et participants

Le 17 janvier 2023, le FO-01 (disponible en annexe 2) a été envoyé par la pharmacienne par email aux médecins assistants, chefs de clinique et chefs des services de chirurgie et de médecine des trois sites hospitaliers (H-JU-D, RdA-M, RdA-St). La liste des adresses emails a été fournie par le service des ressources humaines de chaque site hospitalier. Un premier délai de réponse a été fixé au 10 février 2023. Les nouveaux médecins engagés lors de cette période ou les médecins internes ayant changé de service ont été ajoutés à la liste de diffusion du mail. Sur toute la période de l'étude (de janvier à juin 2023), divers rappels par email (20 février et 8 mars 2023) ou par oral lors des visites des pharmaciens cliniciens de la PIJ dans les unités de soins ont été réalisés afin maximiser les retours.

### 2.4.2 Variables et sources des données

Les données récoltées dans le formulaire FO-01 a été élaboré en se basant les recommandations de la FSDS. Les données sont subjectives et dépendent de leur appréciation personnelle et de leur connaissance des instructions de l'institution dans laquelle ils exercent. Nous nous attendons au fait que les participants à l'étude surestiment la qualité du processus de sortie. La comparaison avec les activités réelles observées dans les phases II et III par la pharmacienne permettra de vérifier cette hypothèse.

### 2.4.3 Biais

Afin de limiter les biais de non-réponse, un biais commun lors de sondages [45], diverses mesures ont été prises. La première consistait à formuler le questionnaire de façon la plus claire possible, de manière à ce que les sondés comprennent les questions qui leur sont posées. Deuxièmement, il a été adressé à tous les médecins concernés par les sorties de patients, de sorte qu'ils comprennent le contexte du questionnaire. Troisièmement, des mails de rappel ont été envoyés à plusieurs reprises afin de motiver les personnes n'ayant pas répondu.

Le questionnaire a également été formulé de façon la plus neutre possible, de manière à ne pas orienter les sondés dans leur réponse et pour limiter ainsi les biais de confirmation.

Il était possible pour les sondés de répondre au questionnaire tout au long de l'étude. Ils avaient alors connaissance de la présence de la pharmacienne dans les étages et lors des EMDS, ce qui peut orienter le choix de leurs réponses. La pharmacienne a donné que très peu d'informations au personnel soignant/médical sur l'étude en cours de sorte à limiter le risque de biais du répondant. Cependant, le questionnaire a été diffusé par email, pour des raisons de temps à disposition. Les sondés avaient le choix de le renvoyer par mail ou par courrier interne. Ainsi, comme l'anonymat n'est pas garanti, il subsiste tout de même un biais du répondant.

#### 2.4.4 Taille de l'échantillon

Nous nous attendons à récolter au moins 50 % des questionnaires envoyés.

#### 2.4.5 Méthode statistique

Nous avons procédé à une analyse descriptive et qualitative des résultats obtenus et les valeurs sont analysées avec Excel® (Microsoft Office 2016).

## 2.5 Phase II et III

### 2.5.1 Cadre

Les phases II et III se sont déroulées au sein de l'H-JU, RdA-M et RdA-St. Les services évalués ainsi que le nombre détaillé de lits par unité sont décrits dans le tableau 2.

Différentes raisons nous ont amené à cibler les patients des services de médecine et de chirurgie, c'est-à-dire les services de soins aigus. Premièrement, les patients hospitalisés dans un service de médecine seraient sujets à de plus nombreux changements et adaptations de traitement. Les pharmaciens cliniciens observent ces changements lors des visites cliniques avec l'équipe médico-soignante. Deuxièmement, de nouveaux traitements sont susceptibles d'être introduits lorsque les patients sont hospitalisés dans un service de chirurgie (notamment un traitement préventif antithrombotique ainsi que des antalgiques ou des antibiotiques). Troisièmement, de par notre participation au sein des séances de vigilance des hôpitaux concernés, nous avons pu relever des incidents médicamenteux relatifs à la reconduction des traitements à la sortie d'hôpital chez des patients hospitalisés dans un service aigu.

**Tableau 2 :** Caractéristiques des services et unités en termes de lits aigus

	H-JU-D	RdA-St	RdA-M
Services de médecine et lits (nb)	D4 : 18 lits	Méd : 24 lits	G : 24 lits (nombre variable de lits répartis entre le service de chirurgie et de médecine)
	D5 : 18 lits		
	F5 : 18 lits		
Services de chirurgie et lits (nb)	F4 (CHOR) : 18 lits	Chir : 20 lits	
	E4 (CHIR) : 18 lits		
	E5 (CHIR) : 18 lits		

Légende : CHOR = chirurgie orthopédique, CHIR = chirurgie générale

La durée prévisionnelle de collecte des données en fonction de chaque service et de chaque phase est décrite dans le tableau 3.

**Tableau 3 :** Durée de collecte des données en fonction des services et des phases

	Service	H-JU-D	RdA-St	RdA-M
Phase II	Médecine	5 jours	10 jours	5 jours
	CHOR	5 jours		
	CHIR			
Phase III	Médecine	5 jours	10 jours	5 jours
	CHOR	5 jours		
	CHIR			

Légende : CHOR = chirurgie orthopédique, CHIR = chirurgie générale

Les périodes de recrutement des patients inclus dans la phase II sont présentées dans le tableau 4. A noter que pour le recrutement de patients sur le site de Moutier pour la phase II et ce dans le but d'atteindre le nombre de patients souhaités, la pharmacienne a également inclus des patients en-dehors de la période initialement prévue, à savoir le 23.01.23, du 13.03.23 au 14.03.23 inclus, du 04.04.23 au 06.04.23 inclus ainsi que du 11.04.23 au 12.04.23 inclus.

**Tableau 4** : Dates de récolte de données de la phase II

Dates	Lieu	Service
16.01 – 20.01.2023	Moutier	Médecine + CHOR + CHIR
30.01 – 03.02.2023	Delémont	Médecine
13.02 – 17.02.2023	Delémont	CHOR + CHIR
20.02 – 24.02.2023	St-Imier	Médecine + CHOR + CHIR
06.03 – 10.03.2023	St-Imier	Médecine + CHOR + CHIR

*Légende : CHOR = chirurgie orthopédique, CHIR = chirurgie générale*

Les périodes de recrutement des patients inclus dans la phase III sont présentées dans le tableau 5.

**Tableau 5** : Dates de récolte de données de la phase III

Dates	Lieu	Service
24.04 – 28.04.2023	Delémont	Médecine
01.05 – 05.05.2023	Moutier	Médecine + CHOR + CHIR
08.05 – 12.05.2023	Delémont	CHOR + CHIR
05.06 – 09.06.2023	St-Imier	Médecine + CHOR + CHIR
12.06 – 16.06.2023	St-Imier	Médecine + CHOR + CHIR

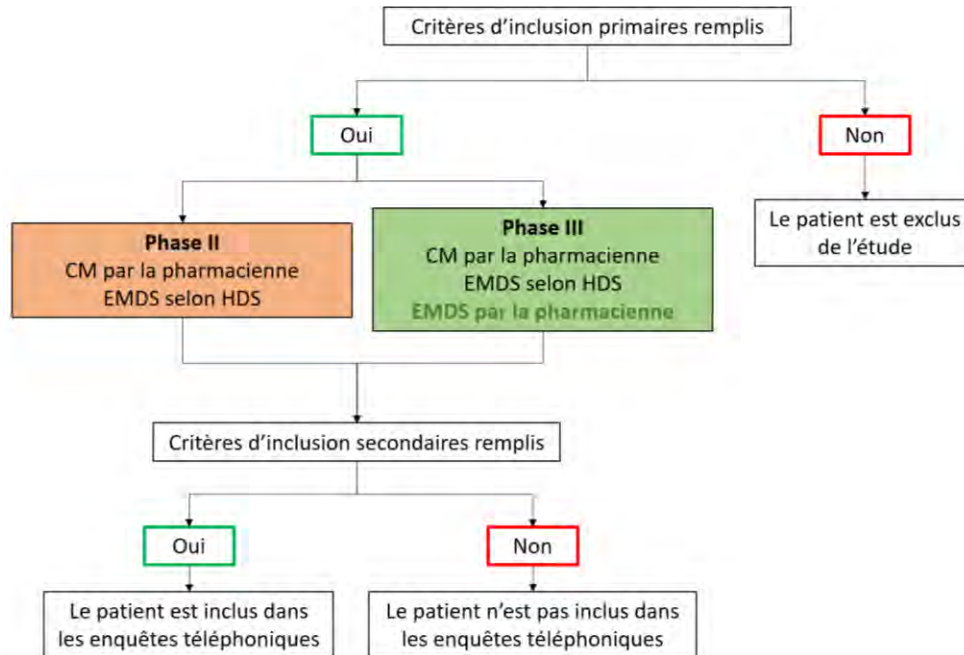
*Légende : CHOR = chirurgie orthopédique, CHIR = chirurgie générale*

### 2.5.2 Participants

Afin d'être inclus dans l'étude, le patient devait présenter des critères d'inclusion dit primaires et secondaires (cf. tableau 6).

Les critères d'inclusion primaires définissent les conditions pour que la pharmacienne assiste à l'EMDS pour les patients inclus dans la phase II et réalise un EMDS supplémentaire pour les patients inclus dans la phase III.

Les critères d'inclusion secondaires définissent les conditions pour qu'un entretien téléphonique puisse être réalisé avec le patient après sa sortie d'hôpital. Ce processus de recrutement est illustré à la figure 4.



**Figure 7 :** Processus de recrutement des patients pour la phase II et III

Les critères d'inclusion (primaires et secondaires) ont été choisis sur la base de données de méta-analyses réalisées dans le domaine de la CM [46] [47].

En ce qui concerne les critères d'inclusion primaires, le choix s'est porté sur les patients hospitalisés dans l'un des trois hôpitaux (H-JU-D, RdA-M, RdA-St) et qui ont consenti à participer à l'étude. Un minimum de 48 h d'hospitalisation a été défini afin de maximiser la probabilité qu'un changement médicamenteux soit effectué. Ensuite, les patients polymédiqués ( $\geq 5$  médicaments pris de manière systématique) ont été retenus ; patients chez lesquels le risque de DI et de DNI est le plus conséquent lors d'une hospitalisation. Pour terminer, un intérêt particulier s'est montré pour les patients rentrant à domicile, car le but était d'évaluer les informations transmises au patient avant son retour chez lui par la personne menant l'EMDS. Les critères d'inclusion secondaires quant à eux ont été choisis de manière à ce que le patient puisse être apte à répondre à l'enquête de satisfaction par téléphone (acceptation de participation, capacité de discernement et maîtrise de la langue française) ainsi que pour minimiser le risque de biais (les patients ne devaient pas connaître la pharmacienne personnellement, au risque de surestimer leur degré de satisfaction).

**Tableau 6** : Critères d'inclusion primaires et secondaires

<b>Critères d'inclusion primaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patients hospitalisés dans un service de médecine ou de chirurgie à l'H-JU-D, au RdA-M ou au RdA-St depuis au minimum 48 h</li> <li>▪ Patients prenant 5 médicaments ou plus de façon chronique au moment de l'hospitalisation (sans les réserves), c'est-à-dire des traitements déjà prescrits avant l'hospitalisation. Les médicaments phytothérapeutiques enregistrés Swissmedic sont pris en compte. En revanche, les dilutions ou globules homéopathiques ne le sont pas</li> <li>▪ Patients retournant au domicile après hospitalisation (avec ou sans soins à domicile) et n'étant pas en situation palliative</li> </ul>
<b>Critères d'inclusion secondaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patients acceptant le suivi par téléphone</li> <li>▪ Patients ayant leur capacité de discernement défini comme <i>Mini Mental State Examination</i> (MMSE) &gt; 20 ou <i>Montreal Cognitive Assessment</i> (MOCA) &gt; 20. En l'absence de ces tests (données non disponibles, non référencées), ce critère est jugé rempli selon l'appréciation de l'équipe médicale</li> <li>▪ Patients de langue maternelle française ou d'un niveau de connaissance suffisant (selon appréciation de la pharmacienne)</li> <li>▪ Patients ne connaissant pas la pharmacienne personnellement</li> </ul>

### 2.5.3 Sources des données

Pour le recueil des données, différents formulaires ont été développés et sont présentés ci-après.

- **Formulaire de consentement écrit du patient (annexe 2)** : ce formulaire permet d'informer le patient quant aux objectifs de l'étude ainsi que de l'usage qu'il sera fait de ses données. En cas d'acceptation de participation à l'enquête téléphonique, le coupon situé en bas du formulaire est remis au patient, avec les dates et heures prévues des appels. En cas de refus, la cause est documentée sur le formulaire de consentement par la pharmacienne.
- **Formulaire d'évaluation de l'EMDS (FO-02, annexe 3)** : ce formulaire sert à l'évaluation des EMDS observés sur le terrain. Il a été développé par la pharmacienne afin de documenter le déroulement des EMDS.
  - Partie A) : documentation des caractéristiques du patient
  - Partie B) : documentation du déroulé de l'EMDS
- **Formulaire d'évaluation des médicaments de sortie (FO-03, annexe 4)** : ce formulaire permet à la pharmacienne de documenter l'historique des changements médicamenteux, de l'admission du patient à sa sortie d'hôpital. Ce formulaire permet l'identification des divergences (intentionnelles (= DI) et non intentionnelles (= DNI)), la raison de l'intervention pharmaceutique à la suite d'une DNI ainsi que les informations données aux patients au sujet des médicaments impliqués dans les DI par la personne menant l'EMDS.

- **Questionnaire de satisfaction du patient à la sortie d'hôpital et évaluation des consultations en urgence et réhospitalisations (FO-04, annexe 5) :** ce formulaire permet à la pharmacienne de documenter l'enquête téléphonique réalisée auprès des patients.
  - Partie A) : documentation des caractéristiques du patient
  - Partie B) : évaluation de l'EMDS de sortie par le patient et évaluation de sa satisfaction par rapport aux informations transmises 4 à 10 jours après sa sortie d'hôpital
  - Partie C) : Evaluation des consultations en urgence en ville ou aux urgences d'un hôpital et des réhospitalisation non planifiées 30 à 40 jours après sa sortie d'hôpital
  
- **Documentation des médicaments et des changements médicamenteux dans le dossier médical informatisé (SIC) :** pour chaque patient inclus dans l'étude, d'autres données ont été récoltées, à savoir :
  - Présence ou non d'un document récent (= de moins de 30 jours) mentionnant une liste des médicaments pris par le patient dans le dossier médical informatisé (SIC)
  - Documentation ou non des médicaments pris à l'admission dans le SIC
  - Documentation ou non des changements médicamenteux effectués pendant le séjour hospitalier dans le SIC

La récolte de ces données n'a pas fait l'objet d'un formulaire à part, elles ont été directement introduites dans le tableau Excel® utilisés pour l'analyse des données.

Le tableau 7 résume les variables collectées, la source utilisée ainsi que le moment optimal de la collecte de données. La sortie (= S) est le moment de référence.

**Tableau 7** : Variables, sources et moment optimal de recueil

Variables	Sources	Sortie = S (moment de référence)					
		J <sub>-1</sub>	H <sub>-1</sub>	S	H <sub>+1</sub>	J <sub>+10</sub>	J <sub>+30-40</sub>
Critères d'inclusion primaires remplis	SIC*, échanges avec l'équipe médico-soignante	X					
Formulaire de consentement prérempli avec l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance, service et n° de chambre)	Formulaire de consentement	X					
FO-02, partie A)	SIC, échanges avec l'équipe médico-soignante	X					
FO-03 (documentation de l'historique médicamenteux à l'entrée et pendant l'hospitalisation)	SIC, échanges avec l'équipe médico-soignante et avec le patient	X					
Critères d'inclusion secondaires remplis	SIC, échanges avec l'équipe médico-soignante et avec le patient		X				
Consentement oral et écrit du patient (uniquement si les critères d'inclusion secondaires sont remplis)	Formulaire de consentement		X				
FO-03 (documentation de l'historique médicamenteux à la sortie et identification des DI/DNI)	Ordonnance de sortie		X				
FO-03 (lever les divergences auprès du médecin en charge du patient)	Echange avec médecin en charge du patient		X				
FO-02, partie B)	Observations sur le terrain au moment de la sortie, SIC, échanges l'équipe médico-soignante			X			
Compléter les dernières données et finaliser les formulaires	Tous les formulaires				X		
Documentation des médicaments et des changements médicamenteux dans le SIC (annexe 10)	SIC				X		
FO-04, partie A) et B)	1 <sup>er</sup> entretien téléphonique avec le patient					X	
FO-04, partie C)	2 <sup>ème</sup> entretien téléphonique avec le patient						X

\*Abréviations : SIC = dossier médical informatisé

Certaines variables ont fait l'objet de calculs. Ceux-ci sont décrits ci-après :

- Proportion de DNI par le nombre total de médicaments théoriques pris à la sortie par le patient :

$$\frac{\text{Nb total de DNI}}{\text{Nb total de médicaments pris par le patient à la sortie}^*}$$

\*Le nombre total de médicaments pris à la sortie est défini à l'annexe 8, item [B]

- Proportion de DNI par le nombre total de lignes de médicaments à la sortie

$$\frac{\text{Nb de DNI sur l'ordonnance de sortie}}{\text{Nb de médicaments prescrits sur l'ordonnance de sortie}}$$

- Pourcentage de DNI par classe ATC :

$$\frac{\text{Nb total de DNI par classe ATC}}{\text{Nb total de divergences * par classe ATC}}$$

\* Divergences = DNI + DI

#### 2.5.4 Déroulement pratique

Dans le but de faciliter la compréhension du déroulé de l'étude, une description du processus (du recrutement du patient jusqu'à l'entretien de satisfaction par téléphone) est donnée ci-après.

##### 2.5.4.1 **Suivi des sorties et recrutement des patients**

Les lundis de chaque nouvelle période de récolte des données, la pharmacienne s'est rendue dans les unités concernées et a informé l'équipe médico-soignante de la démarche de l'étude. Un nombre minimum d'informations sont données afin de minimiser le risque de biais. Une information écrite visible a été apposée dans les différents bureaux des médecins assistants et des soignants. Cette information indiquait le numéro de téléphone de la pharmacienne qu'il était nécessaire de contacter dès qu'un retour à domicile d'un patient était prévu. La pharmacienne évaluait ensuite elle-même les autres critères d'inclusion primaires afin de savoir si ledit patient était éligible ou non.

En collaboration avec l'infirmier référent parcours-patient (IRPP) et/ou l'infirmier chef d'unité de soins (ICUS), la pharmacienne se renseigne deux fois par jour au sujet des sorties potentielles sur la journée.

##### 2.5.4.2 **Sortie J<sub>1</sub>**

Dès qu'un patient remplit les critères d'inclusion primaires et à des fins d'anticipation, les documents suivants sont préparés par la pharmacienne au mieux le jour avant la sortie :

- Formulaire de consentement prérempli avec l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance)
- FO-02, partie A)
- FO-03 (documentation de l'historique médicamenteux à l'entrée et pendant l'hospitalisation)

##### 2.5.4.3 **Sortie H<sub>1</sub>**

Lorsqu'un patient éligible remplit de plus les critères d'inclusion secondaires et que la sortie est confirmée, la pharmacienne complète le coupon situé au-bas du formulaire de consentement avec les dates des entretiens téléphoniques et récolte le consentement écrit du patient. Pour ce faire, la pharmacienne se rend au chevet du patient, lui présente les objectifs et ce qu'implique sa participation à l'étude. Si le patient accepte d'y participer, la pharmacienne lui fait signer le consentement et lui remet le coupon indiquant les dates auxquelles il sera contacté. Le patient a la possibilité de spécifier une heure s'il a une préférence et, s'il le souhaite, la pharmacienne lui remet le formulaire au complet comprenant les informations liées à l'étude.

Le patient, par sa signature, autorise l'exploitation de ses données personnelles à des fins de recherche. Il s'engage également à répondre à un premier entretien téléphonique et à répondre au questionnaire de satisfaction 4 à 10 jours après sa sortie.

Il accepte également à participer au deuxième entretien téléphonique au cours duquel il informera la pharmacienne en cas de consultation en urgence chez un médecin ou à l'hôpital ou en cas de réhospitalisations 30 à 40 jours après sa sortie d'hôpital. Si le patient venait à refuser la participation à l'enquête téléphonique, la raison du refus est documentée par la pharmacienne sur le formulaire de consentement. Dans ce cas de figure, le patient n'est pas contacté après sa sortie et les données de satisfaction et de réhospitalisations ne sont pas collectées. La pharmacienne assiste tout de même à l'EMDS selon les habitudes de service et les documente. Si le patient est inclus dans la phase III et que le patient accepte, la pharmacienne réalise également un EMDS supplémentaire avec lui.

Avant de se rendre à l'EMDS avec la personne menant l'EMDS, la pharmacienne réalise une CM à l'aide de la liste des médicaments documentée dans le dossier médical informatisé (SIC) (liste documentée par les médecins) et complète le FO-03 (historique médicamenteux à la sortie) à l'aide de l'ordonnance générée dans le SIC.

Si la pharmacienne n'a pas le temps de compléter cet historique, il est documenté à posteriori. Elle identifie les potentielles DNI qu'elle soumet auprès du médecin en charge du patient.

#### **2.5.4.4 Sortie S**

Au moment de l'entretien de sortie, la pharmacienne complète la partie B) du FO-02 en fonction de ses observations. A la fin de l'entretien, elle date et mentionne l'heure de fin pour assurer un suivi. Si le patient est inclus dans la phase III, la pharmacienne réalise un EMDS supplémentaire à ce moment-là.

#### **2.5.4.5 Sortie H<sub>+1</sub>**

Dans l'idéal, toutes les données doivent être documentées avant la sortie effective du patient. Malgré un travail rigoureux, il se peut que des données ne puissent pas être recueillies jusque-là. C'est pourquoi, dans l'heure qui suit l'EMDS, la pharmacienne lève toutes les divergences restantes auprès de l'équipe médico-soignante et finalise la documentation des données manquantes sur les formulaires et dans le tableau Excel d'analyse (par exemple pour les variables en annexe 10).

#### **2.5.4.6 Sortie J<sub>4-10</sub>**

Quatre à dix jours après la sortie d'hôpital, la pharmacienne prend contact par téléphone avec le patient et effectue l'enquête de satisfaction selon le FO-04, partie A) et B).

Si le patient n'est pas joignable, quatre autres essais sont tentés le jour-même ou les jours qui suivent. Au bout de 5 appels infructueux, le patient est considéré comme étant injoignable et les données ne sont pas recueillies.

#### **2.5.4.7 Sortie J<sub>30-40</sub>**

Trente à quarante jours après la sortie, la pharmacienne reprend contact avec le patient et relève les consultations en urgence chez un médecin de ville ou aux urgences d'un hôpital et les réhospitalisations toutes causes confondues, selon le FO-04, partie C).

Si le patient n'est pas joignable, quatre autres essais sont tentés les jours qui suivent. Au bout de 5 appels infructueux, le patient est considéré comme étant injoignable.

### 2.5.5 Variables

Pour chaque formulaire utilisé, un tableau résumant les items, les variables et leurs définitions, la source et le moment de récolte des données sont présentées sous forme de tableau dans les annexes :

- Les variables et définitions du formulaire **FO-02** sont présentées en annexe 7. Ces variables (données observées sur le terrain) seront comparées de manière descriptive avec les résultats de la phase I (auto-évaluation des pratiques en termes d'EMDS) ainsi qu'avec les recommandations de la FSPS. Le but étant de savoir si les données de la vie réelle (auto-évaluées et observées) correspondent avec les recommandations émises par la FSPS.
- Les variables et définitions du formulaire **FO-03** sont présentées en annexe 8. Les variables liées aux informations transmises au patient pendant l'EMDS par l'équipe médico-soignante en cas de divergence intentionnelle (DI) (observations sur le terrain) seront comparées de manière descriptive avec les réponses données au questionnaire d'auto-évaluation (FO-01) et les recommandations de la FSPS.
- Les variables et définitions du formulaire **FO-04** sont présentées en annexe 9.
- Les variables et définition concernant la **documentation des médicaments et des changements médicamenteux dans le dossier médical informatisé (SIC)** sont présentées en annexe 10. Ces données seront comparées de manière descriptive avec les recommandations émises par la FSPS.

### 2.5.6 Biais

Comme ce travail s'inscrivait dans le cadre d'un mémoire de fin de formation et pour des raisons de ressources humaines, la pharmacienne a réalisé l'intégralité de ce travail. Elle a observé et relevé les caractéristiques des EMDS. De part ce caractère observationnel de l'étude, des biais liés à l'observateur (*observer bias*) subsistent.

La même pharmacienne était chargée d'appeler les patients afin d'effectuer l'enquête de satisfaction. Cette manière de procéder peut influencer les évaluations de satisfaction données par les patients. Il aurait été préférable qu'une personne indépendante réalise l'enquête de satisfaction. Cependant, afin de limiter ces biais liés à l'enquêteur (*interviewer bias*), les patients connaissant la pharmacienne personnellement ont été exclus de l'étude.

Toujours concernant l'enquête de satisfaction et dans le but de limiter les biais de sélection, le modèle de la couverture d'assurance a été recueilli. En effet, ce critère pourrait être un facteur influençant le degré de satisfaction des patients. On peut s'attendre à ce que les patients hospitalisés avec une couverture d'assurance privée ou semi-privée soient plus exigeants et aient un seuil de satisfaction plus élevé que les patients hospitalisés selon une couverture d'assurance commune. Enfin, afin de limiter les biais de rappel (*recall bias*) lors de l'enquête de satisfaction, une période de maximum 10 jours a été choisie. Dans des cas exceptionnels et qui ont été documentés dans les résultats, cette durée peut-être plus élevée, dans le but de limiter les patients perdus de vue avec des données manquantes.

La pharmacienne menant l'étude a poursuivi ses activités de routine en pharmacie clinique (visite dans l'unité de chirurgie au F4) pendant l'étude et lorsque cela était possible par rapport à l'emploi du temps. Il en va de même pour les autres pharmaciens de la PIJ, qui participent aux visites dans toutes les unités observées. Tous les pharmaciens avaient donc connaissance de l'étude en cours. Lors de ces activités de pharmacie clinique, les pharmaciens peuvent contribuer à identifier et réduire les DNI présentes sur les ordonnances de sortie, même si cela ne fait pas partie des activités cliniques courantes de la PIJ.

L'évaluation de l'impact des interventions pharmaceutiques a été réalisée à l'aide de l'outil CLEO® (annexe 11) [48], outil validé par la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) pour évaluer l'impact des interventions pharmaceutiques réalisées en visite clinique. L'impact des interventions a été jugé par la pharmacienne menant l'étude ainsi que par son superviseur, par consensus. Si aucun consensus n'a pu être trouvé, l'avis d'un troisième pharmacien, le pharmacien chef de la PIJ, a été consulté. Cette manière de procéder limite le risque de surestimer les impacts des interventions pharmaceutiques, même si les personnes impliquées travaillent dans la même entreprise.

Enfin, les patients n'ont pas été randomisés, car pour des raisons organisationnelles, il n'était pas possible d'effectuer les phase II et III sur la même période. De ce fait, des biais de sélection (*selection bias*) subsistent.

### 2.5.7 Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée en se basant sur une différence de la note moyenne de satisfaction globale de 1 point sur 5 entre les deux groupes avec une puissance statistique fixée à 80 % ( $1-\beta$ ) et une valeur du seuil de significativité fixée à 5 % ( $p = 0.05$ ) [49].

Pour cela, un échantillon de 50 patients dans chaque groupe est requis.

### 2.5.8 Méthodes statistiques

Les variables quantitatives sont présentées sous forme de moyenne  $\pm$  écart-type et les variables qualitatives sous forme de nombres et pourcentages associés.

Les comparaisons de groupes sur les variables quantitatives et qualitatives ont été effectuées respectivement avec les tests de Mann-Whitney et de Wilcoxon et le test exact de Fisher.

La valeur du seuil de significativité a été fixée à 5 %.

## 3 Résultats

### 3.1 Phase I

Compte-tenu du faible taux de réponse, les résultats sont présentés de manière globale sans distinction entre les sites hospitaliers ni les services, sauf dans les cas jugés intéressants. Au total, 128 questionnaires ont été envoyés : 61 à l'H-JU et 67 au RdA. Sur les 28 questionnaires reçus (taux de réponse de 21.9 %), 17 (60.7 %) provenaient de l'H-JU et 11 (39.3 %) du RdA. La majorité des répondants étaient des médecins assistants (n = 18 ; 64.3 %), suivis par les médecins chefs (n = 9 ; 32.1 %) et les médecins chefs de clinique (n = 1 ; 3.6 %). Les résultats détaillés pour chaque item du questionnaire sont consultables en annexe 12. Les résultats jugés les plus pertinents sont décrits ci-après.

Seize participants (57.1 %) avaient connaissance de l'existence d'une procédure sur l'organisation des sorties d'hôpital au sein du service dans lequel ils travaillent et 9 (32.1 %) rapportaient ne pas savoir si une telle procédure existe. Pendant l'EMDS, les sondés estimaient que les indications des médicaments ainsi que les modalités de prise sont des informations souvent voire toujours communiquées au patient (respectivement n = 20, 71.4 % ; n = 17, 60.7 %). En revanche, les patients semblent être moins souvent informés des effets indésirables des médicaments : seulement 25 % (n = 7) des sondés estimaient que cette information est souvent, voire toujours donnée. L'EMDS est le plus souvent réalisé par un médecin assistant (n = 22 ; 57.9 %). En chirurgie, une plus grande proportion d'infirmiers est impliquée dans les EMDS qu'en médecine (n = 7, 35.0 % vs. n = 3, 16.7 %). En chirurgie, les infirmiers semblent également être plus impliqués qu'en médecine en ce qui concerne l'explication de l'ordonnance de sortie (respectivement n = 4, 30.8 % vs. n = 0, 0.0 %). La durée moyenne pour l'EMDS la plus plébiscitée était de 2 à 5 min. (n = 13 ; 46.4 %). Dix-neuf sondés (67.9 %) mentionnaient qu'à la sortie une ordonnance et un plan de traitement sont remis au patient. En chirurgie, les ordonnances et plans de traitement sont majoritairement remis au patient par les infirmiers (n = 15 ; 53.6 %) tandis qu'en médecine, ces documents sont plutôt remis par les médecins assistants (n = 10 ; 66.7 %). Environ un quart des sondés (n = 8, 28.6 %) mentionnaient ne pas savoir si l'ordonnance de sortie et le plan de traitement sont transmis au médecin traitant. En outre, environ un tiers des sondés (n = 10 ; 35.7 %) ne savaient pas si ces documents sont remis le jour-même de la sortie aux autres prestataires de soins du patient. Trois-quarts des sondés (n = 21, 75 %) estimaient que l'approvisionnement en médicament à la sortie est souvent voire toujours assuré. Selon 78.6 % (n = 22) des sondés, le patient aurait toujours la possibilité de poser des questions pendant l'EMDS. Concernant la documentation des changements de médicaments effectués pendant l'hospitalisation, 53.6 % (n = 15) des sondés mentionnaient qu'ils sont tous renseignés dans le dossier médical informatisé (= SIC) et 82.2 % (n = 23) des sondés estimaient que tous les changements de médicament effectués pendant l'hospitalisation sont expliqués au patient pendant l'EMDS.

### 3.2 Phase II et III

#### 3.2.1 Nombre de patients

Sur l'intégralité de la période de l'étude, 400 sorties ont été recensées, 230 dans la phase II et 170 dans la phase III (figure 8). Durant la phase II, 178 patients ne correspondaient pas aux critères d'inclusion primaires et ont donc été exclus. Dans la phase III, 125 patients ont été exclus. En phase II, 52 patients étaient donc éligibles et dans la phase III, 45 patients. Pour 10 d'entre-eux dans la phase II et 11 dans la phase III, la pharmacienne était dans l'incapacité d'assister à l'EMDS, car elle n'a pas été avertie à temps ou la sortie s'est effectuée en même temps qu'une autre. Au final, 76 patients (19 %) ont pu être inclus pour l'analyse des EMDS, dont 42 dans la phase II et 34 patients dans la phase III.

Dans la phase II, 32 sur 42 patients (76.2 %) ont été inclus dans les entretiens téléphoniques. Parmi eux, 31 patients (96.9 %) ont été joignables pour répondre à l'enquête de satisfaction et 29 patients (90.6 %) ont été joignables pour répondre à l'enquête sur les consultations en urgence et les réhospitalisations.

Dans la phase III, 27 patients sur 34 (79.4 %) ont été inclus dans les entretiens téléphoniques. Parmi eux, 25 patients (92.6 %) ont été joignables pour répondre à l'enquête de satisfaction et 20 patients (74.1 %) ont été joignables pour répondre à l'enquête sur les consultations en urgence et les réhospitalisations.

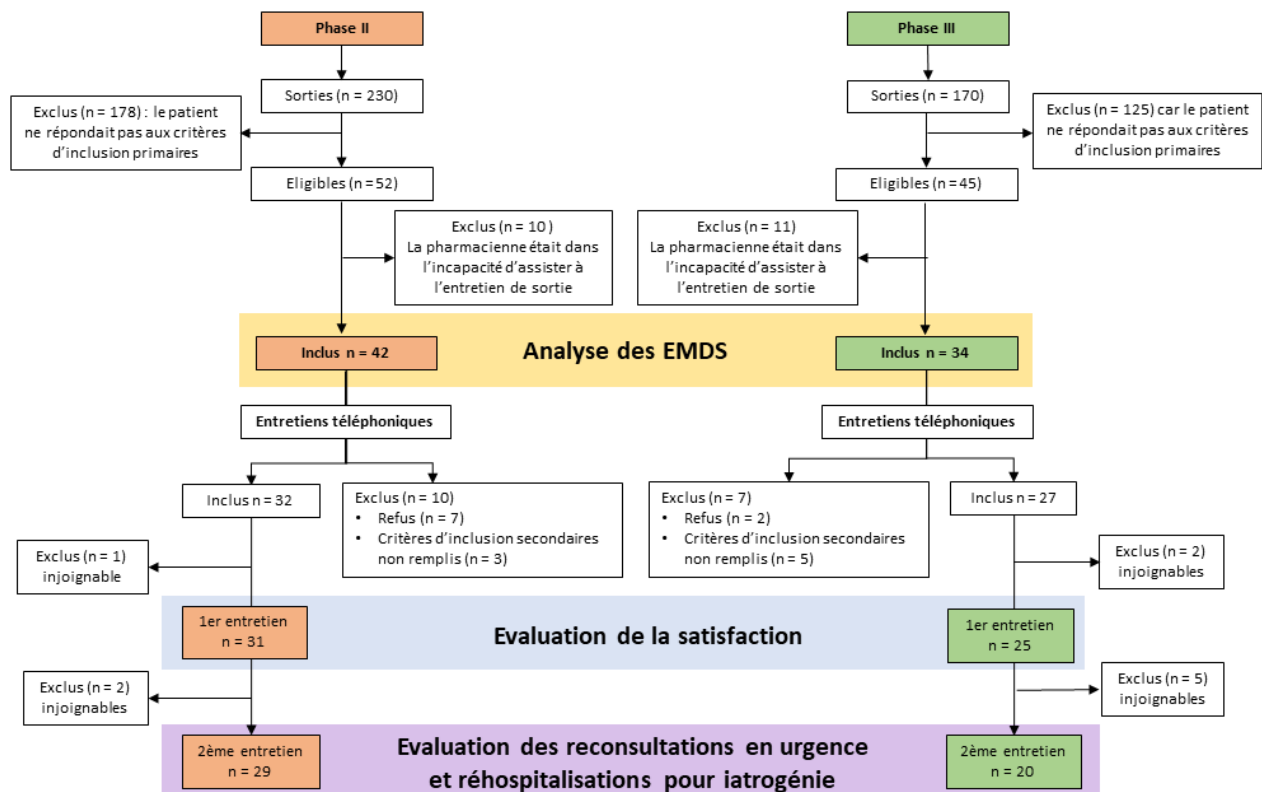


Figure 8 : Diagramme des patients inclus

### 3.2.2 Caractéristiques populationnelles

Les caractéristiques populationnelles sont présentées dans le tableau 8. De manière globale et sur un total de 76 patients, une majorité étaient des hommes (n = 42, 55.3 %) et une majorité des patients étaient hospitalisés dans un service de médecine (n = 48, 63.2 %). Le nombre moyen de médicaments en fixe était de  $8.8 \pm 3.3$  et la durée moyenne de séjour s'élevait à  $7.6 \pm 9.7$  jours. Une majorité des patients sont entrés à l'hôpital par les urgences (n = 66, 86.8 %) et avait une couverture d'assurance commune (n = 72, 94.7 %). La majorité des patients (n = 50, 65.8 %) a reçu la visite d'un pharmacien clinicien lors de son séjour à l'hôpital. Les caractéristiques des patients n'ont pas été comparées en raison du faible échantillon de patients dans chaque groupe.

**Tableau 8 :** Caractéristiques populationnelles de base des patients inclus dans la phase II et III

Caractéristiques	Phase II n = 42	Phase III n = 34	Total n = 76
<b>Âge moyen au moment de la sortie [années] +/- écart type</b>	76.8 ± 11.4	75.6 ± 14.6	76.2 ± 12.9
<b>Sexe n (%)</b>			
<i>Femme</i>	18 (42.9)	16 (47.1)	34 (44.7)
<i>Homme</i>	24 (57.1)	18 (52.9)	42 (55.3)
<b>Service n (%)</b>			
<i>Médecine</i>	30 (71.4)	18 (52.9)	48 (63.2)
<i>Chirurgie</i>	12 (28.6)	16 (47.1)	28 (36.8)
<b>Hôpital n (%)</b>			
<i>Delémont</i>	20 (47.6)	17 (50.0)	37 (48.7)
<i>Moutier</i>	16 (38.1)	5 (14.7)	21 (27.6)
<i>St-Imier</i>	6 (14.3)	12 (35.3)	18 (23.7)
<b>Mode d'entrée n (%)</b>			
<i>Entrée par les urgences</i>	35 (83.3)	31 (91.2)	66 (86.8)
<i>Entrée élective</i>	7 (16.7)	3 (8.8)	10 (13.2)
<b>Durée moyenne du séjour [jours] +/- écart type</b>	7 ± 4.4	8 ± 13.8	7.6 ± 9.7
<b>Passage aux soins intensifs pendant le séjour</b>			
<i>Oui</i>	9 (21.4)	4 (11.8)	13 (17.1)
<i>Non</i>	33 (78.6)	30 (88.2)	63 (82.9)
<b>Couverture d'assurance n (%)</b>			
<i>Commune</i>	41 (97.6)	31 (91.2)	72 (94.7)
<i>Semi-privée</i>	1 (2.4)	3 (8.8)	4 (5.3)
<i>Privée</i>	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
<b>Nb moyen de médicaments par patient [Nb] +/- écart type</b>			
<i>Fixe</i>	9.0 ± 3.7	8.4 ± 2.6	8.8 ± 3.3
<i>Réserve</i>	1.0 ± 1.5	1.0 ± 1.3	1.0 ± 1.4
<b>Soins à domicile avant le séjour hospitalier</b>			
<i>Oui</i>	14 (33.3)	14 (41.2)	28 (36.8)
<i>Non</i>	28 (66.7)	20 (58.8)	48 (63.2)
<b>Visite du pharmacien pendant le séjour n (%)</b>			
<i>Oui</i>	26 (61.9)	24 (70.6)	50 (65.8)
<i>Non</i>	16 (38.1)	10 (29.4)	26 (34.2)

### 3.2.3 Objectifs primaires : évaluation de la satisfaction et des consultations/réhospitalisations

#### 3.2.3.1 Gestion des médicaments par les patients

La phase II comprenait 31 patients et la phase III 25 patients (tableau 9). Le premier entretien téléphonique s'est déroulé à  $9.3 \pm 5.0$  jours après la sortie dans la phase II et à  $8.1 \pm 5.1$  dans la phase III. La période entre la sortie et le premier entretien téléphonique a été élargie, de sorte à limiter le nombre de patients perdus de vue. Environ la moitié des patients n'a pas bénéficié de SAD au retour à domicile (phase II : n = 16 ; 51.6 % et phase III : n = 13 ; 52.0 %). Une majorité de patients possédait un semainier à domicile (phase II : n = 24 ; 77.4 % et phase III : n = 16 ; 64.0 %). Le semainier était préparé par le patient lui-même dans un tiers des cas en phase II et dans la moitié des cas en phase III.

Deux patients inclus dans la phase II ont rapporté avoir rencontré un problème en lien avec les médicaments lors de leur passage à la pharmacie à la suite de leur sortie d'hôpital :

1. Pour un patient, les deux inhalateurs prescrits à la sortie (Axotide® et Anoro Ellipta®) n'ont pas pu être délivrés par la pharmacie de ville, qui a dû les commander. Le patient a dû attendre deux jours avant d'obtenir son traitement.
2. Pour le second patient, il avait demandé à la sortie qu'on lui prescrive un laxatif, car cela faisait trois jours qu'il n'était pas allé à selles. Le laxatif n'a pas été prescrit sur l'ordonnance de sortie et la pharmacienne de ville lui a remis du Duphalac®.

Un patient inclus dans la phase II a mentionné avoir rencontré des problèmes en lien avec ses médicaments à son retour à domicile :

1. C'est la conjointe du patient qui a demandé à s'entretenir avec la pharmacienne lors de l'entretien de satisfaction. Il ne comprenait pas la raison pour laquelle la dose d'Allopurinol a été changée. Habituellement, le patient avait 300 mg 1x/jour. Cette dose a été changée pour 100 mg 1x/jour pendant l'hospitalisation en raison d'une insuffisance rénale, dosage qui a été prescrit à la sortie. L'explication de ce changement de dosage n'a pas été donnée lors de l'EMDS.

**Tableau 9** : Gestion des médicaments par les patients

	Phase II	Phase III
	1 <sup>er</sup> entretien n = 31	1 <sup>er</sup> entretien n = 25
<b>Nb de jours depuis la sortie d'hôpital* [Nb] ± écart type</b>	9.3 ± 5.0	8.1 ± 5.1
<b>Le patient a bénéficié de SAD au retour à domicile n (%)</b>		
<i>Oui</i>	15 (48.4)	12 (48.0)
<i>Non</i>	16 (51.6)	13 (52.0)
<b>Le patient possède un semainier à domicile n (%)</b>		
<i>Oui</i>	24 (77.4)	16 (64.0)
<i>Non</i>	7 (22.6)	9 (36.0)
<b>Personne préparant le semainier † n (%)</b>		
<i>Patient lui-même</i>	9 (37.5)	8 (50.0)
<i>Proche</i>	4 (16.7)	2 (12.5)
<i>SAD</i>	7 (29.1)	5 (31.2)
<i>Pharmacie</i>	4 (16.7)	1 (6.3)
<b>Problèmes rencontrés à la pharmacie n (%)</b>		
<i>Oui</i>	2 (6.5)	0 (0.0)
<i>Non</i>	21 (67.7)	18 (72.0)
<i>Le patient ne s'est pas rendu en pharmacie</i>	8 (25.8)	7 (28.0)
<b>Problèmes rencontrés au retour à domicile</b>		
<i>Oui</i>	1 (3.2)	0 (0.0)
<i>Non</i>	30 (96.8)	25 (100.0)

\* La plage a été étendue pour minimiser le nombre de perdus de vue :

- Phase II : 1 patient joint à 34 jours après la sortie
- Phase III : 1 patient joint à 15 jours ; 1 patient joint à 29 jours

† Pourcentage calculé sur le nombre de patients possédant un semainier à domicile

### 3.2.3.2 Evaluation des informations transmises à la sortie et de la satisfaction patient

Toutes les notes moyennes d'appréciation des explications données lors de l'EMDS étaient statistiquement plus élevées dans le groupe ayant reçu un EMDS supplémentaire avec la pharmacienne (phase III), que ce soit concernant les explications liées aux changements médicamenteux ( $3.5 \pm 1.7$  vs.  $4.6 \pm 1.1$  ;  $p = 0.012$ ), liées aux indications ( $3.7 \pm 1.6$  vs.  $4.5 \pm 1.2$  ;  $p = 0.020$ ), aux modalités de prise ( $3.5 \pm 1.8$  vs.  $4.5 \pm 1.3$  ;  $p = 0.023$ ) ou aux effets secondaires des médicaments ( $1.7 \pm 1.4$  vs.  $2.9 \pm 1.8$  ;  $p = 0.010$ ) (tableau 10). La satisfaction liée aux explications reçues lors des EMDS était également significativement plus élevée dans le groupe ayant reçu un EMDS supplémentaire avec la pharmacienne ( $3.8 \pm 1.4$  vs.  $4.6 \pm 0.9$  ;  $p = 0.01$ ). La seule différence non significative porte sur l'organisation de la sortie d'hôpital, d'un point de vue médicamenteux ( $4.4 \pm 1.$  vs.  $4.8 \pm 0.8$  ;  $0.065$ ). A noter que pour certains items, l'appréciation des patients n'a pas pu être récoltée pour diverses raisons expliquées en bas du tableau 10.

**Tableau 10** : Résultats de l'enquête de satisfaction (phase II vs. phase III)

	Phase II	Phase III	Valeur p
	1 <sup>er</sup> entretien n = 31	1 <sup>er</sup> entretien n = 25	
<b>Note moyenne d'appréciation des explications liées aux changements médicamenteux lors de la sortie</b> [m ± écart-type ; n patients ayant répondu]	3.5 ± 1.7 ; n = 27 * †	4.6 ± 1.1 ; n = 25	0.012
<b>Note moyenne d'appréciation des explications liées aux indications des médicaments lors de la sortie</b> [m ± écart-type ; n patients ayant répondu]	3.7 ± 1.6 ; n = 27 * †	4.5 ± 1.2 ; n = 25	0.020
<b>Note moyenne d'appréciation des explications liées aux modalités de prise des médicaments à la sortie</b> [m ± écart-type ; n patients ayant répondu]	3.5 ± 1.8 ; n = 28 *	4.5 ± 1.3 ; n = 25	0.023
<b>Note moyenne d'appréciation des explications liées aux effets secondaires des médicaments à la sortie</b> [m ± écart-type ; n patients ayant répondu]	1.7 ± 1.4 ; n = 28 *	2.9 ± 1.8 ; n = 23 ¶	0.010
<b>Note moyenne de la satisfaction liée aux explications reçues à la sortie</b> [m ± écart-type ; n patients ayant répondu]	3.8 ± 1.4 ; n = 30 †	4.6 ± 0.9 ; n = 25	0.010
<b>Note moyenne de la satisfaction de l'organisation de la sortie (aspects médicamenteux)</b> [m ± écart-type ; n patients ayant répondu]	4.4 ± 1.1 ; n = 29 † ‡	4.8 ± 0.8 ; n = 25	0.065

\* Trois patients n'ont pas donné leur appréciation. Ceci est lié à une mauvaise utilisation du FO-04 : lorsque la réponse du patient à la question B) [1] était « non », la pharmacienne n'a pas récolté les données B) [2], [3], [4] et [5]

† Un patient n'a pas souhaité attribuer de note, car sa situation était complexe (contexte de nombreuses réhospitalisation à la suite de sa sortie et grande insatisfaction liée à sa prise en charge médicale)

‡ Un patient n'a pas attribué de note, ne sachant pas quelle appréciation donner

¶ Deux patients n'ont pas attribué de note, ne sachant pas quelle appréciation donner

### 3.2.3.3 Evaluation des consultations en urgence toutes causes confondues et réhospitalisations non planifiées

Lors du deuxième entretien téléphonique, 29 patients ont été inclus dans la phase II et 20 patients ont été inclus dans la phase III (tableau 11). L'entretien téléphonique s'est déroulé à 36.4 ± 4.9 jours après la sortie dans la phase II et à 36.3 ± 2.7 jours dans la phase III. La période entre la sortie et le premier entretien téléphonique a été élargie, de sorte à limiter le nombre de patients perdus de vue.

Par rapport aux patients de la phase II, les patients de la phase III semblent présenter moins de consultations en urgence toutes causes confondues (n = 11, 37.9 % vs. n = 4, 20.0 %) ainsi que moins de réhospitalisations non planifiées (n = 7, 24.1 % vs. n = 3, 15.0 %). Cependant, il s'agit d'une tendance et ces données sont statistiquement non significatives compte-tenu du faible nombre de patients.

**Tableau 11** : Résultats de l'analyse des consultations en urgence toutes causes confondues et réhospitalisations non planifiées (phase II vs. phase III)

	Phase II	Phase III	Valeur p
	2ème entretien n = 29	2ème entretien n = 20	
<b>Nb de jours moyen depuis la sortie d'hôpital*</b> [m ± écart type]	36.4 ± 4.9	36.3 ± 2.7	
<b>Consultations en urgence en ville ou aux urgences de d'un hôpital toutes causes confondues n (%)</b>			
<i>Oui</i>	11 (37.9)	4 (20.0)	0.221
<i>Non</i>	18 (62.1)	16 (80.0)	
<b>Réhospitalisations non planifiées n (%)</b>			
<i>Oui</i>	7 (24.1)	3 (15.0)	0.496
<i>Non</i>	22 (75.9)	17 (85.0)	

\* La plage a été étendue pour minimiser le nombre de perdus de vue :

- Phase II : 1 patient joint 41 jours après la sortie ; 1 patient joint 49 jours après la sortie ; 1 patient joint 56 jours après la sortie
- Phase III : 1 patient joint à 42 jours après la sortie ; 1 patient joint à 43 jours après la sortie

### 3.2.4 Critères secondaires

#### 3.2.4.1 Caractéristiques des EMDS

Les caractéristiques des EMDS en médecine, en chirurgie et de manière globale sont présentées dans le tableau 12. Sur les 76 patients inclus dans l'étude, un seul patient, inclus dans la phase III et hospitalisé dans un service de médecine n'a pas reçu d'EMDS.

- **Personne menant l'EMDS de sortie** : en médecine, les médecins assistants seuls sont les personnes qui effectuent le plus souvent les EMDS (n = 36, 75.0 %) et en chirurgie, il s'agit le plus souvent des infirmiers seuls, Infirmier Référent Parcours Patient (IRPP) inclus (n = 19, 67.9 %)
- **Remise des documents de sortie** : l'ordonnance est le document le plus souvent remis et ce, dans les deux services (n = 74, 97.4 %). En médecine, arrive ensuite le plan de traitement, qui est remis au patient dans 77.1 % des cas (n = 37). En chirurgie, le plan de traitement est remis au patient dans 39.3 % des cas (n = 11).
- **Documents expliqués lors de l'EMDS** : l'ordonnance de sortie est le document le plus souvent expliqué au patient lors de l'EMDS (n = 71, 93.4 %), tant en médecine qu'en chirurgie. Le plan de traitement est expliqué chez 70.8 % (n = 34) des patients hospitalisés en médecine contre 35.7 % (n = 10) des patients hospitalisés en chirurgie.
- **Ordonnance différente du plan de traitement** : l'ordonnance de sortie ne correspondait pas avec le plan de traitement dans 21.1 % des cas (n = 16). La proportion était plus grande en médecine qu'en chirurgie (25.0 %, n = 12 vs. 14.3 %, n = 4).

- **Transmission du plan de traitement aux prestataires de soins du patient** : dans 92.1 % des cas (n = 70), la personne menant l'EMDS n'a pas précisé au patient à quels prestataires de soins le plan de traitement devait être envoyé ou n'a pas demandé au patient s'il souhaitait que le plan de traitement soit envoyé à un prestataire de soins de son choix.
- **Possibilité pour le patient de poser des questions pendant l'EMDS** : de manière globale, les patients n'ont pas eu l'occasion de poser des questions au sujet de leurs médicaments durant l'EMDS (n = 67, 88.2 %) selon la définition utilisée dans le cadre de ce travail.
- **Durée de l'EMDS** : la durée moyenne globale des EMDS est de  $3.3 \pm 2.7$  minutes
- **Médicaments à risque d'approvisionnement** : lors de 6 sorties sur 76 (7.9 %), un médicament à risque était présent sur l'ordonnance de sortie. Dans ces 6 cas, la personne menant l'EMDS s'est préoccupée de l'approvisionnement de ce médicament à risque.
- **DCI des médicaments à risque d'approvisionnement** : parmi les 6 patients qui comportaient un médicament à risque sur leur ordonnance de sortie, 5 patients avaient de l'Enoxaparine (héparine de bas poids moléculaire utilisée dans la prévention antithrombotique) et 1 patient avait un antibiotique intraveineux (Co-Amoxicilline).

**Tableau 12** : Caractéristiques des EMDS en médecine, chirurgie et de manière globale

	Médecine n = 48	Chirurgie n = 28	Global n = 76
<b>EMDS n (%)</b>			
<i>Oui</i>	47 (97.9)	28 (100.0)	75 (98.7)
<i>Non</i>	1 (2.1)	0 (0.0)	1 (1.3)
<b>Personne ayant effectué l'EMDS n (%)</b>			
<i>Infirmier (ou IRPP) seul</i>	3 (6.2)	19 (67.9)	22 (28.9)
<i>Médecin assistant et infirmier (ou IRPP)</i>	2 (4.2)	2 (7.1)	4 (5.3)
<i>Médecin assistant seul</i>	36 (75.0)	7 (25.0)	43 (56.6)
<i>Médecin chef de clinique et médecin assistant</i>	2 (4.2)	0 (0.0)	2 (2.6)
<i>Médecin chef de clinique seul</i>	4 (8.3)	0 (0.0)	4 (5.3)
<i>Pas d'entretien de sortie</i>	1 (2.1)	0 (0.0)	1 (1.3)
<b>Documents remis au patient lors de l'EMDS<sup>§</sup> n (%)</b>			
<i>Ordonnance de sortie</i>	47 (97.9)	27 (96.4)	74 (97.4)
<i>Plan de traitement</i>	37 (77.1)	11 (39.3)	48 (63.2)
<i>Aucun</i>	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
<i>Non évaluable*</i>	1 (2.1)	1 (3.6)	2 (2.6)
<b>Documents expliqués au patient lors de l'EMDS<sup>§</sup> n (%)</b>			
<i>Ordonnance de sortie</i>	44 (91.7)	27 (96.4)	71 (93.4)
<i>Plan de traitement</i>	34 (70.8)	10 (35.7)	44 (57.9)
<i>Aucun</i>	2 (4.2)	0 (0.0)	2 (2.6)
<i>Non évaluable<sup>#</sup></i>	1 (2.1)	1 (3.6)	2 (2.6)
<b>Ordonnance différente du plan de traitement n (%)</b>			
<i>Oui</i>	12 (25.0)	4 (14.3)	16 (21.1)
<i>Non</i>	25 (52.1)	7 (25.0)	32 (42.1)
<i>Plan de traitement non remis</i>	10 (20.8)	16 (57.1)	26 (34.2)
<i>Non évaluable<sup>#</sup></i>	1 (2.1)	1 (3.6)	2 (2.6)
<b>Transmission du plan de traitement et si oui, à quel prestataire de soins n (%)</b>			
<i>Oui : Médecin traitant</i>	1 (2.1)	0 (0.0)	1 (1.3)
<i>Oui : Pharmacie de ville</i>	1 (2.1)	0 (0.0)	1 (1.3)
<i>Oui : Soins à domicile</i>	2 (4.1)	1 (3.6)	3 (4.0)
<i>Oui : Autres : Addiction Jura</i>	1 (2.1)	0 (0.0)	1 (1.3)
<i>Non évaluable<sup>+</sup></i>	43 (89.6)	27 (96.4)	70 (92.1)
<b>Le patient a eu l'occasion de poser des questions durant l'EMDS n (%)</b>			
<i>Oui</i>	6 (12.5)	1 (3.6)	7 (9.2)
<i>Non</i>	41 (85.4)	26 (92.8)	67 (88.2)
<i>Non évaluable<sup>#</sup></i>	1 (2.1)	1 (3.6)	2 (2.6)
<b>Durée moyenne de l'EMDS* [min] [m ± écart type]</b>	3.2 ± 2.4	3.5 ± 3.1	3.3 ± 2.7
<b>Médicaments à risque d'approvisionnement n (%)</b>			
<i>Oui</i>	1 (2.1)	5 (17.9)	6 (7.9)
<i>Non</i>	47 (97.9)	23 (82.1)	70 (92.1)
<b>La personne menant l'EMDS s'est préoccupée de l'approvisionnement en médicaments à risque à la sortie d'hôpital. <sup>∞</sup> n (%)</b>			
<i>Oui</i>	1 (100.0)	5 (100.0)	6 (100.0)
<i>Non</i>	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

\* La durée de 3 EMDS sur 76 n'a pas pu être évaluée et n'est pas prise en compte dans le calcul :

- Phase 2 : 1 patient en médecine + 1 patient en chirurgie (pour ces 2 cas, il y a eu 2 entretiens à la sortie (1 fois par le médecin et 1 fois par l'infirmier) et la pharmacienne n'a pu assister qu'à l'un des deux)
- Phase 3 : 1 patient n'a pas reçu d'EMDS en médecine

# Cet item n'a pas pu être évalué chez 2 patients :

- Phase 2 : 1 patient en médecine + 1 patient en chirurgie (pour ces 2 cas, il y a eu 2 entretiens à la sortie (1 fois par le médecin et 1 fois par l'infirmier) et la pharmacienne n'a pu assister qu'à l'un des deux)

<sup>§</sup> Plusieurs modalités de réponses possibles, donc le cumul n'est pas égal au nombre de patients. Pourcentage sur le nombre de patients en fonction du service

<sup>+</sup> Inclus les 3 EMDS cités en \* :

- Phase 2 : 1 patient en médecine + 1 patient en chirurgie (pour ces 2 cas, il y a eu 2 entretiens à la sortie (1 fois par le médecin et 1 fois par l'infirmier) et la pharmacienne n'a pu assister qu'à l'un des deux)
- Phase 3 : 1 patient n'a pas reçu d'EMDS en médecine

<sup>∞</sup> Pourcentage sur le nombre de médicaments à risque d'approvisionnement en fonction du service

### 3.2.4.2 Divergences médicamenteuses

Les patients avaient une moyenne de 9.8 médicaments à l'admission et une moyenne de 10.9 médicaments à la sortie (fixe et réserve) (tableau 13). Sur un nombre total de 374 divergences observées entre les médicaments à l'admission et les médicaments à la sortie, 74.3 % (n = 278) étaient intentionnelles (= DI) et 25.7 % (n = 96) étaient non intentionnelles (= erreurs médicamenteuses ou DNI).

**Tableau 13** : Descriptions des divergences en fonction du service

	Médecine	Chirurgie	Total
<b>Nb médicaments à l'admission [m ± écart type]</b>			
<i>Fixe</i>	9.4 ± 3.5	7.7 ± 2.6	8.8 ± 3.3
<i>Réserve</i>	1.3 ± 1.6	0.6 ± 1.0	1.0 ± 1.4
<i>Fixe + réserve</i>	10.6 ± 4.3	8.3 ± 3.2	9.8 ± 4.1
<b>Nb médicaments à la sortie [m ± écart type]</b>			
<i>Fixe</i>	9.9 ± 3.1	8.8 ± 2.8	9.5 ± 3.0
<i>Réserve</i>	1.5 ± 1.4	1.3 ± 1.1	1.3 ± 1.3
<i>Fixe + réserve</i>	11.4 ± 3.7	10.1 ± 3.2	10.9 ± 3.6
<b>Nb total de divergences n (%)</b>	255 (100.0)	119 (100.0)	374 (100.0)
<i>Nb de divergences intentionnelles DI n (%)</i>	192 (75.3)	86 (72.3)	278 (74.3)
<i>Nb de divergences non intentionnelles DNI n (%)</i>	63 (24.7)	33 (27.7)	96 (25.7)

Le nombre moyen de divergences par patient est de  $4.9 \pm 3.1$ , le nombre moyen de DI par patient était de  $3.7 \pm 2.4$  et le nombre moyen de DNI par patient était de  $1.3 \pm 1.6$  (tableau 14).

**Tableau 14** : Nombre moyen de divergences (DI et DNI) par patient en fonction du service

	Médecine	Chirurgie	Total
<b>Nb moyen de divergences [m ± écart type]</b>	5.3 ± 3.3	4.3 ± 2.6	4.9 ± 3.1
<i>Nb moyen de divergences intentionnelles [m ± écart type]</i>	4.0 ± 2.6	3.1 ± 1.8	3.7 ± 2.4
<i>Nb moyen de divergences non intentionnelles DNI [m ± écart type]</i>	1.3 ± 1.7	1.2 ± 1.4	1.3 ± 1.6

#### 3.2.4.2.1 Divergences intentionnelles (DI)

De manière globale, les divergences intentionnelles correspondent principalement à des introductions de médicament (56.5 % ; n = 157), à l'arrêt de médicament (23 % ; n = 64) et à des modifications de médicament (18.3 % , n = 51) (tableau 15). Dans les services de médecine, une plus grande proportion de modifications de médicament a eu lieu comparé aux services de chirurgie (27.1 % vs. 14.0 %). En revanche, en chirurgie, une plus grande proportion d'introduction de nouveaux médicaments a été constatée que dans les services de médecine (46.4 % vs. 27.1 %) (figure 9).

**Tableau 15** : Descriptions des divergences intentionnelles en fonction du service

	Médecine n = 192	Chirurgie n = 86	Total n = 278
Nb de nouveaux médicaments introduits n (%)	89 (46.4)	68 (79.1)	157 (56.5)
Nb de médicaments modifiés* n (%)	47 (24.5)	4 (4.7)	51 (18.3)
Nb de médicament arrêtés n (%)	52 (27.1)	12 (14.0)	64 (23.0)
Nb de nouveaux médicaments substitués# n (%)	4 (2.1)	2 (2.3)	6 (2.2)

\* Changement dans le nom (original passé en générique ou inversement), le dosage, la posologie ou les modalités d'administration (y compris médicament prescrit en fixe passant en réserve et inversement)

# Le médicament est substitué par un médicament jugé équivalent selon la liste hospitalière de la PIJ ou selon l'appréciation de la pharmacienne

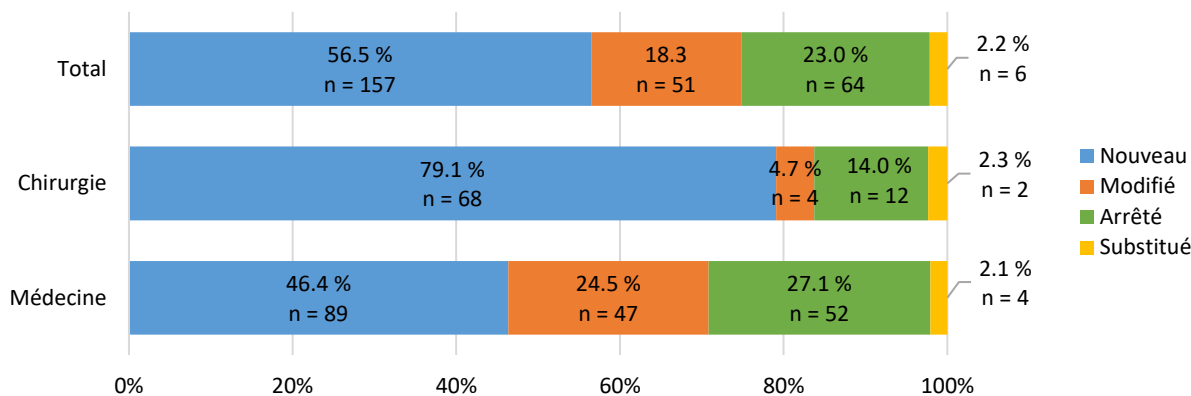


Figure 9 : Distribution des DI en fonction du service

Que ce soit dans un service de médecine ou de chirurgie, les médicaments prescrits en fixe ont été impliqués dans environ les trois quarts de chaque type de changement (tableau 16).

Tableau 16 : Caractéristiques des changements de médicaments

	Médecine	Chirurgie	Total
<b>Divergences Intentionnelles n (%)</b>	<b>192 (100.0)</b>	<b>86 (100.0)</b>	<b>278 (100.0)</b>
<i>Fixe</i>	147 (76.6)	63 (73.3)	210 (75.5)
<i>Réserve</i>	45 (23.4)	23 (26.7)	68 (24.5)
<b>Nombre de nouveaux médicaments introduits n (%)</b>	<b>89 (100.0)</b>	<b>68 (100.0)</b>	<b>157 (100.0)</b>
<i>Fixe</i>	66 (74.2)	47 (69.1)	113 (72.0)
<i>Réserve</i>	23 (25.8)	21 (30.9)	44 (28.0)
<b>Nombre de médicaments modifiés n (%)</b>	<b>47 (100.0)</b>	<b>4 (100.0)</b>	<b>51 (100.0)</b>
<i>Fixe</i>	39 (83.0)	3 (75.0)	42 (82.4)
<i>Réserve</i>	8 (17.0)	1 (25.0)	9 (17.6)
<b>Nombre de médicament arrêtés n (%)</b>	<b>52 (100)</b>	<b>12 (100.0)</b>	<b>64 (100.0)</b>
<i>Fixe</i>	38 (73.1)	11 (91.7)	49 (76.6)
<i>Réserve</i>	14 (26.9)	1 (8.3)	15 (23.4)
<b>Nombre de nouveaux médicaments substitués n (%)</b>	<b>4 (100.0)</b>	<b>2 (100.0)</b>	<b>6 (100.0)</b>
<i>Fixe</i>	4 (100.0)	2 (100.0)	6 (100.0)
<i>Réserve</i>	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

Les codes ATC des médicaments impliqués dans les DI sont présentés à la figure 10 et les données détaillées pour chaque code ATC sont consultables en annexe 13 (tableau 23). Les médicaments les plus impliqués dans les DI concernaient principalement des médicaments avec le code ATC A (appareil digestif et métabolisme) (22.3 % ; n = 62) et avec le code ATC M (appareil locomoteur) (21.6 %, n = 60). Une plus grande proportion de médicaments avec le code ATC M ont été impliqués dans les DI dans les services de chirurgie que dans les services de médecine (38.4 %, n = 33 vs. 14.1 %, n = 27).

Et d'un autre côté, les médicaments avec le code ATC C ont été plus impliqués dans les DI dans les services de médecine que de chirurgie (19.8, n = 38 vs. 4.7, n = 4).

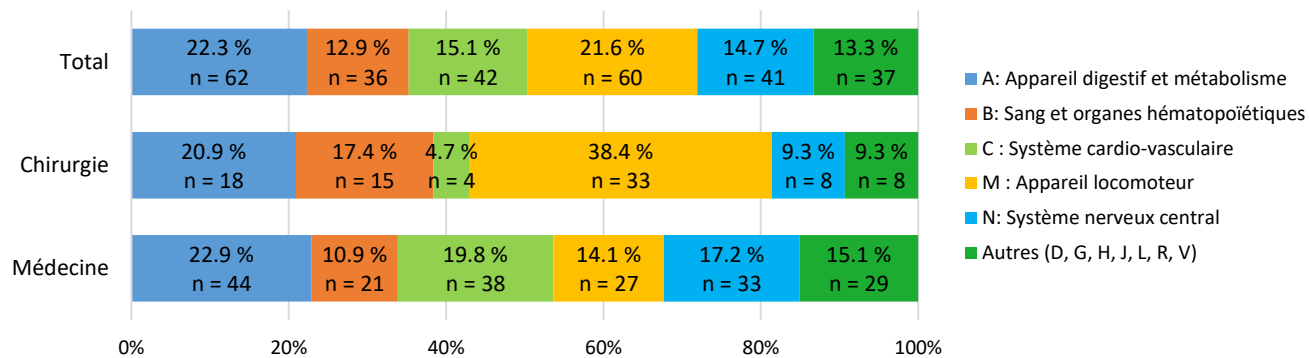


Figure 10 : Code ATC des médicaments impliqués dans les DI

### Explications données par le personnel médico-soignant lors des EMDS par rapport aux DI

Les résultats totaux sont présentés ci-après. Les résultats par service sont disponibles en annexe (annexe 13, tableau 24).

Lors d’une introduction de médicament, l’indication du nouveau médicament introduit a été expliquée au patient dans 65.6 % des cas (n = 103), la posologie dans 45.9 % des cas (n = 72), les modalités de prise dans 17.8 % des cas (n = 28) et les effets indésirables sont mentionnés dans 7.0 % des cas (n = 11) (figure 11).

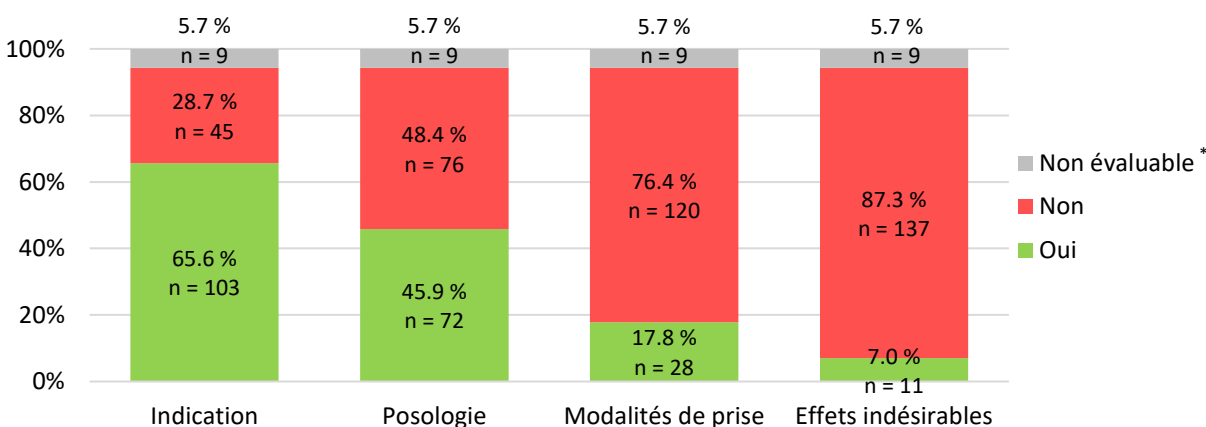


Figure 11 : Explication données lors d’une introduction d’un nouveau médicament (n = 157)

\* Non évaluable, car pour 2 patients, il y a eu 2 entretiens à la sortie (1 fois par le médecin et 1 fois par l’infirmier) et la pharmacienne n’a pu assister qu’à l’un des deux. Pour ces deux patients, il y a eu 9 nouveaux médicaments introduits et 3 médicaments arrêtés.

Lors d’une modification de médicament, le motif du changement a été expliqué au patient dans 13.7 % des cas (n = 7), l’indication du médicament est expliquée dans 37.3 % des cas (n = 19), la posologie dans 39.2 % des cas (n = 20), les modalités de prise dans 3.9 % des cas (n = 2) et les effets indésirables sont mentionnés dans 5.9 % des cas (n = 3) (figure 12).

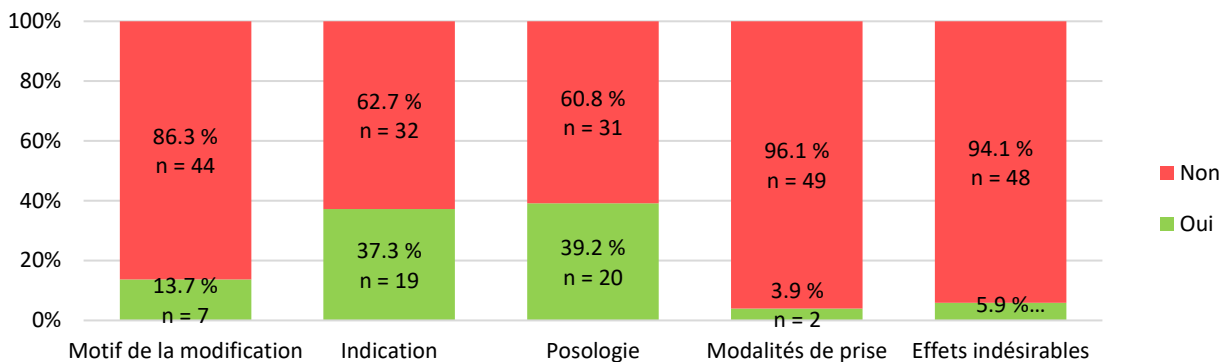


Figure 12 : Explications données lors d'une modification de médicament (n = 51)

Lors de l'arrêt d'un médicament, le motif de l'arrêt a été expliqué au patient dans 26.6 % des cas (n = 17) et l'indication du médicament arrêté a été expliquée dans 21.9 % des cas (n = 14) (figure 13).

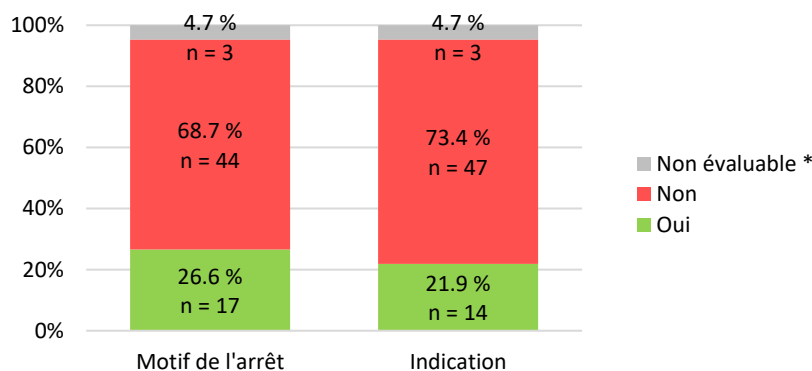


Figure 13 : Explications données lors de l'arrêt d'un médicament (n = 64)

\* Non évaluable, car pour 2 patients, il y a eu 2 entretiens à la sortie (1 fois par le médecin et 1 fois par l'infirmier) et la pharmacienne n'a pu assister qu'à l'un des deux. Pour ces deux patients, il y a eu 9 nouveaux médicaments introduits et 3 médicaments arrêtés.

Lors d'une substitution de médicament, le motif de la substitution a été expliqué au patient dans 83.3 % des cas (n = 5), l'indication du médicament est expliquée dans 100 % des cas (n = 6), la posologie dans 66.7 % des cas (n = 4), les modalités de prise dans 16.7 % des cas (n = 1) et les effets indésirables n'ont pas été mentionnés (n = 0) (figure 14).

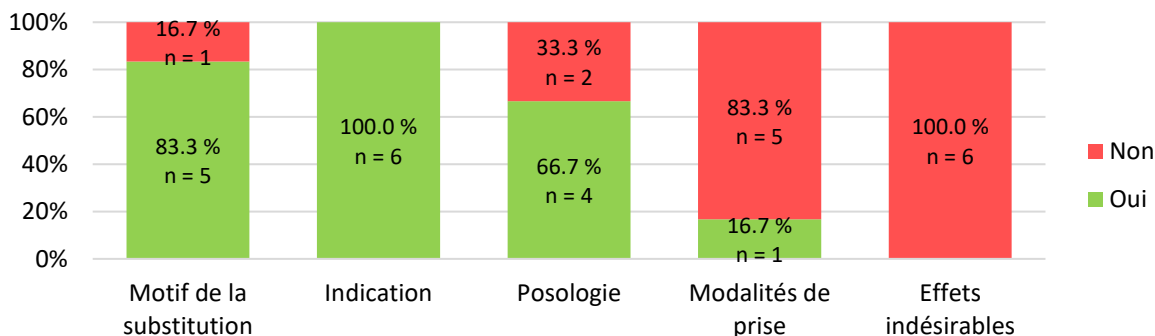


Figure 14 : Explications données lors d'une substitution d'un médicament (n = 6)

### 3.2.4.2.2 Divergences non intentionnelles (DNI)

Le nombre total de DNI est de 96, dont 63 (65.6 %) ont eu lieu en médecine et 33 (34.4 %) en chirurgie (tableau 17). La majorité des DNI a été retrouvée sur les ordonnances de sorties (n = 78 ; 81.3 %), suivi des DNI retrouvées sur les plans de traitement (n = 16 ; 16.7%). Deux DNI (2.1 %) n'ont pas pu être attribuées à l'une des deux catégories précitées. Leur contexte est exposé ci-après.

1. Le patient a été hospitalisé dans un service de chirurgie à cause d'une épistaxis. Dans les traitements à l'entrée, le patient avait entre autres de l'Aspirine cardio® cpr 100 mg 1 x/jour ainsi que du Vimovo® cpr 500/20 mg. Pendant l'hospitalisation, l'Aspirine cardio® a été poursuivie mais le Vimovo® a été suspendu sans qu'il soit prévu de reprendre ce traitement à la sortie. A la sortie, l'ordonnance comportait uniquement du Dafalgan comprimé 500 mg en réserve pour la gestion des douleurs. Un plan de traitement n'a pas été remis. Sur la lettre de sortie, la pharmacienne a relevé que dans la liste des médicaments à prendre à la sortie, figurait le Vimovo®.
2. Un patient est hospitalisé en chirurgie. Il est habituellement traité par Mirabégron®. Ce traitement a été stoppé pendant l'hospitalisation et à la sortie, il n'était pas prévu de le reprendre (plus d'indication). Pendant l'EMDS, aucune information orale ni écrite n'a été transmise par le médecin sur la conduite à tenir avec ce traitement. De plus, aucun plan de traitement n'a été remis. Sur l'ordonnance de sortie figurait uniquement un antibiotique à prendre en ambulatoire.

La majeure partie des médicaments impliqués dans les DNI étaient des médicaments pris en fixe (n = 75 ; 78.1 %).

**Tableau 17** : Caractéristiques des DNI

	Médecine	Chirurgie	Total
<b>Nombre total de DNI n (%)</b>	63 (100.0)	33 (100.0)	96 (100.0)
<i>Nombre de DNI sur l'ordonnance de sortie</i>	50 (79.4)	28 (84.8)	78 (81.3)
<i>Nombre de DNI sur le plan de traitement <sup>∞</sup></i>	13 (20.6)	3 (9.1)	16 (16.7)
<i>Nombre de DNI « Autres »</i>	0 (0.0)	2 (6.1)	2 (2.1)
<b>Médicaments utilisés n (%)</b>			
<i>Fixe</i>	47 (74.6)	28 (84.8)	75 (78.1)
<i>Réserve</i>	16 (25.4)	5 (15.2)	21 (21.9)

<sup>∞</sup> Pris en compte si le plan de traitement est différent de l'ordonnance de sortie

De manière globale, les médicaments du système digestif et métabolisme (classe ATC A) ont été les médicaments les plus impliqués dans les DNI (30.2 % ; n = 29), suivis des médicaments du système nerveux central (classe ATC N, 24.0 % ; n = 23) et des médicaments du système cardiovasculaire (classe ATC C, 21.9 % ; n = 21) (figure 15). Les résultats détaillés sont consultables en annexe 13 (tableau 25).

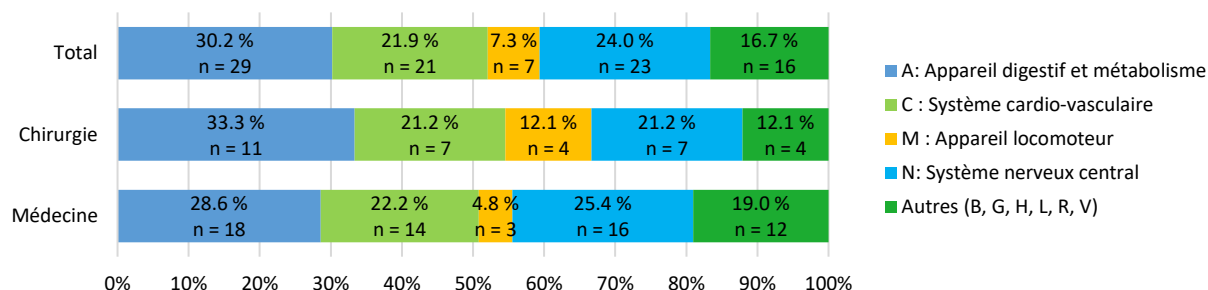


Figure 15 : Code ATC des médicaments impliqués dans les DNI

Le ratio d'erreurs (nombre d'erreurs touchant des médicaments de la classe ATC par rapport au nombre total de divergences (DI + DNI) de la même classe ATC) est de l'ordre d'environ 35 % pour les médicaments de classe ATC A (appareil digestif et métabolisme), N (Système nerveux central) et C (Système cardio-vasculaire) (tableau 18).

Pour les classes B (sang et organes hématopoïétiques) et M (appareil locomoteur), le ratio reste modeste (respectivement entre 5 et 10 %) par rapport aux nombres de DI identifiés dans ces classes (respectivement n = 36, 12.9 % et n = 60, 21.6 %).

Tableau 18 : Codes ATC des médicaments impliqués dans les DNI et ratio des DNI par nombre total de divergence

Première lettre du code ATC n (%)	Médecine n = 63	Ratio Médecine*	Chirurgie n = 33	Ratio Chirurgie**	Total n = 96	Ratio Total***
<b>A Appareil digestif et métabolisme</b>	18 (28.6)	0.29	11 (33.3)	0.38	29 (30.2)	0.32
<b>B Sang et organes hématopoïétiques</b>	1 (1.6)	0.05	1 (3.0)	0.06	2 (2.1)	0.05
<b>C Système cardio-vasculaire</b>	14 (22.2)	0.27	7 (21.2)	0.64	21 (21.9)	0.33
<b>D Dermatologie</b>	0 (0.0)	0.00	0 (0.0)	Pas de DI	0 (0.0)	0.00
<b>G Système urogénital et hormone sexuelles</b>	3 (4.8)	1.00	2 (6.1)	0.67	5 (5.2)	0.83
<b>H Hormones systémiques, sauf hormones sexuelles et insuline</b>	2 (3.2)	0.50	1 (3.0)	0.50	3 (3.1)	0.50
<b>J Antiinfectieux à usage systémique</b>	0 (0.0)	0.00	0 (0.0)	0.00	0 (0.0)	0.00
<b>L Antinéoplasiques et immunomodulateurs</b>	1 (1.6)	0.50	0 (0.0)	0.00	1 (1.0)	0.33
<b>M Appareil locomoteur</b>	3 (4.8)	0.10	4 (12.1)	0.11	7 (7.3)	0.10
<b>N Système nerveux central</b>	16 (25.4)	0.33	7 (21.2)	0.47	23 (24.0)	0.36
<b>R Système respiratoire</b>	4 (6.3)	0.31	0 (0.0)	Pas de DI	4 (4.2)	0.31
<b>V Divers</b>	1 (1.6)	0.50	0 (0.0)	Pas de DI	1 (1.0)	0.50

\* Ratio par classe ATC entre le nombre de DNI et le nombre total de changements (DI + DNI) par classe ATC dans un service de médecine

\*\* Ratio par classe ATC entre le nombre de DNI et le nombre total de changements (DI + DNI) par classe ATC dans un service de chirurgie

\*\*\* Ratio par classe ATC entre le nombre de DNI et le nombre total de changements (DI + DNI) par classe ATC au total

Au total, 11.6 % des lignes de traitements théoriques à la sortie contenaient une erreur et est similaire en chirurgie et en médecine (tableau 19). Au niveau de la proportion de DNI sur le nombre de médicaments prescrits sur l'ordonnance de sortie, il se monte à 11.1 % dans les services de médecine et à 23.1 % dans les services de chirurgie.

**Tableau 19** : Proportion des DNI sur le nombre de médicaments (théoriques et prescrits sur l'ordonnance) à la sortie en fonctions des services

Variables	Médecine	Chirurgie	Total
<b>Nb total de médicaments théoriques à la sortie *</b>	548	282	830
<b>Nb total de DNI</b>	63	33	96
<b>Proportion de DNI sur le nb total de médicaments à la sortie <sup>¥</sup> (%)</b>	11.5	11.7	11.6
<b>Nb total de médicaments sur l'ordonnance de sortie</b>	449	121	570
<b>Nb de DNI sur l'ordonnance de sortie</b>	50	28	78
<b>Proportion de DNI sur le nb de médicaments prescrits sur l'ordonnance de sortie <sup>€</sup></b>	11.1	23.1	13.7

\* Nb de médicaments théoriques à prendre par le patient à domicile à sa sortie (cf. définition annexe 8, item [B])

<sup>¥</sup> Ratio entre le nombre total de DNI et le nombre total de médicaments à la sortie

<sup>€</sup> Ratio entre le nombre de DNI sur les ordonnances de sortie et le nombre de médicaments figurant sur les ordonnances de sortie

Toujours de manière globale, le pourcentage de patients ayant au moins 1 erreur à la sortie est de 52.6 % (n = 40) et le pourcentage de patients ayant au moins 3 erreurs se monte à 18.4 % (n = 14) (tableau 20).

**Tableau 20** : Distribution des DNI par patient

	Médecine n = 48	Chirurgie n = 28	Total n = 76
<b>Distribution du nombre de DNI par patient <sup>#</sup> n (%)</b>			
0 DNI	24 (50.0)	12 (42.9)	36 (47.4)
1 DNI	5 (10.4)	8 (28.6)	13 (17.1)
2 DNI	10 (20.8)	3 (10.7)	13 (17.1)
3 DNI	2 (4.2)	2 (7.1)	4 (5.3)
4 DNI	3 (6.3)	2 (7.1)	5 (6.6)
5 DNI	4 (8.3)	1 (3.6)	5 (6.6)
6 DNI	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
<b>Nombre de patients avec <sup>#</sup> n (%)</b>			
≥ 1 DNI	24 (50.0)	16 (57.1)	40 (52.6)
≥ 2 DNI	19 (39.6)	8 (28.6)	27 (35.5)
≥ 3 DNI	9 (18.8)	5 (17.9)	14 (18.4)
≥ 4 DNI	7 (14.6)	3 (10.7)	10 (13.2)

<sup>#</sup> Calculé sur le nombre total de DNI (n = 96)

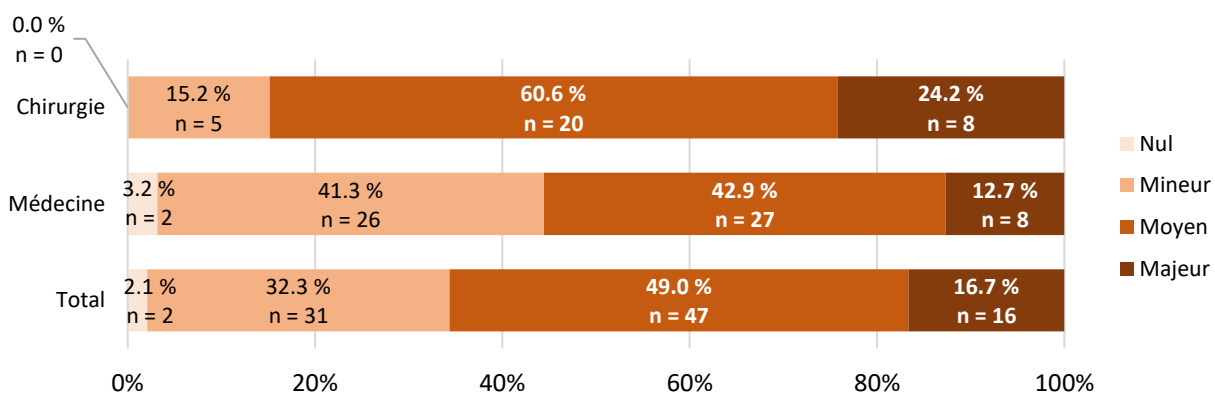
3.2.4.2.2.1 Raisons des interventions pharmaceutiques et leurs impacts

Les trois principales raisons de l'intervention de la pharmacienne à la sortie à la suite de DNI étaient les suivantes : présence d'un doublon (16.7 % ; n = 16) ; concentration, dose, posologie, fréquence ou voie d'administration incorrectement documentée/manquant (16.7 % ; n = 16), indication non traitée (12.5 % ; n = 12) et nom du médicament (y.c. les génériques) incorrectement saisis (12.5 % , n = 12) (tableau 21).

**Tableau 21** : Raisons des interventions pharmaceutiques selon les services (selon le système de classification proposé par la GSASA [50])

Raison des interventions pharmaceutiques n (%)	Médecine n = 63	Chirurgie n = 33	Total n = 96
Concentration, dose, posologie, fréquence ou voie d'administration incorrectement documentée/manquant	14 (22.2)	2 (6.1)	16 (16.7)
Contre-indication	0 (0.0)	2 (6.1)	2 (2.1)
Documentation du patient incorrecte/manquante	3 (4.8)	3 (9.1)	6 (6.3)
Dose trop élevée	3 (4.8)	2 (6.1)	5 (5.2)
Dose trop faible	3 (4.8)	4 (12.1)	7 (7.3)
Doublon	11 (17.5)	5 (15.2)	16 (16.7)
Durée du médicament incorrectement documentée ou manquante	2 (3.2)	0 (0.0)	2 (2.1)
Effet indésirable	3 (4.8)	0 (0.0)	3 (3.1)
Indication non traitée	6 (9.5)	6 (18.2)	12 (12.5)
Médicament non indiqué	1 (1.6)	6 (18.2)	7 (7.3)
Médicament non saisi dans le dossier du patient	2 (3.2)	1 (3.0)	3 (3.1)
Moment ou fréquence d'administration inapproprié	3 (4.8)	0 (0.0)	3 (3.1)
Nom du médicament (y.c. les génériques) incorrectement saisis	10 (15.9)	2 (6.1)	12 (12.5)
Voie ou forme d'administration inappropriée	2 (3.2)	0 (0.0)	2 (2.1)

Dans 49.0 % des cas (n = 47), l'intervention de la pharmacienne par rapport à la DNI avait un impact jugé moyen et dans 16.7 % des cas (n = 16), l'intervention de la pharmacienne avait un impact jugé majeur (figure 16). Une description de toutes les interventions pharmaceutiques ayant un impact jugé majeur sont consultables en annexe 13 (tableau 26).



**Figure 16** : Distribution des impacts des interventions pharmaceutiques sur les DNI

### 3.2.4.3 Documentation de l'historique des changements médicamenteux

Dans 57.9 % des cas (n = 44), aucun document récent (= de moins de 30 jours) mentionnant l'historique médicamenteux du patient n'était annexé dans le dossier médical informatisé (= SIC). Chez 56.6 % des patients (n = 43), les médicaments habituels ont été renseignés dans le SIC de manière complète (nom, dosage et posologie). Chez 43.4 % des patients (n = 33), les médicaments habituels ont été renseignés mais les informations étaient incomplètes (manque le dosage ou la posologie d'un ou de plusieurs médicaments) ou manquantes. Chez 92.1 % des patients (n = 70), la documentation des changements médicamenteux dans le SIC était incomplète ou manquante (tableau 22).

**Tableau 22** : Documentation de l'historique des changements médicamenteux

	Médecine n = 48	Chirurgie n = 28	Total n = 76
<b>Document récent (&lt; 30 jours) dans le dossier médical informatisé liés aux médicaments n (%)</b>			
Oui	23 (47.9)	9 (32.1)	32 (42.1)
Non	25 (52.1)	19 (67.9)	44 (57.9)
<b>Renseignement des médicaments habituels du patient dans le dossier médical informatisé n (%)</b>			
Complet	23 (47.9)	20 (71.4)	43 (56.6)
Incomplet	15 (31.3)	5 (17.9)	20 (26.3)
Pas de renseignement des médicaments habituels	10 (20.8)	3 (10.7)	13 (17.1)
<b>Documentation des changements de médicaments dans le dossier médical informatisé n (%)</b>			
Complet	5 (10.4)	1 (3.6)	6 (7.9)
Incomplet	38 (79.2)	22 (78.5)	60 (78.9)
Aucune documentation	5 (10.4)	5 (17.9)	10 (13.2)

## 4 Discussion

### 4.1 Discussion générale

Cette étude a permis de démontrer la plus-value de la pharmacienne sur plusieurs points : d'abord en termes de satisfaction des patients, avec une satisfaction globale significativement meilleure pour les patients inclus dans la phase III. Deuxièmement, en assistant aux entretiens de sortie selon les habitudes de sortie, la pharmacienne a pu constater que les raisons de changements médicamenteux et les effets indésirables potentiels de nouveaux médicaments instaurés ne sont pas ou peu expliqués aux patients. Par ailleurs, près de 30 % des EMDS ont été effectués par des infirmiers et près de 30 % des patients n'ont pas reçu de plan de traitement à leur sortie, ce qui ne répond pas aux recommandations de la FSPS. Pour terminer, l'implication de la pharmacienne dans la conciliation médicamenteuse à la sortie a permis d'identifier 96 DNI (soit une moyenne de 1.3 DNI par patient) pour lesquels l'intervention de la pharmacienne a été jugée d'un impact clinique moyen à majeur dans environ deux tiers des cas.

### 4.2 Satisfaction des patients

Les patients ayant bénéficié d'un EMDS supplémentaire avec la pharmacienne rapportent un meilleur degré de satisfaction en ce qui concerne les explications en lien avec les médicaments, que ce soit au sujet des indications, de la posologie, des modalités de prise et des effets secondaires, par rapport aux patients ayant eu seulement un EMDS effectué selon les habitudes du service. Le seul résultat non significatif concernait la satisfaction des patients en lien avec l'organisation de la sortie (aspects médicamenteux). Ces résultats traduisent une plus-value de la pharmacienne en ce qui concerne la satisfaction des patients à leur sortie d'hôpital.

La satisfaction des patients constitue un indicateur important pour les hôpitaux et est notamment évalué par l'Association Nationale pour le développement de la Qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ). Depuis 2011, l'ANQ mandate les hôpitaux de soins aigus afin qu'ils réalisent des enquêtes de satisfaction auprès de leurs patients sortant de l'hôpital. Cette enquête a lieu tous les deux ans et couvre le mois d'avril. Le questionnaire ANQ comporte 6 questions avec une échelle à cinq réponses [51].

Une des questions posées concerne les médicaments : « *Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible à quoi servaient les médicaments à prendre chez vous ?* ». Les modalités de réponses sont les suivantes : « *Oui, tout-à-fait* », « *Plutôt oui* », « *En partie* », « *Plutôt non* » et « *Non, pas du tout* ».

Selon les derniers résultats de l'enquête de l'ANQ, le niveau de satisfaction est globalement très bon concernant cet item. La moyenne suisse pour l'année 2021 était de 4.46 sur 5 et est stable depuis 2016 [52]. L'ANQ relève la problématique de l'effet plafond [53], qui limite le potentiel de différenciation entre

les institutions. Ce phénomène apparaît lorsqu'une grande partie des patients a coché la catégorie de réponse la plus élevée.

La question du questionnaire de l'ANQ ciblant les médicaments ne nous semble pas adaptée. Elle permet au patient de n'évaluer qu'une partie des informations devant être données au sujet de ses médicaments, à savoir l'indication. Elle ne permet pas au patient d'évaluer les autres informations qu'il est sensé recevoir telles que la posologie, les modalités de prise ou les effets secondaires. De plus, les modalités de réponse nous paraissent peu adaptées car la distinction entre les modalités de réponse « *Plutôt oui* », « *En partie* » et « *Plutôt non* » est peu claire.

En plus de l'enquête de l'ANQ, les hôpitaux réalisent généralement leur propre enquête de satisfaction, permettant de cibler de façon plus adéquate les points qui pourraient être améliorés, comme le signale un rapport sur les pratiques d'enquêtes de satisfaction menées dans les hôpitaux suisses [54]. Il y est mentionné que la thématique de la médication est abordée dans environ 75 % des questionnaires de satisfaction développés par les hôpitaux et cliniques de Suisse. Les pratiques et les questions posées au sujet des médicaments divergent entre les hôpitaux, ce qui rend une analyse globale délicate.

Dans les deux hôpitaux dans lesquels nous avons réalisé cette étude, à savoir l'Hôpital du Jura (H-JU) et le Réseau de l'Arc (RdA), d'autres questionnaires de satisfaction que celui de l'ANQ sont soumis aux patients à leur sortie et ce, tout au long de l'année.

A l'H-JU, une enquête de satisfaction est réalisée auprès des patients sortants d'un service aigu. Le questionnaire utilisé jusqu'en 2023 ne comportait pas de questions en lien avec les médicaments. Dès 2024, un nouveau questionnaire de satisfaction entre en vigueur et comportera une question en lien avec les médicaments. La question posée est la suivante : « *Avant de quitter l'hôpital, avez-vous reçu des informations au sujet des médicaments qui ont été prescrits ou changés pour votre sortie ?* ». Les modalités de réponses sont les suivantes : « *Oui, tout-à-fait* », « *Oui, mais je n'ai pas compris les explications* », « *Je n'ai pas eu d'explications, mais j'en aurais voulu* », « *Je n'ai pas eu besoin d'explications* », « *Je ne sais pas, je ne m'en souviens pas* ». Les modalités de réponse choisies nous paraissent meilleures que celles du questionnaire de l'ANQ mentionné plus haut, car elles permettent de mieux évaluer et de comprendre les attentes des patients en termes d'explications reçues à la sortie en lien avec les médicaments.

Au RdA, le questionnaire utilisé pour les patients sortants d'un site aigu reprend certains items du questionnaire de l'ANQ en plus d'autres questions choisies par l'institution. Chaque patient effectue ce questionnaire à sa sortie d'hôpital. Jusqu'en 2021, ce questionnaire ne comportait pas de questions en lien avec les médicaments. A partir de 2022, un nouveau questionnaire a été introduit et celui-ci comportait la question suivante, en lien avec les médicaments : « *Vous a-t-on expliqué de manière*

*compréhensible l'effet, les effets secondaires le dosage et l'heure de prise des médicaments que vous avez reçus ?* ». Les patients évaluent ce critère selon une échelle de satisfaction allant de 1 à 5, 1 étant l'appréciation « *Non, pas du tout* » et 5 étant l'appréciation « *Oui, tout-à-fait* ». Cette question est intéressante dans le sens qu'elle évalue les informations reçues en lien avec les médicaments à l'hôpital mais elle ne cible pas les informations données au sujet des médicaments à prendre au domicile lors de la sortie d'hôpital. De plus, cette question évalue plusieurs paramètres simultanément (l'indication, les effets secondaires, la posologie et les modalités de prise). Le patient doit donc donner une appréciation globale concernant l'ensemble de ces paramètres ce qui limite l'interprétation des scores.

Nous pouvons donc constater la volonté des deux hôpitaux de se pencher sur la question de la médication (que ce soit pour les explications données à l'hôpital ou à la sortie), mais les questions posées dans ces enquêtes de satisfaction ainsi que les modalités de réponses divergent et n'ont pas le même but.

A notre connaissance, relativement peu d'études ont évalué la satisfaction des patients lorsque les explications sont données par un pharmacien comparativement à celles données par le personnel médico-soignant à leur sortie d'hôpital. La plupart des études retrouvées ont montré une satisfaction plus élevée chez des patients ayant bénéficié d'un EMDS par un pharmacien [19] [55] [56] [57] alors qu'une étude n'a pas pu montrer de différence significative en termes de satisfaction [58]. Les auteurs de cette dernière étude mettent en avant un potentiel effet-plafond, phénomène également relevé par l'ANQ. Bien que la plupart des études retrouvées rapportent des résultats en faveur de l'implication d'un pharmacien dans le processus de sortie en termes de satisfaction des patients, plusieurs éléments rendent une analyse globale délicate. Premièrement, le pharmacien intervenait à des degrés différents et plusieurs interventions étaient combinées. En effet, le pharmacien était impliqué dans une conciliation médicamenteuse à la sortie [19] [55] [56] [57], a réalisé des EMDS avec le patient [19] [55] [56] [57], a fourni des conseils pour favoriser l'adhésion thérapeutique [57] ou a procédé à un suivi par téléphone quelques jours suivant la sortie [19] [55] [57]. De plus, certaines interventions étaient également réalisées par des assistantes en pharmacie [56] et une étude rapporte l'implication d'une pharmacie d'officine affiliée à l'hôpital [56].

Deuxièmement, les questionnaires utilisés ainsi que leurs modalités de réponses diffèrent d'une étude à l'autre. En effet, certains s'appuient sur des questionnaires déjà existants et validés, tels que certains items du questionnaire *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and systems Scores* (HCAHPS) [19] [56] et d'autres études s'appuient sur des questionnaires élaborés spécifiquement [55] [57] [59] [58]. L'item du questionnaire HCAHPS est le suivant (traduit de l'anglais) : « *Quand j'ai quitté l'hôpital, j'ai clairement compris le but de prendre chacun de mes médicaments.* » et le patient évalue ce critère à l'aide des appréciations suivantes : « *Fortement en désaccord* », « *Pas d'accord* », « *D'accord* », « *Tout à fait d'accord* », « *Je n'ai reçu aucun médicament lorsque j'ai quitté l'hôpital* ». Cet item est évalué à l'aide

d'une échelle de Lickert à 4 réponses, ce qui contraint le patient à se positionner de manière tranchée. De plus, comme pour la question du questionnaire de l'ANQ, cette question nous paraît trop globale et limite l'interprétation des scores obtenus.

En ce qui concerne notre étude, une échelle de Lickert à 5 modalités de réponses a été retenue. Une échelle avec un nombre impair de modalités de réponses a l'avantage de laisser au patient la possibilité de répondre par une appréciation « neutre ». Ceci peut également présenter un inconvénient, le patient n'étant pas contraint à se positionner de manière tranchée. Les questions choisies se sont basées sur des questionnaires utilisés dans les études citées précédemment [19] [55] [59] [58] et interrogent de manière plus ciblée le patient sur chacun des paramètres liés à la médication (indication, posologie, modalités de prise et effets secondaires). L'analyse des résultats a donc permis d'identifier les paramètres pour lesquels les informations peuvent être améliorées/complétées et notamment celles ayant trait aux potentiels effets secondaires.

Dans le groupe de patient n'ayant pas bénéficié d'EMDS par la pharmacienne à la sortie, les scores de satisfaction sont moins élevés que ce qu'a rapporté l'enquête annuelle de l'ANQ au niveau suisse en 2022 (4.46/5). En effet, les moyennes recueillies dans notre étude varient entre un score de 1.7 pour la note attribuée à l'explication des effets secondaires à une note de 3.8 concernant la satisfaction globale liée aux explications reçues en lien avec les médicaments. On s'aperçoit donc que si des questions plus ciblées sont posées au patient, les notes attribuées sont moins bonnes. Le fait de poser des questions plus ciblées permettraient ainsi de mettre en évidence les manquements en termes d'explications reçues par les patients contrairement à une question trop globale qui limite l'interprétation des scores et que l'on retrouve dans le questionnaire de l'ANQ ou du HCAHPS.

Dans notre étude, selon les questionnaires d'auto-évaluation réalisés auprès des médecins (phase I), la thématique des effets secondaires semble être rarement abordée lors des EMDS, ce qui a pu être démontré sur le terrain. En effet, les effets secondaires ne sont expliqués que dans 7.0 % des cas (n = 11) où un nouveau médicament est introduit. La thématique des effets secondaires semble être l'une des spécificités d'un entretien avec un pharmacien qui est probablement plus sensibilisé aux aspects sécuritaires de la prescription d'un (nouveau) médicament. Le fait de transmettre ce type d'informations au patient à la sortie peut contribuer à une amélioration de sa compréhension du traitement et de sa satisfaction [55].

Enfin, le seul item non statistiquement significatif en faveur de l'intervention de la pharmacienne dans le processus de sortie, concerne la satisfaction liée à l'organisation de la sortie d'hôpital (aspects médicamenteux). Compte-tenu des résultats favorables à l'implication de la pharmacienne pour les autres items, nous pouvons émettre l'hypothèse que les patients n'ont pas compris cette question par manque

de clarté de la pharmacienne les ayant interviewés. A leur sortie, les patients auraient davantage de préoccupations organisationnelles ou matérielles et le potentiel besoin de recevoir des informations au sujet des médicaments est peut-être relayé au second-plan.

Pour terminer, la littérature tout comme les résultats de ce travail s'accordent à dire que les interventions d'un pharmacien aux points de transition sont une plus-value certaine pour améliorer la satisfaction des patients à la sortie d'hôpital. Cependant, compte-tenu de la diversité des interventions réalisées par le pharmacien à la sortie des patients, de plus amples études sont nécessaires afin de pouvoir cibler lesquelles ont une réelle influence sur la satisfaction des patients.

### **Limites**

Pour des raisons d'impartialité, il aurait été préférable qu'une personne extérieure à l'étude réalise l'enquête de satisfaction. Or, pour des raisons de temps et de coûts, une personne supplémentaire pour effectuer l'enquête de satisfaction n'a pas pu être engagée. Le fait que la pharmacienne prenne elle-même contact avec les patients donne aussi une plus-value à cette étude. Le contact est plus direct et le retour d'expérience par les patients peut être directement confronté à ce que la pharmacienne a pu observer sur le terrain pendant les EMDS.

La seconde limite très importante concerne la réalisation d'une conciliation médicamenteuse par la pharmacienne chez tous les patients inclus (phase II et III), qui a probablement joué un rôle dans les scores de satisfaction des patients. En effet, la pharmacienne a pu identifier et faire corriger 96 divergences non intentionnelles dans les documents de sortie (ordonnance et plan de traitement) qui auraient potentiellement pu occasionner de l'insatisfaction et des effets indésirables une fois les patients retournés à domicile. De ce fait, une comparaison avec un groupe n'ayant reçu ni CM, ni EMDS réalisés par la pharmacienne à la sortie aurait été plus judicieux afin de montrer une réelle différence entre les deux prises en charge.

Une autre limite est l'absence d'une phase pilote afin de tester le questionnaire de satisfaction en vie réelle pour des questions de temps à disposition. Lors des entretiens téléphoniques, la pharmacienne a dû reformuler certaines questions, car des expressions ou tournures de phrases n'étaient pas assez claires pour les patients parfois très âgés, notamment lorsqu'il s'agissait de demander aux patients s'ils avaient reçu des explications liées aux effets secondaires. En effet, un résultat plus élevé chez les patients ayant bénéficié d'un EMDS supplémentaire avec la pharmacienne était attendu, la note moyenne attribuée n'étant que de 2.9/5. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les patients n'aient peut-être pas compris le terme même d'« *effets secondaires* ». En effet, lors de l'EMDS, la pharmacienne n'a pas forcément explicitement utilisé le terme « effet secondaire », mais a employé d'autres termes ou

expressions ayant une signification similaire tels que : « *Faites attention à...* », « *ce médicament peut engendrer tel et tel symptôme, veillez à...* » etc. Les patients n'ont peut-être pas assimilé ces informations comme étant des informations liées aux possibles effets secondaires.

Ces problématiques sont inhérentes aux enquêtes de satisfaction. Les termes utilisés doivent être précis et adaptés aux personnes interrogées. De plus, habituellement, la conduite d'enquêtes de satisfaction nécessite une formation préalable de l'interviewer qui doit respecter une certaine standardisation afin d'éviter de biaiser les réponses des participants.

Il arrivait également que des patients attribuaient des notes maximales en termes d'explications reçues à la sortie alors que la pharmacienne n'avait relevé pratiquement aucune information transmise lors de l'EMDS réalisé selon les habitudes du service. La plupart des patients étaient très reconnaissants envers le personnel médical et soignant. Une gêne se faisait alors parfois sentir au moment de juger leur prise en charge à l'hôpital et les patients avaient de la peine à attribuer des notes jugées moins bonnes.

Une autre limite réside dans le fait que l'enquête de satisfaction a parfois été réalisée en dehors de la période initialement préconisée de 4 à 10 jours après la sortie. Cette période est déjà plus longue que celles retrouvées dans les études précitées dans lesquelles les entretiens de satisfaction étaient réalisés entre 36 h et 7 jours après la sortie. La période choisie pour notre travail a été rallongée afin de limiter les patients perdus de vue compte-tenu du faible nombre de patients inclus. Il aurait été préférable de raccourcir ce délai à 5 jours afin de limiter les biais de rappel qui peuvent influencer les notes de satisfaction attribuées.

Une autre limite concerne les patients perdus de vue. Bien que ce nombre soit faible (1 patient en phase II et 2 patients en phase III) et lié au fait que la période de prise de contact ait été prolongée, des données n'ont pas pu être recueillies. Cette problématique est inhérente à une enquête réalisée par téléphone au cours de laquelle des patients peuvent être injoignables momentanément, malgré de multiples relances. Afin de remédier à cette problématique, un nombre suffisamment important de patients devraient être inclus pour tenir compte d'un certain pourcentage de patients perdus de vue en cours d'étude.

Enfin, comme il n'y a pas eu de randomisation des patients et compte-tenu du faible nombre de patients inclus, les caractéristiques populationnelles n'ont pas été comparées, ce qui limite la portée des résultats.

## Résumé

L'enquête de satisfaction réalisée dans notre étude a permis d'évaluer l'appréciation des patients pour chaque paramètre lié aux médicaments, à savoir : l'indication, la posologie, les modalités de prise et les effets indésirables. Pour tous ces paramètres, l'appréciation a été meilleure chez les patients ayant bénéficié d'un entretien supplémentaire avec une pharmacienne. Une des spécificités du pharmacien réside dans son expertise à expliquer les potentiels effets indésirables et ces informations sont appréciées des patients. Cette thématique mérite qu'on s'y intéresse lors des EMDS pour d'une part augmenter la satisfaction des patients et d'autre part pour améliorer la sécurité des patients lors des transitions hôpital-ville.

### 4.3 Consultations en urgence et réhospitalisations

Dans cette étude, les patients ayant bénéficié d'un EMDS supplémentaire avec la pharmacienne semblent présenter moins de consultations en urgence toutes causes confondues à l'hôpital ou en ville (37.9 %, n = 11 vs. 20.0 %, n = 4,) ainsi que moins de réhospitalisations non planifiées (n = 7, 24.1 % vs. n = 3, 15.0 %), sans pour autant que les résultats soient significatifs.

A première vue, le taux de consultations médicales en urgence et des réhospitalisations nous paraissait élevé mais il coïncide avec les données de la littérature rapportant jusqu'à 39 % la proportion de patients ayant recours à une consultation en urgence ou une hospitalisation dans les 30 jours suivant la sortie d'hôpital [60].

A la différence des études publiées dans la littérature [47], ce travail a pris en compte les consultations urgentes chez un médecin traitant, en plus des consultations dans un service d'urgence d'un hôpital habituellement prises en compte. Ainsi, la prise en compte de ce critère peut influencer le nombre déclaré des consultations en urgence et les chiffres peuvent être plus élevés que ceux retrouvés dans la littérature.

Selon une analyse systématique [61], la CM, accompagnée d'un EMDS ou non, ne réduirait pas à elle seule les consultations en urgence ou les réhospitalisations à 30 jours. Elle devrait être intégrée à un programme de sortie incluant d'autres prestations, telle qu'une analyse de la médication durant l'hospitalisation ou l'éducation thérapeutique par exemple.

L'impact du pharmacien impliqué dans le processus de sortie d'hôpital dans la réduction des consultations en urgence toutes causes confondues et des réhospitalisations non planifiées est discuté dans la littérature. Certaines études mentionnent l'impact positif du pharmacien impliqué à la sortie de patients en termes de réduction de consultations en urgence et/ou de réhospitalisations [60] [62] [63] [64] [65] mais pour d'autres, l'impact du pharmacien sur ces critères n'était pas significatif [66] [67].

Ces études sont difficilement comparables. Premièrement, la période entre la sortie d'hôpital et l'apparition d'un premier événement d'intérêt variait de 30 jours à 12 mois. Deuxièmement, le contenu exact des interventions réalisées à la sortie par les pharmaciens est parfois peu clair et souvent, plusieurs interventions sont réalisées en sus d'une CM et d'un EMDS à la sortie. Troisièmement, les critères évalués varient d'une étude à l'autre. Certaines études évaluent les réhospitalisations toutes causes confondues, d'autres des événements plus rares tels que les réhospitalisation liées à des Evénements Indésirables Médicamenteux (EIM). Quatrièmement, différentes professions et avec des degrés de formation variés interviennent auprès du patient durant son parcours de soins.

Une récente méta-analyse publiée en 2016 a pu démontrer que l'intervention d'un pharmacien aux points de transition (principalement à la sortie) permet de réduire : (1) le risque relatif de réhospitalisations dues à un EIM de 67 %, (2) le risque relatif de réhospitalisation (toutes causes confondues) de 19 % et (3) le risque relatif de devoir consulter un service d'urgence (toutes causes confondues) de 28 % [47]. Cette méta-analyse a inclus 17 études, dont 8 études randomisées-contrôlées, ce qui représente un total de 22'000 patients. Selon ses auteurs, elle est la première méta-analyse à s'intéresser aux impacts des interventions des pharmaciens aux points de transition. La majorité des études incluses étaient américaines et ciblaient des patients à risque (tels que les patients âgés). La majorité d'entre-elles ont comparé une prise en charge standard selon les habitudes usuelles des services *versus* une prise en charge qui incluait l'implication d'un pharmacien. Enfin, une majorité des études incluait plusieurs interventions en sus de la CM ou d'un EMDS à la sortie, telles qu'un entretien téléphonique quelques jours après la sortie ou une visite au domicile mais aussi une CM à l'entrée. Une des limites mentionnées par les auteurs était l'hétérogénéité des définitions utilisées pour caractériser les différentes interventions du pharmacien ainsi que la qualité des études.

Une récente revue parapluie (*umbrella review*) publiée en 2019 a retenu 9 revues systématiques et 5 méta-analyses portant sur l'impact des interventions réalisées par des pharmaciens aux points de transitions [18]. Elle a fait également état de grandes variabilités de qualité entre les études. Les interventions réalisées par les pharmaciens dans les études incluses montrent aussi une très grande hétérogénéité : certaines études n'ont étudié la CM qu'à un seul point de transition, tandis que d'autres ont analysé la CM accompagnée d'autres mesures, telles que l'analyse de la médication, des entretiens avec le patient ou encore un suivi par téléphone. De plus, comme le montre les données citées plus haut, divers corps de métiers peuvent être impliqués, tels que les infirmiers ou encore les assistants sociaux.

Ainsi, les données de la littérature concernant l'impact des interventions d'un pharmacien sur la réduction du nombre de consultations aux urgences et de réhospitalisations restent partagées. Une prise en charge

multimodale, combinant plusieurs interventions et impliquant divers corps de métiers serait la clé mais la littérature reste partagée sur le type d'interventions à effectuer et sur les professionnels à impliquer.

### Limites

La limite majeure réside dans la réalisation d'une conciliation médicamenteuse à la sortie. Cela a pu diminuer le risque de devoir consulter en urgence ou être réhospitalisé de manière non planifiée. En effet, la pharmacienne a pu corriger 96 DNI qui auraient potentiellement pu occasionner des EIM chez les patients une fois de retour à domicile. En effet, près de deux tiers des interventions de la pharmacienne liées aux DNI avaient un impact jugé moyen à majeur. De ce fait, comme pour l'enquête de satisfaction, une comparaison avec un groupe n'ayant reçu ni CM à la sortie, ni EMDS réalisés par la pharmacienne aurait été plus judicieux afin de montrer une réelle différence entre les deux prises en charge.

Le nombre de consultations en urgence et de réhospitalisations a été déterminé selon les informations transmises durant le 2<sup>ème</sup> entretien téléphonique. Certains patients n'ont pas pu être joints ce qui a réduit le nombre de participants. Là aussi, une période de recrutement plus longue pour inclure plus de patients aurait été nécessaire pour tenter d'identifier une différence significative.

Une autre limite réside dans le fait que l'enquête de satisfaction a parfois été réalisée en dehors de la période initialement préconisée de 30 à 40 jours après la sortie afin de limiter le nombre de perdus de vue. De ce fait, un certain nombre de patients joints en dehors de cette période ont été inclus dans la phase II (dont un patient joint 41 jours, un patient joint 49 jours et un patient joint 56 jours après la sortie). La phase III comportait deux patients joints en dehors de cette période (dont un patient joint 42 jours et un patient joint 43 jours après la sortie). Ces différences peuvent influencer les données car la plage étudiée est plus longue ce qui augmente la probabilité de retrouver des consultations en urgence et/ou des réhospitalisations. Néanmoins, la période choisie de 30 à 40 jours correspond avec la période étudiée dans la littérature. Aussi, la date du 2<sup>ème</sup> appel tombait pendant les vacances estivales, ce qui peut également expliquer le nombre de patients perdus de vue.

Il aurait été possible de consulter le dossier médical informatisé du patient afin de relever les potentielles consultations aux urgences ou les réhospitalisations comme le rapporte une étude [62] mais cette manière de faire n'a pas été retenue pour des raisons de protection des données. De plus, si le patient consulte dans un autre hôpital, l'information ne serait pas renseignée, de même pour les consultations en urgence chez un médecin de ville. Cela rendrait ce critère d'évaluation peu pertinent et incomplet.

Une autre limite consiste en l'évaluation des raisons des consultations en urgence et des réhospitalisations. Afin de mieux comprendre l'implication éventuelle d'un problème d'ordre médicamenteux, chaque consultation et réhospitalisation mentionnée aurait pu faire l'objet d'une

analyse plus approfondie pour en connaître les causes exactes. Mais là également, seules les données renseignées dans le dossier médical informatisé de l'hôpital auraient pu être consultées et non les données des consultations chez un médecin en ville ou dans un autre hôpital. Cette analyse nous a donc semblée peu pertinente. De plus, dans la littérature, la plupart des études se penchent sur les consultations aux urgences et réhospitalisations toutes causes confondues [47].

### **Résumé**

Bien que la différence ne soit pas significative, cette étude montre une tendance vers une réduction du nombre de consultations en urgence et de réhospitalisations lorsqu'un pharmacien réalise un EMDS supplémentaire avec le patient. La réalisation d'une CM à la sortie par la pharmacienne a pu potentiellement limiter ce risque.

Néanmoins, une méta-analyse rapporte des résultats plutôt encourageants et en faveur de l'implication du pharmacien aux points de transition sur la réduction du nombre de consultations en urgence et de réhospitalisations mais avec un degré de niveau de preuve modeste.

## 4.4 Evaluation des EMDS

### 4.4.1 Evaluation des EMDS sur le terrain par la pharmacienne

L'objectif était de recueillir des données observées sur le terrain par la pharmacienne concernant les EMDS menés selon les habitudes du service et de les comparer aux recommandations de la Fondation pour la Sécurité des Patients-Suisse (FSPS).

Ayant observé les pratiques en termes d'EMDS dans deux types de services distincts (médecine et chirurgie), la pharmacienne s'attendait à des différences au niveau de la prise en charge des patients lors de leur sortie.

En chirurgie, il a été constaté que les infirmiers étaient plus impliqués dans la sortie des patients que dans les services de médecine. En effet, les médecins assistants en chirurgie ont pour habitude de rédiger les documents de sortie et de les remettre aux équipes soignantes, qui se chargent de les remettre au patient avant sa sortie. Chez 67.9 % (n = 19) des patients, l'EMDS a été réalisé par un infirmier seul contre 6.3 % (n = 3) seulement dans un service de médecine, où ce sont les médecins assistants seuls les plus impliqués dans les EMDS (75.0 %, n = 36 vs. 25.0 %, n = 7 dans un service de chirurgie).

A souligner qu'une fonction particulière, celle d'Infirmier Référent Parcours Patient (IRPP), est particulièrement impliquée dans l'organisation de la sortie des patients. Il s'agit d'une spécificité de l'Hôpital du Jura (H-JU). Ces infirmiers sont formés spécifiquement pour accompagner le patient au long de son parcours de soins (de l'entrée à la sortie) et coordonnent la sortie d'hôpital. Ces infirmiers ne sont pas nécessairement détachés d'une activité de routine dans les soins mais consacrent un certain temps à l'organisation des sorties d'hôpital. Ils sont donc automatiquement impliqués dans la remise et l'explication des documents de sortie (notamment de l'ordonnance de sortie et/ou du plan de traitement). Dans ce travail, ils ont été particulièrement impliqués dans les services de chirurgie à l'H-JU. En effet, l'EMDS a été réalisé par des IRPP seuls chez 50.0 % (n = 14) des patients de chirurgie à l'H-JU.

Le fait qu'un infirmier seul soit chargé d'expliquer les ordonnances de sortie et/ou le plan de traitement ne répond pas aux recommandations de la FSPS, que l'infirmier soit formé ou non. Les recommandations de la FSPS stipulent que l'EMDS devrait être réalisé par un médecin ou un pharmacien. Ces derniers ont connaissance des changements médicamenteux effectués pendant l'hospitalisation et sont plus à même de pouvoir répondre aux questions des patients en ce qui concerne les médicaments et de leurs indications. A travers des échanges dans les services, les infirmiers ont mentionné à la pharmacienne qu'ils étaient parfois confrontés à des questions de patients durant les EMDS mais ne peuvent pas apporter de réponses dans l'immédiat.

En ce qui concerne les documents remis à la sortie dans un service de chirurgie, ceux-ci comprennent principalement l'ordonnance de sortie (96.4 %, n = 27) (en plus d'autres documents non

documentés dans cette étude, tels que les ordonnances pour la physiothérapie ou la lettre de sortie provisoire). Un plan de traitement est plus rarement donné : 39.3 % (n = 11) des patients en chirurgie ont reçu un plan de traitement vs. 77.1 % (n = 37) dans un service de médecine.

Or, selon la FSPS et les recommandations internationales en lien avec la CM à la sortie, le plan de traitement est le document central concernant les médicaments à remettre au patient lors de sa sortie [2] [3]. En effet, l'ordonnance de sortie ne sera en principe pas conservée par le patient, qui la remettra à la pharmacie d'officine afin d'y retirer les médicaments prescrits. Le plan de traitement est un document destiné au patient et qui est censé l'aider au quotidien pour une prise correcte des médicaments. Ce document devrait être daté et contenir tous les médicaments devant être pris à la sortie avec mention de leur indication pour faciliter la compréhension. Une date de fin devrait également être renseignée si nécessaire. Les changements devraient tous y être renseignés et justifiés, y compris les éventuels arrêts de traitement. Ce document peut être transmis en l'état aux prestataires de soins primaires du patient (tels que la pharmacie, les infirmiers des soins à domicile ou tout autre professionnel de la santé gravitant autour du patient).

La remise d'un plan de traitement est d'autant plus souhaitable lorsque l'ordonnance de sortie contient uniquement les médicaments introduits pendant le séjour, ce qui est notamment le cas dans les services de chirurgie. En effet, lors de l'établissement de l'ordonnance de sortie, les médicaments prescrits sur ordonnance sont en principe ceux introduits à l'hôpital à savoir les antalgiques, les inhibiteurs de la pompe à protons et les antithrombotiques (si indiqués). Les autres médicaments du patient doivent en général être continués tels quels, mais ne figurent pas sur l'ordonnance. De ce fait, un plan de traitement est vivement recommandé afin d'éviter des doubles prises de certains médicaments, comme par exemple les anti-inflammatoires, que prenaient déjà certains patients à domicile avant le séjour.

De plus, environ la moitié des patients possédant un semainier à domicile le préparent eux-mêmes. La remise d'un plan de traitement clair et sans erreurs facilite la préparation du semainier de manière juste. Plusieurs études rapportent qu'un plan de traitement remis à la sortie facilite la prise en charge en ambulatoire en améliorant la continuité de la prise en charge médicamenteuse [20] [68]. De plus, une étude a montré que près de 70 % des patients jugent « *très utile* » le fait de se voir remettre un plan de traitement à la sortie [57].

Une autre problématique constatée sur le terrain par la pharmacienne était que les ordonnances de sorties ne correspondaient pas toujours aux plans de traitements remis. En effet, dans les cas où un plan de traitement était remis au patient, il n'est pas identique à l'ordonnance de sortie dans 21.1 % des cas (n = 16). La présence d'incohérences entre les documents de sortie est rapportée dans la littérature. Une étude a relevé la présence d'incohérences entre divers documents remis aux patients à la sortie ; en

l'occurrence entre le plan de traitement remis au patient et le document destiné au médecin traitant [69]. Selon cette étude incluant 210 patients, 35 % d'entre-eux présentaient de telles incohérences ce qui peut être source de confusion pour le patient et le médecin traitant et entraîner de potentiels EIM.

La FSPS recommande la transmission du plan de traitement le jour-même de la sortie aux différents prestataires de soins du patient [3]. Sur le terrain, dans la majorité des cas (92.1 %, n = 70) ce paramètre n'a pas pu être évalué. Les raisons sont les suivantes : premièrement, la question n'est pas abordée durant l'EMDS et le patient n'est donc pas sensibilisé à la continuité de sa prise en charge médicamenteuse. Selon divers échanges avec les infirmiers, l'envoi de tels documents, s'il est fait, est souvent réalisé par mail et le(s) destinataire(s) ne sont pas documentés dans le dossier médical informatisé. Or, une telle démarche pourrait grandement améliorer la prise en charge ambulatoire. La pharmacie de ville par exemple, a la possibilité de commander et de préparer les médicaments à l'avance en limitant le risque de ruptures de traitement [2].

La FSPS recommande aux personnes menant l'EMDS de laisser au patient l'opportunité de poser des questions au sujet des médicaments [3]. Pour ce faire, des questions ouvertes et ciblées sur les médicaments doivent être posées aux patients par les personnes effectuant l'EMDS.

Dans ce travail, nous avons évalué la manière de poser des questions (soit ouverte, soit fermée). Les questions fermées devaient contenir *a minima* les termes suivants : « *traitement* », « *médication* », « *médicament* ». Chez 9.1 % des patients (n = 7) seulement, de telles questions ont été posées.

Poser des questions ouvertes permet de s'assurer que le patient ait bien compris les informations transmises. Une des techniques les plus recommandées et employées est la technique du *teach-back* [70] [71]. Le patient doit alors expliquer à l'aide de ses propres mots ce qu'il a retenu des informations reçues par le personnel médico-soignant. Cela permet aux professionnels de santé de savoir si le patient a compris les explications. Le langage doit être adapté au patient et le jargon médical limité. Cette manière de s'entretenir avec le patient permettait d'améliorer la compréhension du patient au sujet de son traitement médicamenteux, d'améliorer son adhésion au traitement ainsi que sa satisfaction vis-à-vis de sa prise en charge. On estime qu'entre 40 et 80 % des informations médicales communiquées aux patients lors de consultations sont immédiatement oubliées et que près de la moitié des informations retenues sont incorrectes [72].

La durée moyenne de l'EMDS selon les habitudes de service est de 3.3 minutes. Cette durée ne prend en compte que les informations données relatives aux médicaments. Selon le questionnaire d'auto-évaluation adressé aux médecins, 46.4 % (n = 13) des sondés ont estimé entre 2 et 5 minutes la durée de l'EMDS : cette durée s'est confirmée sur le terrain. Il n'y a pas de durée minimale recommandée par la FSPS. Cette durée est variable en fonction du patient et de ses questions, du nombre de médicaments et

du nombre de changements apportés à la médication. La Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) estime entre 10 à 20 minutes le temps nécessaire, en fonction des patients [73]. De ce fait, la durée de l'EMDS selon les habitudes de service retrouvées dans cette étude nous semble insuffisante pour donner aux patients l'ensemble des informations requises.

Les données exposées ci-dessus, démontrent que le personnel médico-soignant ne semble pas assez informé des recommandations de la FSPS en terme d'EMDS. Une formation de 2 heures destinée aux nouveaux médecins assistants est dispensée par la Pharmacie interjurassienne (PIJ) deux fois par année. Cette formation englobe les bonnes pratiques de prescriptions dans le dossier médical informatisé et revient sur l'importance de la CM, de l'admission à l'hôpital à la sortie. Un accent plus particulier pourrait être mis sur le contenu de l'EMDS et les principes de la continuité de la prise en charge médicamenteuse [74] mais le temps à disposition lors de cette formation n'est pas suffisant pour informer les médecins assistants de manière adéquate. Il n'y a en revanche pas de formation en ce sens pour les infirmiers. Une formation adaptée pourrait également être envisagée principalement dans le but de les sensibiliser aux bonnes pratiques.

Selon les recommandations nationales et internationales en termes de CM à la sortie, le pharmacien clinicien devrait être impliqué [2] [3]. Il peut participer à la CM de sortie, réaliser un EMDS avec le patient et s'assurer que le plan de traitement soit correct et remis à la fois au patient mais aussi aux prestataires de soins entourant le patient. Cependant, à l'heure actuelle en Suisse, des solutions de financement de cette activité du pharmacien clinicien doivent encore être trouvées.

### **Limites**

Premièrement, le fait que la pharmacienne ait réalisé une CM avec le médecin avant l'EMDS peut influencer la manière avec laquelle est conduit l'EMDS. De plus, la présence de la pharmacienne aux EMDS peut influencer les résultats observés sur le terrain, car la personne menant l'EMDS a l'envie de bien faire (que ce soit un infirmier ou un médecin). De ce fait, les pratiques observées ne correspondent pas forcément à la réalité quotidienne et les résultats obtenus peuvent potentiellement surestimer les pratiques réelles.

Deuxièmement, certaines informations concernant les médicaments sont données lors des visites médicales qui se déroulent au fil du séjour hospitalier. Ces informations sont souvent données par un médecin chef qui dirige la visite clinique. Dans les services de chirurgie, les informations sont données sur les antalgiques et les antithrombotiques et dans les services de médecine, l'accent semble plus mis sur les adaptations faites sur certains médicaments. Il est important que le patient soit mis au courant des changements médicamenteux effectués pendant l'hospitalisation et cette pratique est recommandée par

la FSPS. En revanche, lors de l'EMDS, les informations transmises au cours du séjour devraient être redonnées.

Une dernière limite est que la durée de l'EMDS réalisé selon les habitudes du service n'a pas pu être comparée avec la durée de l'EMDS réalisée par la pharmacienne. Le temps pris par la pharmacienne pour réaliser l'EMDS n'a pas été calculé. La comparaison aurait été intéressante afin de connaître le temps requis pour réaliser un EMDS selon les recommandations actuelles. Cela constitue un indicateur important pour identifier les ressources nécessaires à cette activité qui peut être chronophage.

### **Résumé**

Seul un critère correspond pleinement avec les recommandations de la FSPS : le fait que le personnel médico-soignant se soit assuré que le patient a la possibilité de se rendre en pharmacie pour garantir la continuité de sa prise en charge médicamenteuse dès sa sortie d'hôpital.

Environ 30 % des EMDS étaient réalisés par des infirmiers seuls, pratique non recommandée par la FSPS, qui positionne le médecin ou le pharmacien comme acteur privilégié.

Un tiers des patients ne reçoit pas de plan de traitement à la sortie. Or, ce document est central selon la FSPS. Il garantit la compréhension du traitement de sortie par le patient et peut être transmis aux prestataires de soins primaires entourant le patient.

Le pharmacien est une ressource-clé pour former les équipes médico-soignante mais également pour participer de manière active à l'organisation des sorties d'hôpital. La question du financement de ces activités reste cependant un frein important pour leur développement.

## 4.5 Divergences intentionnelles et non intentionnelles

### 4.5.1 Divergences intentionnelles et explications reçues à la sortie d'hôpital

Le nombre moyen de DI par patient à la sortie était de 3.7. De manière globale, les divergences intentionnelles correspondent principalement à des introductions de médicaments (56.5 % ; n = 157), à l'arrêt de médicaments (23 % ; n = 64) et à des modifications de médicaments (18.3 %, n = 51). Des données similaires ont été retrouvées dans la littérature [71]. La proportion de nouveaux médicaments introduits était plus importante en chirurgie qu'en médecine (79.1 %, n = 68 vs. 46.4 %, n = 89). Ceci s'explique par les différentes pratiques de prescription. En chirurgie, à la suite d'interventions chirurgicales dont un nombre important est en électif, des traitements tels que les antalgiques ou les anti-inflammatoires sont prescrits d'office (si indiqués), de même que des inhibiteurs de la pompe à proton ou des anticoagulants à visée prophylactique. Ces pratiques se retrouvent dans les codes ATC des médicaments impliqués dans les DI. En effet, une plus grande proportion de médicaments avec le code ATC M sont impliqués dans les DI dans les services de chirurgie que dans les services de médecine par exemple (38.4 %, n = 33 vs. 14.1 %, n = 27). En chirurgie, la médication habituelle du patient est plus rarement modifiée qu'en médecine (4.7 %, n = 4 vs. 24.5 %, n = 47). Cela est également dû au motif d'hospitalisation dont une part importante est de l'électif. Pour les patients hospitalisés dans un service de médecine, les introductions de nouveaux médicaments constituent la DI la plus fréquemment rencontrée (46.4 %, n = 89), suivi par les arrêts de médicaments (27.1 %, n = 52) et les modifications de médicaments (24.5 %, n = 47). Les médicaments avec code ATC C (système cardio-vasculaire) sont plus impliqués dans les DI dans les services de médecine que de chirurgie (19.8, n = 38 vs. 4.7, n = 4). En effet, ces médicaments sont souvent adaptés en médecine en fonction du profil tensionnel du patient par exemple.

De manière globale, environ trois-quarts des médicaments impliqués dans les DI étaient des traitements à prendre de manière systématique et concernait principalement des médicaments avec le code ATC A (appareil digestif et métabolisme) (22.3 % ; n = 62) et le code ATC M (appareil locomoteur) (21.6 %, n = 60). Les médicaments avec le code ATC A concernaient notamment les inhibiteurs de la pompe à protons, les laxatifs et les vitamines. Ces médicaments sont souvent modifiés ou même arrêtés.

Lors des EMDS, la pharmacienne a pu relever des manquements en ce qui concerne les explications données aux patients en lien avec les DI. En effet, lors de l'introduction d'un nouveau médicament, la posologie, les modalités de prise ainsi que les effets indésirables ne sont expliquées que dans respectivement 45.9 % (n = 72), 17.8 % (n = 28) et 7.0 % (n = 11) des cas. Lors d'un changement de médicament (changement de nom, de dose, de posologie ou de modalités de prise), le motif du

changement n'est expliqué que dans 13.7 % des cas (n = 7) et en cas d'arrêt d'un médicament, le motif de l'arrêt est expliqué que dans 26.6 % des cas (n = 17).

Ces observations ne suivent pas les recommandations de la FSPS. En effet, toute modification (inclus les introductions, les arrêts et les substitutions) apportée aux médicaments du patient pendant l'hospitalisation, devrait être expliquée au patient. Les observations faites sur le terrain ne corroborent pas les résultats obtenus à l'aide du questionnaire d'auto-évaluation réalisés auprès des équipes médicales (phase I). En effet, ces derniers semblent surévaluer la réalité : les sondés estiment que pendant l'EMDS, les indications des médicaments ainsi que les modalités de prise sont des informations souvent voire toujours communiquées au patient (respectivement n = 20, 71.4 % ; n = 17, 60.7 %). Il semblerait donc que le personnel médical rapporte une autre réalité que celle observée sur le terrain. Cela peut s'expliquer par un manque de formation en termes d'EMDS notamment. En ce qui concerne les explications liées aux effets secondaires en revanche, les résultats de la phase I s'accordent avec les résultats observés sur le terrain : 25 % (n = 7) seulement des sondés estiment que cette information est souvent, voire toujours donnée lors de l'EMDS. Pour ce point, les médecins évaluent correctement ce qu'il se fait en réalité.

La problématique principale réside dans le fait que le personnel médico-soignant n'est peut-être pas assez sensibilisé de l'importance que peuvent relever les explications données aux patients lors de la sortie.

Le manque d'informations données à la sortie est une réalité sur le terrain comme le démontre les données de la littérature. Selon une publication, seul un tiers des patients âgés dans des unités de médecine en Suisse romande bénéficient d'un enseignement avant la sortie et la plupart rapportent manquer d'informations pour gérer leur santé une fois rentrés à domicile [75]. On estime qu'un patient sur deux manque d'informations concernant sa médication, la gestion des aspects administratifs ou la suite de son plan de soins [75]. Une étude s'est penchée sur les problématiques rencontrées lors de la sortie de patients. Une des principales problématiques était la transmission d'informations en lien avec les médicaments jugées trop vagues (48.9 %) [76]. Une étude a montré qu'à la sortie de l'hôpital, des modifications ont été apportées chez 96 % des patients (n = 196) par rapport à leur traitement habituel. Il pouvait s'agir d'introduction d'un nouveau médicament ou d'adaptation de la dose ou de la posologie. Moins de la moitié (44 %) de ces patients avaient été avertis à la sortie de l'hôpital de la prise de nouveaux médicaments ou de changements de doses [69]. Aussi, seuls 12.0 % des patients ont reçu des instructions écrites pour arrêter de prendre les médicaments à domicile qui avaient été interrompus pendant l'hospitalisation. Toujours selon cette étude, les médicaments cardiovasculaires étaient la classe la plus fréquemment impliquée dans les DI à la sortie (27 %).

Une publication pointe du doigt le moment choisi pour transmettre les informations liées aux médicaments. En effet, au moment de la sortie, de nombreuses informations sont données aux patients et l'aspect médicamenteux est souvent négligé [77]. Un temps dédié et défini avec le patient pour lui donner les informations concernant ses médicaments pourrait être un bon moyen de s'assurer que le patient soit attentif et réceptif aux explications données.

Lors des visites médicales, le pharmacien clinicien procède à une analyse de la médication en cours et propose des adaptations de traitement, ce qui contribue à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. A l'heure actuelle dans les hôpitaux partenaires de notre pharmacie hospitalière, le pharmacien n'a pas la possibilité de renseigner ses propres interventions pharmaceutiques dans le dossier médical informatisé. Les informations données par le pharmacien, la plupart du temps par oral, sont soit retranscrites par les médecins, soit non documentées dans le dossier médical informatisé. Cette manière de faire occasionne parfois des erreurs de retranscriptions et la justification du changement n'est pas toujours documentée de manière adéquate. De plus, l'historique des changements effectués au cours de l'hospitalisation ne nous semble pas suffisant puisque chez 92.1 % (n = 70) des patients, la documentation des changements médicamenteux dans le dossier médical informatisé a été jugée incomplète ou manquante. Une documentation des changements médicamenteux plus structurée et visible dans le dossier médical informatisé nous paraît être un bon moyen de minimiser les risques de DNI à la sortie en limitant le nombre d'informations perdues.

#### 4.5.2 Divergences non intentionnelles

Au total, 96 DNI ont pu être identifiées par la pharmacienne à la sortie, ce qui représente une moyenne de  $1.3 \pm 1.6$  DNI par patient. Près de 53 % des patients présentaient au moins 1 DNI à la sortie.

Les données de la littérature montrent une fréquence de DNI variable à la sortie. Des résultats similaires à notre étude sont rapportés par une étude ayant inclus 61 patients [62]. Parmi eux, 54 % des patients présentaient au moins 1 DNI à la sortie avec une moyenne de 1.03 DNI par patient. D'autres données rapportent des moyennes plus élevées : selon une étude réalisée au CHUV en 2014 incluant 101 patients insuffisants cardiaques (LEAR-HF), 83 % présentaient au moins une DNI à la sortie, avec une moyenne de 2.3 DNI par patient [25].

Bien que la proportion de DNI sur le nombre théorique total de médicaments pris par le patient à la sortie soit similaire dans les deux services (médecine : 11.5 % ; chirurgie : 11.7 %), la proportion de DNI retrouvées sur les ordonnances de sortie sur le nombre de médicaments prescrits sur les ordonnances de sortie est différente : 11.1 % en médecine vs. 23.1 % en chirurgie. Cela signifie qu'un médicament sur dix prescrit sur l'ordonnance de sortie en médecine comporte une erreur et qu'en chirurgie, ce ratio se monte à un médicament sur cinq. En chirurgie, peu de médicaments sont prescrits sur l'ordonnance. En effet, il s'agit principalement d'antalgiques et d'anticoagulants à visée prophylactique, si nécessaire. Le traitement habituel du patient n'est pas prescrit sur l'ordonnance de sortie. En revanche, la pratique dans un service de médecine est différente et selon les pratiques observées sur le terrain, tous les traitements habituels sont represcrits à la sortie. Ainsi, le nombre de médicaments prescrits sur l'ordonnance de sortie étant plus grand dans un service de médecine, le ratio (nb de DNI sur l'ordonnance de sortie/nb de médicaments prescrits sur l'ordonnance de sortie) tend à diminuer en médecine.

Dans notre étude, de manière globale, les médicaments du système digestif et métabolisme étaient les médicaments les plus impliqués dans les DNI (30.2 % ; n = 29), suivis des médicaments du système nerveux central (24.0 % ; n = 23) et des médicaments du système cardiovasculaire (21.9 % ; n = 21). Selon une publication de la Haute Autorité de Santé (HAS), les médicaments le plus souvent impliqués dans les DNI sont les médicaments cardio-vasculaires et les agents antithrombotiques. A noter que la classe thérapeutique impliquée est influencée par le type d'établissement ou le secteur d'activité clinique étudié [2].

Dans les services de chirurgie, il est intéressant de constater que les médicaments fréquemment sujets aux DI tels que les médicaments de classe ATC M (Appareil locomoteur), A (Appareil digestif et métabolisme) ainsi que B (Sang et organes hématopoïétiques) n'étaient pas les plus impliqués dans les DNI. En effet, le pourcentage d'erreur lors d'une prescription d'un médicament de classe ATC M est de 11 % et de 6 % lors d'une prescription d'un médicament de classe ATC B. Le pourcentage d'erreurs lors

d'une prescription d'un médicament de classe A est en revanche plus élevé, à 38 %. Ces données peuvent traduire une bonne connaissance de l'usage des antalgiques et des anticoagulants et cela peut s'expliquer par le fait que la prise en charge médicamenteuse dans un service de chirurgie est plus protocolée qu'en médecine. Dans les services de médecine en revanche, les médicaments les plus fréquemment impliqués dans les DI, à savoir les médicaments de classe ATC A (Système digestif et métabolisme), C (Système cardio-vasculaire) et N (Système nerveux) restaient également les plus impliqués dans les DNI, car le taux d'erreur lors d'une prescription d'un médicament appartenant à l'une de ces classes ATC est d'environ 25 %.

Les principales raisons des Intervention Pharmaceutiques (IP) liées à une DNI étaient la présence de doublons (n = 16, 16.7 %), une concentration/dose/posologie incorrectement documentée/manquante (n = 16, 16.7 %), une indication non traitée (n = 12, 12.5 %) ou un nom de médicament (y.c. les génériques) incorrectement saisis (n = 12, 12.5 %). Dans l'étude LEAR-HF citée plus haut, 49 % des DNI était des erreurs dites de substitution. Une erreur de substitution était définie par le fait que le médicament personnel du patient ait été remplacé par un générique ou un original dont le nom laisserait penser au patient qu'il s'agit de deux médicaments différents, avec notamment le risque potentiel qu'il prenne les deux à domicile [25]. Cette définition répond à la définition de *Nom de médicament (y.c. les génériques) incorrectement saisis* selon le tableau des interventions de la GSASA. Selon la HAS, dans les publications internationales et nationales, la principale nature des erreurs interceptées grâce à la CM est l'omission d'un médicament (ou *indication non traitée*), suivie par les erreurs de doses [2].

Dans ce travail, l'outil validé CLEO® (annexe 11) [48] a été choisi afin d'évaluer les impacts des IP réalisées à la sortie. Cet outil est principalement utilisé en France. Dans 49.0 % des cas (n = 47), l'intervention de la pharmacienne par rapport à la DNI avait un impact jugé moyen, c'est-à-dire que l'intervention de la pharmacienne peut empêcher un dommage qui requiert une surveillance accrue ou un traitement, mais n'entraîne pas ou n'allonge pas un séjour hospitalier du patient. Dans 16.7 % des cas (n = 16), l'intervention de la pharmacienne avait un impact jugé majeur, c'est-à-dire, que le l'intervention de la pharmacienne peut empêcher un dommage qui entraîne ou allonge un séjour hospitalier ou entraîne une incapacité permanente ou un handicap. A noter qu'aucune DNI jugée vitale n'a été retrouvée.

Dans la littérature, l'évaluation de l'impact clinique repose essentiellement sur les consensus d'experts et est donc subjective. Wong *et al.* ont identifié 105 DNI à la sortie sur un total de 150 patients et 29.5 % des DNI (n = 31) étaient susceptibles de provoquer un inconfort possible ou probable pour le patient et/ou une détérioration clinique [78], ce qui peut correspondre avec l'impact clinique jugé majeur de l'outil CLEO®. Une étude publiée en 2012, a relevé que parmi les 851 participants, 432 (50.8 %) avaient au moins une DNI jugée cliniquement importante. Parmi elles, 22.9 % DNI ont été jugées graves et 1.8 % DNI ont

mis la vie du patient en danger [79]. Les DNI jugées graves peuvent correspondre à l'impact clinique jugé majeur de l'outil CLEO®. Une revue systématique a pu constater la difficulté à comparer la pertinence clinique des DNI identifiées d'une part car les échelles utilisées divergent et d'autre part car l'évaluation est subjective [61]. Kwan *et al.* relèvent aussi que les DNI ayant un impact significatif sur la santé du patient restent rares, sans pouvoir se prononcer sur la fréquence. De plus, les échelles de gravité utilisées dans les études ne sont pas toujours validées.

Concernant la documentation des médicaments à l'entrée, seuls 42.1 % des patients (n = 32) avait un document récent (< 30 jours) lié aux médicaments dans le dossier médical informatisé. Une étude a démontré que le fait d'avoir un document datant de moins de 90 jours enregistré dans le dossier électronique du patient, réduisait le risque d'avoir des DNI jugées cliniquement graves à l'admission et donc se reporter au cours du séjour voire même jusqu'au moment de la sortie [80]. La problématique de la documentation des listes de médicaments du patient dans le dossier médical informatisé a été thématifiée avec les médecins durant notre étude. Ces derniers ont mentionné qu'une documentation plus rigoureuse des listes de médicaments recueillies dans les heures suivant l'admission à l'hôpital leur éviterait des contacts répétés auprès des médecins traitants et des pharmacies de ville et que cela résulterait en un gain de temps précieux.

### **Limites**

Une des principales limites est le fait que le nombre moyen de DNI retrouvé à la sortie dépend de la prise en charge médicamenteuse du patient de l'admission à l'hôpital à la sortie. Le fait que les pharmaciens cliniciens de la PIJ aient poursuivi leurs activités de pharmacie clinique dans les services au moment de l'étude a probablement permis de limiter le nombre de DNI retrouvées à la sortie. Afin de mesurer l'impact réel du pharmacien, l'activité de pharmacie clinique aurait potentiellement dû être suspendue lors de la réalisation de l'étude. Or, pour des raisons éthiques et sécuritaires, il n'a pas été souhaitable que ces activités soient suspendues.

Les définitions des DNI divergent selon les études et ce qui a été considéré comme étant une DNI dans notre étude ne l'était pas dans d'autres travaux [25]. Pour notre travail, le fait qu'un médicament change de nom à la sortie représentait une DNI si le médecin ne pouvait justifier ce changement. Par exemple, dans le cas où un patient habituellement traité par Torem® comprimé 10 mg sortait de l'hôpital avec une ordonnance pour du Torasémide comprimé 10 mg. Nous avons estimé qu'il subsistait un risque (certes minimes) que le patient prenne les deux spécialités à domicile. Or, le potentiel danger de la confusion entre la préparation originale et son générique n'a pas fait l'objet d'études dans la littérature [74].

Une autre limite importante à relever est la définition même de l'EMDS. En effet, les entretiens de sortie selon les habitudes de service observés par la pharmacienne n'ont pas pour but premier d'expliquer les changements médicamenteux aux patients. Différentes informations sont données comme la prise des rendez-vous futurs, des informations liées à une prise en charge physiothérapeutique, ergothérapeutique, diététique, sociale ou encore pratique (comment le patient rentre à domicile, est-ce qu'il prend son repas avant de partir) font partie des éléments discutés lors de cet entretien de sortie. Les informations liées aux médicaments se noient dans la multitude d'informations données au patient à ce moment-là.

### **Résumé**

Les explications données à la sortie en lien avec les médicaments ont été jugées insuffisantes en regard des recommandations de la FSPS. Le manque d'informations données au sujet des médicaments couplé au fait qu'un plan de traitement n'est remis que dans deux tiers des cas, exposent les patients à des risques iatrogènes à leur retour à domicile.

Une documentation plus systématique des changements médicamenteux opérés au cours de l'hospitalisation pourrait contribuer à réduire le risque de DNI à la sortie d'hôpital.

De plus, une formation adéquate du personnel médical en termes d'EMDS ainsi qu'un temps dédié pour l'EMDS défini avec le patient nous paraissent être des besoins urgents pour améliorer la prise en charge médicamenteuse à la sortie d'hôpital.

## 5 Conclusion

Cette étude a permis de démontrer la plus-value d'une pharmacienne impliquée dans le processus de sortie d'hôpital sur plusieurs points. D'abord en termes de satisfaction des patients, avec une satisfaction globale significativement meilleure pour les patients ayant bénéficié d'un entretien médicamenteux de sortie (EMDS) supplémentaire avec la pharmacienne. L'enquête de satisfaction réalisée dans notre étude a permis d'évaluer l'appréciation des patients pour chaque paramètre lié à la médication, à savoir : les explications reçues en lien avec l'indication, la posologie, les modalités de prise et les effets indésirables des médicaments.

Deuxièmement, en assistant aux entretiens de sortie selon les habitudes de sortie, la pharmacienne a pu constater que les raisons des changements médicamenteux et les effets indésirables potentiels de médicaments nouvellement instaurés ne sont pas ou peu expliqués aux patients. Par ailleurs, près de 30 % des EMDS sont effectués par des infirmiers seuls, pratique non recommandée par la FSPS, qui positionne le médecin ou le pharmacien comme acteur privilégié. De plus, près de 30 % des patients n'ont pas reçu de plan de traitement à leur sortie, ce qui ne répond pas aux recommandations de la FSPS qui considèrent ce document comme central. Il garantit la compréhension du traitement de sortie par le patient et peut être transmis aux prestataires de soins primaires entourant le patient. Une formation adéquate du personnel médical en termes d'EMDS ainsi qu'un temps dédié pour l'EMDS défini avec le patient nous paraissent être des besoins urgents pour améliorer la prise en charge médicamenteuse à la sortie d'hôpital.

L'implication de la pharmacienne dans la conciliation médicamenteuse à la sortie a permis d'identifier 96 DNI (soit une moyenne de 1.3 DNI par patient) pour lesquels l'intervention de la pharmacienne a été jugée d'un impact clinique moyen à majeur dans environ deux tiers des cas. Une documentation plus systématique des changements médicamenteux opérés au cours de l'hospitalisation dans le dossier médical informatisé peut contribuer à réduire le risque de DNI à la sortie d'hôpital.

Cette étude n'a en revanche pas pu démontrer de différence statistiquement significative en termes de réduction du nombre de consultations en urgence et de réhospitalisations. La réalisation d'une conciliation médicamenteuse à la sortie par la pharmacienne a pu potentiellement limiter ce risque. Néanmoins, une méta-analyse rapporte des résultats plutôt encourageants et en faveur de l'implication du pharmacien aux points de transition sur la réduction du nombre de consultations en urgence et de réhospitalisations mais avec un degré de niveau de preuve modeste.

Le pharmacien est donc une ressource-clé pour former les équipes médico-soignantes mais également pour participer de manière active à l'organisation des sorties d'hôpital. La question du financement de ces activités reste cependant un frein important à leur développement.

## 6 Perspectives

Les résultats de ce travail seront présentés aux Comités de Direction ainsi qu'aux Commissions qualité de l'Hôpital du Jura et du Réseau de l'Arc. Des présentations sont également prévues pour les services ayant participé à l'étude, avec la présence des médecins chefs, médecins assistants et personnel infirmier.

La saisie des interventions pharmaceutiques dans le dossier médical informatisé est en phase pilote au sein du Réseau de l'Arc et une phase du même type est en cours de discussion pour l'Hôpital du Jura.

Un futur travail de diplôme d'une pharmacienne exerçant à la PIJ se penchera sur la conciliation médicamenteuse à l'entrée de l'hôpital et aura pour but de développer une formation pour les assistantes en pharmacie. Elles seront formées aux méthodes de conciliation médicamenteuse selon les recommandations de la Fondation pour la Sécurité des Patients-Suisse entre-autre.

Ces différents travaux devront permettre, dans un avenir proche, d'améliorer la sécurité de la médication aux interfaces au sein des deux établissements, avec une participation active des pharmaciens hospitaliers, acteurs privilégiés pour la mise en route de ces projets plus que jamais d'actualité.

## 7 Annexes

### 7.1 Annexe 1 : Clarification des compétences auprès de la Commission cantonale d'éthique

 **Kanton Bern  
Canton de Berne**

Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration  
Commission cantonale d'éthique de la recherche

Mattenstrasse 31  
3010 Berne  
+41 31 633 70 70 (tel.)  
+41 31 633 70 71 (fax)  
info.kek.kapa@be.ch  
www.be.ch/dssi

Dorothy Pfiffner  
+41 31 633 70 77  
dorothy.pfiffner@be.ch

Président CCER, Mattenstrasse 31, 3010 Berne

Madame  
Laurane Girard  
Pharmacie intégrative  
Rue Beausite 49  
2740 Moutier

**Clarification des compétences : EK BE, EK NZ**

N° BASEC : Req-2022-00841      Date de réception : 05/07/2022

**Intitulé :** L'intervention d'une pharmacienne dans le processus de sortie des patients de l'hôpital peut-elle avoir un impact positif sur la conciliation médicamenteuse ?

**Résultat de la clarification**

**Non compétent :** la procédure n'est pas soumise à autorisation.  
Motif : la procédure n'est pas régie par la loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain (LRH), en particulier par l'article 2, alinéa 1.

**Compétent :** autorisation **requise** conformément à l'article 2, alinéa 1 LRH.  
Veuillez déposer une demande auprès de la CCER ([www.swissethics.ch](http://www.swissethics.ch)).

**Émoluments :** 200 francs (barème 6.0)  
La facture sera envoyée prochainement dans un courrier séparé.

Date/lieu : 08.07.2022/Berne

  
Prof. Dr. med. Christian Seiler  
Président

  
Dr. sc. nat. Dorothy Pfiffner  
Directrice du secrétariat scientifique

Req-2022-00841      0/0

## 7.2 Annexe 2 : Formulaire de consentement écrit du patient

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma formation FPH en pharmacie hospitalière au sein de la pharmacie interjurassienne, je réalise un travail de recherche qui a pour but d'étudier le processus de sortie d'hôpital en ce qui concerne la prise en charge médicamenteuse.

Par le biais de cette information écrite, je souhaitais obtenir votre consentement écrit pour confirmer votre participation à ce travail.

### Par qui est menée ce travail de recherche ?

Il est mené par Mme Laurane Girard, pharmacienne à la pharmacie interjurassienne. La pharmacie interjurassienne est basée à Moutier et est responsable de l'approvisionnement en médicaments des hôpitaux du Jura et du Jura bernois.

### Que dois-je faire si je participe à ce travail de recherche ?

Je vous contacterai par téléphone à deux reprises :

	1 <sup>er</sup> entretien téléphonique	2 <sup>ème</sup> entretien téléphonique
<b>Quand ?</b>	4 à 10 jours après votre sortie d'hôpital	30 à 40 jours après votre sortie d'hôpital
<b>Quoi ?</b>	Enquête de satisfaction	Suivi de votre prise en charge
<b>Durée ?</b>	10 à 15 minutes	5 minutes

### Quelles données personnelles seront collectées ?

Année de naissance, sexe, médication, ordonnance de sortie, évaluation de satisfaction et données de suivi.

### Comment seront traitées mes données personnelles ?

Vos données personnelles ne seront pas communiquées à des tiers et seront traitées de manière anonyme. Les résultats de l'étude pourront potentiellement être publiés dans une revue spécialisée de pharmacie.

### Coordonnées patient-e

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Par ma signature, je donne mon accord pour la participation à ce travail de recherche.

Lieu et date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

	1 <sup>er</sup> entretien téléphonique	2 <sup>ème</sup> entretien téléphonique
<b>Date</b>	___/___/_____	___/___/_____
<b>Créneau privilégié</b>	8h – 12h / 12h - 16h / 16h – 18h	8h – 12h / 12h - 16h / 16h – 18h

----- ✂ -----

### Travail de recherche en pharmacie hospitalière

	1 <sup>er</sup> entretien téléphonique	2 <sup>ème</sup> entretien téléphonique
<b>Date</b>	___/___/_____	___/___/_____
<b>Créneau privilégié</b>	8h – 12h / 12h - 16h / 16h – 18h	8h – 12h / 12h - 16h / 16h – 18h

Personne de contact : Laurane Girard, pharmacienne à la Pharmacie interjurassienne, laurane.girard@hjbe.ch

### 7.3 Annexe 3 : FO-01 Auto-évaluation des pratiques professionnelles

A) Caractéristiques du médecin hospitalier			
[1] Service	<input type="checkbox"/> Médecine	<input type="checkbox"/> Chirurgie	
[2] Hôpital	<input type="checkbox"/> Moutier	<input type="checkbox"/> St-Imier	<input type="checkbox"/> Delémont
[3] Statut	<input type="checkbox"/> Médecin assistant	<input type="checkbox"/> Chef de clinique	<input type="checkbox"/> Médecin chef/adjoint

**B) Evaluation des pratiques des médecins hospitaliers**

[1] Une procédure sur l'organisation des sorties d'hôpital existe au sein de votre service.  Oui  Non  Ne sait pas

[2] Le jour de la sortie d'hôpital, un entretien de sortie au sujet des médicaments est réalisé avec le patient.  
 Toujours  Souvent  Parfois  Rarement  Ne sait pas  Il n'y a pas d'entretien (passer à la question [8])

[3] Lors de cet entretien de sortie, les indications des médicaments sont expliquées au patient.  
 Toujours  Souvent  Parfois  Rarement  Jamais  Ne sait pas

[4] Lors de cet entretien de sortie, les modalités de prise des médicaments sont expliquées au patient.  
 Toujours  Souvent  Parfois  Rarement  Jamais  Ne sait pas

[5] Lors de cet entretien de sortie, les potentiels effets indésirables sont expliqués au patient.  
 Toujours  Souvent  Parfois  Rarement  Jamais  Ne sait pas

[6] Par qui est réalisé cet entretien de sortie ? (Plusieurs choix possibles)  
 Médecin chef-fe/adjoint-e  Chef-fe de clinique  Médecin assistant-e  Infirmier-ère  Autre : \_\_\_\_\_  Ne sait pas

[7] Combien de temps en moyenne est consacré à cet entretien ?  
 Entre 0 et 2 min.  Entre 2 et 5 min.  Entre 5 et 10 min.  Entre 10 et 15 min.  Plus de 15 min.  Ne sait pas

[8] Qui valide l'ordonnance de sortie ? (Plusieurs choix possibles)  
 Médecin chef-fe/adjoint-e  Chef-fe de clinique  Médecin assistant-e

[9] A la sortie, l'ordonnance de sortie (ou le plan de médication) est expliquée au patient.  
 Toujours  Souvent  Parfois  Rarement  Jamais  Ne sait pas

[10] Par qui est expliquée l'ordonnance de sortie (ou le plan de médication) le plus fréquemment ? (Un seul choix possible)  
 Médecin chef-fe/adjoint-e  Chef-fe de clinique  Médecin assistant-e  Infirmier-ère  Autre : \_\_\_\_\_  
 Ne sait pas

[11] A la sortie, une ordonnance de sortie et un plan de traitement sont remis au patient.  
 Toujours  Souvent  Parfois  Rarement  Jamais  Ne sait pas

[12] Par qui les ordonnances de sortie et le plan de traitement sont-ils transmis au patient le plus fréquemment ?  
 (Un seul choix possible)  
 Médecin chef/adjoint  Chef de clinique  Médecin assistant  Infirmier  Autre : \_\_\_\_\_  Ne sait pas

[13] L'ordonnance de sortie et le plan de traitement sont transmis au médecin traitant le jour-même de la sortie du patient.  
 Toujours  Souvent  Parfois  Rarement  Jamais  Ne sait pas

[14] L'ordonnance/le plan de traitement est transmis aux autres prestataires de soins (pharmacie, EMS, soins à domicile, etc.) le jour-même de la sortie du patient.  Toujours  Souvent  Parfois  Rarement  Jamais  Ne sait pas

[15] De quelle manière l'ordonnance de sortie et le plan de traitement sont-ils transmis préférentiellement ?  
 Mail  En mains propres  Fax  Téléphone  Courrier  Autre : \_\_\_\_\_

[16] L'approvisionnement en médicaments est assuré lors de la sortie du patient.  
 Toujours  Souvent  Parfois  Rarement  Jamais  Ne sait pas

[17] La personne de confiance désignée par le patient est sollicitée à l'entretien de sortie si le patient n'est pas en mesure de comprendre les informations relatives à sa médication.  
 Toujours  Souvent  Parfois  Rarement  Jamais  Ne sait pas

[18] Le patient reçoit les coordonnées d'une personne de référence de l'hôpital à qui il peut s'adresser en cas de problème en lien avec sa médication.  Toujours  Souvent  Parfois  Rarement  Jamais  Ne sait pas

[19] Le patient a la possibilité de poser des questions au sujet de sa médication lors de l'entretien de sortie.  
 Toujours  Souvent  Parfois  Rarement  Jamais  Ne sait pas

[20] Les changements de médication au cours du séjour hospitalier sont tous renseignés dans le dossier médical.  
 Toujours  Souvent  Parfois  Rarement  Jamais  Ne sait pas

[21] A la sortie du patient, les changements de médication sont transmis aux autres prestataires de soins (pharmacie, EMS, soins à domicile, etc.).  Toujours  Souvent  Parfois  Rarement  Jamais  Ne sait pas

[22] A la sortie du patient, les changements de médication lui sont tous expliqués.  
 Toujours  Souvent  Parfois  Rarement  Jamais  Ne sait pas

[23] Remarques : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 7.4 Annexe 4 : FO-02 Evaluation des entretiens médicamenteux à la sortie d'hôpital

A) Caractéristiques du patient			
[1] Service	<input type="checkbox"/> Médecine	<input type="checkbox"/> Chirurgie	
[2] Hôpital	<input type="checkbox"/> Delémont	<input type="checkbox"/> Moutier	<input type="checkbox"/> St-Imier
[3] Mode d'entrée à l'hôpital	<input type="checkbox"/> Entrée par les urgences		<input type="checkbox"/> Entrée élective ( <i>uniquement si chirurgie</i> )
[4] Passage aux soins intensifs durant l'hospitalisation	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
[5] Couverture d'assurance maladie pour cette hospitalisation	<input type="checkbox"/> Commune		<input type="checkbox"/> Semi-privée <input type="checkbox"/> Privée
[6] Soins à domicile	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
[7] Pharmacien clinicien a-t-il vu le patient en visite/revue de traitement ?	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
B) Evaluation de l'entretien médicamenteux de sortie			
[1] Y a-t-il eu un entretien au sujet des médicaments le jour de la sortie ?	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
[2] Entretien réalisé par	<input type="checkbox"/> Médecin assistant	<input type="checkbox"/> Médecin chef de clinique	<input type="checkbox"/> Médecin chef
	<input type="checkbox"/> IRPP	<input type="checkbox"/> Infirmier	
[3] Durée de l'entretien	_____ min		
[4] Le patient a-t-il eu l'occasion de poser des questions ?	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
[5] Documents expliqués à l'entretien de sortie	<input type="checkbox"/> Ordonnance de sortie	<input type="checkbox"/> Plan de traitement	<input type="checkbox"/> Aucun
[6] Documents remis au patient à la sortie	<input type="checkbox"/> Ordonnance de sortie	<input type="checkbox"/> Plan de traitement	<input type="checkbox"/> Aucun
[6a] Ordonnance différente du plan de traitement ?	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Plan de traitement non remis		
[7] Prestataires de soins ayant reçu le plan de traitement le jour-même de la sortie	<input type="checkbox"/> Médecin traitant	<input type="checkbox"/> Médecin spécialiste	
	<input type="checkbox"/> Soins à domicile	<input type="checkbox"/> Pharmacie de ville	
	<input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Pas de transmission le jour de la sortie	
[8] Médicament à risque présent ?	<input type="checkbox"/> Oui DCI : _____		<input type="checkbox"/> Non
[9] La personne menant l'entretien s'est-elle préoccupée de l'approvisionnement en médicaments à risque à la sortie d'hôpital ?	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Pas de médicament à risque d'approvisionnement		

Date et heure de l'entretien : \_\_\_\_\_

### 7.5 Annexe 5 : FO-03 Evaluation des médicaments à la sortie d’hôpital

Nombre de médicaments dans le traitement habituel : Fixe \_\_\_\_ / R : \_\_\_\_

Nombre de médicaments dans le traitement de sortie : Fixe \_\_\_\_ / R : \_\_\_\_

Traitement <u>AVANT</u> l'hospitalisation			Traitement <u>PENDANT</u> l'hospitalisation			Traitement <u>À LA SORTIE</u>			Divergence	DI	DNI	Description de l'erreur	Raison de l'IP	Informations transmises par le médecin lors de l'EMDS
N° ligne	Substance active, dosage et galénique	Posologie	Poursuivi : <b>v</b> Modifié : <b>m</b> Substitué : <b>&lt;</b> Arrêté : <b>x</b> Nouveau : <b>nv</b>	Substance active, dosage et galénique	Posologie	Poursuivi : <b>v</b> Modifié : <b>m</b> Substitué : <b>&lt;</b> Arrêté : <b>x</b> Nouveau : <b>nv</b>	Substance active, dosage et galénique	Posologie	oui/non	oui/non	oui/non			Motif du changement = C Indication = I Posologie = P Modalités de prise/d'utilisation = M Effets indésirables = EI
1														<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> EI
2														<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> EI
3														<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> EI
4														<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> EI
5														<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> EI
6														<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> EI
7														<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> EI
8														<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> EI
9														<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> EI
10														<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> EI
11														<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> EI
12														<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> EI
13														<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> EI
14														<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> EI
15														<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> EI

## 7.6 Annexe 6 : FO-04 Questionnaire de satisfaction du patient à la sortie d’hôpital et évaluation des réhospitalisations à 30 jours

**A) Caractéristiques du patient**

[1] Historique des appels                      1) Date et heure :                      2) Date et heure :                      3) Date et heure :

[2] Jours depuis sortie d’hôpital                      \_\_\_\_\_ jours

[3] Avez-vous bénéficié de service de soins à domicile à votre retour à domicile ?                       Non     Oui    Si oui, fréquence : \_\_\_\_\_ (par jour et par semaine)

[4] Possédez-vous un semainier à domicile ?                       Non     Oui

[5] Préparez-vous votre semainier vous-même ?                       Non     Oui     Non applicable

[6] Si non, qui prépare le semainier ?                       Pharmacie                       Soins à domicile                       Proche  
 Non applicable

**B) Etat des lieux et évaluation de la satisfaction du patient à la sortie d’hôpital**

ETAT DES LIEUX  
 Évaluez les points ci-dessous selon l’échelle suivante : **Oui tout-à-fait = 5**    **Plutôt oui = 4**    **En partie = 3**    **Plutôt non = 2**    **Non, pas du tout = 1**

[1] Des changements de médicaments ont-ils été effectués au cours de votre séjour à l’hôpital ?                       Oui (poursuivre)     Non (→ [6])

[2] A la sortie, est-ce que ces changements vous ont été expliqués ?                       5     4     3     2     1

[3] Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible à quoi servent les nouveaux médicaments prescrits à votre sortie ?                       5     4     3     2     1

[4] Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible les possibles effets secondaires des nouveaux médicaments prescrits à votre sortie ?                       5     4     3     2     1

[5] Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible les modalités de prise des nouveaux médicaments prescrits à votre sortie ?                       5     4     3     2     1

[6] Avez-vous rencontré des problèmes à votre pharmacie pour obtenir les médicaments suite à votre sortie ?                       Oui     Non     Je ne me suis pas rendu(e) en pharmacie  
 Description du problème : \_\_\_\_\_

[7] Avez-vous rencontré des problèmes en lien avec la prise de vos médicaments une fois de retour chez vous ?                       Oui     Non    Description du problème : \_\_\_\_\_

EVALUATION DE LA SATISFACTION PATIENT À LA SORTIE D’HÔPITAL  
 Évaluez votre degré de satisfaction concernant les points ci-dessous selon l’échelle suivante :  
**Très satisfait = 5**    **Plutôt satisfait = 4**    **Ni satisfait, ni insatisfait = 3**    **Plutôt insatisfait = 2**    **Très insatisfait = 1**

[8] Quel est votre degré de satisfaction concernant les explications reçues à votre sortie d’hôpital en lien avec la prise de vos médicaments :                       5     4     3     2     1

[9] Globalement, d’un point de vue médicamenteux, comment était l’organisation de votre sortie d’hôpital ?                       5     4     3     2     1

[10] D’un point de vue médicamenteux, avez-vous des remarques concernant votre sortie d’hôpital ?                      \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Date et heure de l’entretien : \_\_\_\_\_



## 7.7 Annexe 7 : Items, variables, définitions, source et moment de récolte des données FO-02

N.B :

- Si pas précisé, une seule réponse possible par variable
- SIC = Dossier médical informatisé
- S = moment de sortie

Items	Variables et définition	Source	Moment de récolte
<b>A) Caractéristiques du patient</b>			
<b>[1] Service</b>	<b>Variable</b> : médecine, chirurgie <b>Définition</b> : service dans lequel est hospitalisé le patient <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Médecine : le patient est hospitalisé dans un service de médecine</li> <li>▪ Chirurgie : le patient est hospitalisé dans un service de chirurgie (inclus : chirurgie orthopédique, chirurgie générale, chirurgie plastique, urologie et ORL)</li> </ul>	SIC (service principal)	S J <sub>-1</sub> – J <sub>0</sub>
<b>[2] Hôpital</b>	<b>Variable</b> : Delémont, Moutier, St-Imier <b>Définition</b> : lieu d'hospitalisation du patient <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Delémont : le patient est hospitalisé à l'hôpital de Delémont</li> <li>▪ Moutier : le patient est hospitalisé à l'hôpital de Moutier</li> <li>▪ St-Imier : le patient est hospitalisé à l'hôpital de St-Imier</li> </ul>	SIC (lieu d'hospitalisation)	S J <sub>-1</sub> – J <sub>0</sub>
<b>[3] Mode d'entrée à l'hôpital</b>	<b>Variable</b> : entrée par les urgences, entrée élective <b>Définition</b> : biais par lequel est entré le patient à l'hôpital <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entrée par les urgences : le patient s'est présenté aux urgences de lui-même ou y a été conduit (sur un avis médical ou non)</li> <li>▪ Entrée élective : le patient est entré à l'hôpital par le biais d'une hospitalisation programmée à l'avance</li> </ul>	SIC (données administratives, mode d'admission)	S J <sub>-1</sub> – J <sub>0</sub>
<b>[4] Passage aux soins intensifs durant l'hospitalisation</b>	<b>Variable</b> : oui, non <b>Définition</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oui : le patient a séjourné au moins 24 h aux soins intensifs et/ou surveillance intensive</li> <li>▪ Non : le patient n'a pas séjourné aux soins intensifs et/ou surveillance intensive ou y a séjourné moins de 24h</li> </ul>	SIC (historique du patient)	S J <sub>-1</sub> – J <sub>0</sub>
<b>[5] Couverture d'assurance maladie pour cette hospitalisation</b>	<b>Variable</b> : commune, semi-privée, privée <b>Définition</b> : couverture d'assurance lors de l'hospitalisation du patient <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Commune : assurance commune</li> <li>▪ Semi-privée : assurance semi-privée</li> <li>▪ Privée : assurance privée (le patient est seul en chambre)</li> </ul>	SIC (données administratives, classe d'assurance)	S J <sub>-1</sub> – J <sub>0</sub>
<b>[6] Soins à domicile</b>	<b>Variable</b> : oui, non <b>Définition</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oui : avant son hospitalisation, le patient bénéficiait de soins à domicile en lien avec les médicaments (préparation de semainier ou aide à l'administration des médicaments)</li> <li>▪ Non : avant son hospitalisation, le patient ne bénéficiait pas de soins à domicile en lien avec les médicaments (préparation de semainier ou aide à l'administration des médicaments)</li> </ul>	Infirmière	S J <sub>-1</sub> – J <sub>0</sub>
<b>[7] Pharmacien clinicien a-t-il vu le patient en visite/revue de traitement ?</b>	<b>Variable</b> : oui, non <b>Définition</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oui : la médication du patient a été revue par un pharmacien clinicien en visite clinique ou lors d'une revue de traitement pendant le séjour hospitalier actuel</li> <li>▪ Non : la médication du patient n'a pas été revue par un pharmacien clinicien en visite clinique ou lors d'une revue de traitement pendant le séjour hospitalier actuel</li> </ul>	Archivage interne à la PIJ des ordonnances patients évaluées lors des visites cliniques	S J <sub>-1</sub> – J <sub>0</sub>

B) Evaluation de l'entretien médicamenteux de sortie			
<b>[1] Y a-t-il eu un EMDS le jour de la sortie ?</b>	<b>Variable</b> : oui, non <b>Définition</b> : discussion entre le personnel médico-soignant et le patient le jour-même de la sortie effective et qui traite des médicaments du patient. Il a pour but d'expliquer au patient les médicaments qu'il devra poursuivre à domicile. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oui : il y a eu au moins un EMDS le jour de la sortie d'hôpital</li> <li>▪ Non : il n'y a pas eu d'EMDS le jour de la sortie d'hôpital</li> </ul>	EMDS selon les habitudes du service	S
<b>[2] Entretien réalisé par ...</b>	<b>Variable</b> : médecin assistant, médecin chef de clinique, médecin chef, IRPP, infirmier Plusieurs réponses possibles <b>Définition</b> : toute personne présente lors de l'EMDS et présente dans l'annuaire de l'hôpital, définissant sa fonction. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Médecin assistant : le médecin assistant a participé à l'EMDS</li> <li>▪ Médecin chef de clinique : le médecin chef de clinique a participé à l'EMDS</li> <li>▪ Médecin chef : le médecin chef a participé à l'EMDS</li> <li>▪ IRPP : l'IRPP a participé à l'EMDS</li> <li>▪ Infirmier : l'infirmier a participé à l'EMDS</li> </ul>	EMDS selon les habitudes du service, annuaire de l'hôpital	S
<b>[3] Durée de l'entretien</b>	<b>Variable</b> : mesure du temps en minutes [min] <b>Définition</b> : durée de l'EMDS. Tout ce qui a trait à autre chose que la médication n'est pas pris en compte (rendez-vous futurs, etc.). Dans le cas où il n'y a pas eu d'EMDS ou que le patient a eu deux EMDS mais que la pharmacienne n'a pu assister qu'à un seul d'entre-eux, la durée n'est pas prise en compte dans le calcul de la moyenne. La donnée est documentée comme étant non évaluable.	Montre	S
<b>[4] Le patient a-t-il eu l'occasion de poser des questions ?</b>	<b>Variable</b> : oui, non, non évaluable <b>Définition</b> : le personnel médico-soignant s'assure que le patient n'ait pas de question par rapport à ses médicaments. La question doit comprendre au moins les mots suivants : « traitements », « médication », « médicaments ». Elle peut être une question ouverte ou fermée. Exemple : « Avez-vous des questions au sujet de vos traitements ? », « Quelles questions souhaitez-vous encore me poser par rapport aux médicaments ? » <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oui : une question répondant à la définition a été posée au patient</li> <li>▪ Non : aucune question répondant à la définition n'a été posée au patient ou il n'y a pas eu d'EMDS</li> <li>▪ Non évaluable : dans le cas où le patient a eu deux EMDS mais que la pharmacienne n'a pu assister qu'à un seul d'entre-eux</li> </ul>	EMDS selon les habitudes du service	S
<b>[5] Documents expliqués à l'entretien de sortie</b>	<b>Variable</b> : ordonnance de sortie, plan de traitement, aucun, non évaluable Plusieurs réponses possibles <b>Définition</b> : documents imprimés, montrés et expliqués verbalement au patient au moment de l'entretien de sortie <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ordonnance de sortie : ordonnance signée par un médecin</li> <li>▪ Plan de traitement : plan de traitement, comportant ou non toute la médication de sortie du patient</li> <li>▪ Aucun : aucun de ces deux documents n'a été expliqué au patient lors de l'EMDS</li> <li>▪ Non évaluable : dans le cas où le patient a eu deux EMDS mais que la pharmacienne n'a pu assister qu'à un seul d'entre-eux</li> </ul>	EMDS selon les habitudes du service	S
<b>[6] Documents remis au patient à la sortie</b>	<b>Variable</b> : ordonnance de sortie, plan de traitement, aucun, non évaluable Plusieurs réponses possibles <b>Définition</b> : documents imprimés sur papier et remis au patient en main-propre au moment de l'EMDS <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ordonnance de sortie : ordonnance signée par un médecin</li> <li>▪ Plan de traitement : plan de traitement, comportant dans sa totalité ou non la médication de sortie du patient</li> <li>▪ Aucun : aucun de ces deux documents n'a été remis au patient lors de l'EMDS</li> <li>▪ Non évaluable : dans le cas où le patient a eu deux EMDS mais que la pharmacienne n'a pu assister qu'à un seul d'entre-eux</li> </ul>	EMDS selon les habitudes du service	S

<b>[6a] Ordonnance différente du plan de traitement</b>	<p><b>Variable</b> : oui, non, plan de traitement non remis, non évaluable</p> <p><b>Définition</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oui : le plan de traitement contient les mêmes informations que l'ordonnance de sortie</li> <li>▪ Non : le plan de traitement n'est pas exactement similaire à l'ordonnance de sortie</li> <li>▪ Plan de traitement non remis : le plan de traitement n'a pas été remis au patient</li> <li>▪ Non évaluable : dans le cas où le patient a eu deux EMDS mais que la pharmacienne n'a pu assister qu'à un seul d'entre-eux</li> </ul>	Ordonnance et plan de traitement	S
<b>[7] Prestataires de soins ayant reçu le plan de traitement le jour-même de la sortie</b>	<p><b>Variable</b> : médecin traitant, médecin spécialiste, pharmacie de ville, soins à domicile (SAD), autre, non évaluable</p> <p><b>Définition</b> : lors de l'EMDS, le patient est informé à quel(s) prestataire(s) de soin le plan de traitement est transmis le jour même de la sortie ou il a été demandé au patient à quel(s) prestataire(s) de soin le plan de traitement doit être transmis. Plusieurs réponses possibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Médecin traitant : le patient est informé que son MT recevra le plan de traitement le jour de la sortie ; après demande, le patient a pu préciser qu'il souhaitait que son MT reçoive le plan de traitement le jour de la sortie</li> <li>▪ Médecin spécialiste : le patient a reçu l'information que son médecin spécialiste a reçu le plan de traitement le jour de la sortie</li> <li>▪ Pharmacie de ville : le patient est informé que sa pharmacie de ville dans laquelle il se rend habituellement recevra le plan de traitement le jour de la sortie ; après demande, le patient a pu préciser qu'il souhaitait que sa pharmacie de ville reçoive le plan de traitement le jour de la sortie</li> <li>▪ Soins à domicile : le patient est informé que les soins à domicile recevront le plan de traitement le jour de la sortie ; après demande, le patient a pu préciser qu'il souhaitait que les soins à domicile reçoivent le plan de traitement le jour de la sortie</li> <li>▪ Autre : un autre prestataire de soins est cité ; après demande, le patient cite un autre prestataire de soins à qui le plan de traitement doit être transmis le jour-même</li> <li>▪ Non évaluable : aucune information à ce sujet n'est échangée pendant l'entretien ; dans le cas où le patient a eu deux EMDS mais que la pharmacienne n'a pu assister qu'à un seul d'entre-eux</li> </ul>	EMDS selon les habitudes du service	S
<b>[8] Médicament à risque d'approvisionnement présent ?</b>	<p><b>Variable</b> : oui, non</p> <p><b>Définition</b> : un médicament à risque d'approvisionnement est défini comme étant soit un médicament parentéral (voie sous-cutanée, intra-veineuse ou intramusculaire), cher (à partir de 500 CHF l'emballage original), ayant un code ATC L01-L04, une nutrition entérale et/ou un médicament étranger et n'appartenant pas au patient. Ce médicament fait partie des médicaments théoriques à prendre par le patient dès sa sortie (que le médicament soit ou non présent sur l'ordonnance et/ou plan de traitement).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oui : un médicament répondant à la définition est présent dans la médication théorique du patient à la sortie. Dans ce cas, la DCI est documentée, de même que la première lettre du code ATC.</li> <li>▪ Non : aucun médicament répondant à la définition n'est présent dans la médication théorique du patient à la sortie</li> </ul>	Médicaments à prendre à la sortie par le patient (cf. définition à l'item [B], annexe 8)	S
<b>[9] La personne menant l'entretien s'est-elle préoccupée de l'approvisionnement en médicaments à risque à la sortie d'hôpital ?</b>	<p><b>Variable</b> : oui, non, pas de médicament à risque d'approvisionnement, non évaluable</p> <p><b>Définition</b> : lors de l'EMDS, le personnel médico-soignant s'assure que le patient peut obtenir le médicament à risque en question à sa sortie de l'hôpital. Exemple de questions posées : « <i>Est-ce la pharmacie peut vous le fournir ?</i> » « <i>Avez-vous encore des comprimés à la maison ?</i> », etc. ou a remis les traitements nécessaires le temps que le patient puisse aller lui-même (ou une autre personne) les récupérer à la pharmacie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui : le personnel médico-soignant s'est préoccupé de l'approvisionnement du médicament à risque d'approvisionnement</li> <li>• Non : le personnel médico-soignant ne s'est pas préoccupé de l'approvisionnement du médicament à risque d'approvisionnement</li> <li>• Pas de médicament à risque d'approvisionnement : si le choix de réponse est « <i>Non</i> » à la variable FO-02 [9]</li> <li>• Non évaluable : dans le cas où le patient a eu deux EMDS mais que la pharmacienne n'a pu assister qu'à un seul d'entre-eux</li> </ul>	EMDS selon les habitudes du service	S

### 7.8 Annexe 8 : Items, variables, définitions, sources et moment de récolte des données du FO-03

N.B : Légende : S = moment de sortie

[A] Nombre de médicaments dans le traitement habituel : Fixe \_\_\_\_ R : \_\_\_\_ [B] Nombre de médicaments dans le traitement de sortie : Fixe \_\_\_\_ R : \_\_\_\_

Item	Traitement AVANT l'hospitalisation			Traitement PENDANT l'hospitalisation			Traitement A LA SORTIE			Divergence	DI	DNI	Description de l'erreur	Raison de l'IP	Informations transmises par le médecin
	N° ligne	Substance active, dosage et galénique	Posologie	Poursuivi : v Modifié : m Substitué : < Arrêté : x Nouveau : nv	Substance active, dosage et galénique	Posologie	Poursuivi : v Modifié : m Substitué : < Arrêté : x Nouveau : nv	Substance active, dosage et galénique	Posologie						
	1														Motif du changement = C Indication = I Posologie = P Modalités de prise/d'utilisation = M Effets indésirables = EI  <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> EI
	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]	[12]	[13]	[14]	[15]

Items	Variables et définitions	Sources	Moment de récolte
[A]	<p><b>Variable</b> : chiffre de 5 à 99 pour les médicaments en fixe et chiffre de 0 à 99 pour les médicaments en réserve (R)</p> <p><b>Définition</b> : Il s'agit du nombre de médicaments pris par le patient avant son entrée à l'hôpital. Si la liste des médicaments documentés à l'entrée dans le SIC s'avère être incomplète ou si les médicaments à l'entrée ne sont pas référencés, la pharmacienne réalise une liste la plus exhaustive qui soit en consultant les documents annexés dans le SIC ou en demandant au patient. Si des doutes subsistent, elle reprend contact avec le médecin traitant, les soins à domicile ou la pharmacie de ville du patient → Réalisation de la meilleure anamnèse médicamenteuse possible</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fixe : nombre de médicaments pris en fixe à domicile</li> <li>R : nombre de médicaments pris en réserve (R) à domicile</li> </ul>	<p>SIC → Prescription → Médicaments à l'entrée</p> <p>Ou</p> <p>SIC → Documents annexés</p> <p>Ou</p> <p>Echanges avec le patient</p> <p>Ou</p> <p>Echange avec le médecin traitant, les soins à domicile ou la pharmacie de ville</p>	S J <sub>-1</sub> – J <sub>0</sub>
[B]	<p><b>Variable</b> : Chiffre de 5 à 99 pour les médicaments en fixe et chiffre de 0 à 99 pour les médicaments en réserve (R)</p> <p><b>Définition</b> : Il s'agit du nombre de médicaments qui doivent être pris par le patient à la sortie, indépendamment s'ils figurent ou non sur l'ordonnance de sortie et/ou le plan de traitement. Si un médicament est suspendu à la sortie, il n'est pas comptabilisé. La pharmacienne lève toutes les incertitudes sur la poursuite ou non des médicaments auprès du médecin en charge du patient à l'hôpital → Réalisation de la meilleure réconciliation médicamenteuse possible à la sortie</p> <p>La somme du nombre de médicaments pris en fixe et en réserve correspond au nombre théorique des médicaments pris à la sortie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fixe : nombre de médicaments pris à la sortie d'hôpital</li> <li>R : nombre de médicaments pris en réserve (R) à la sortie d'hôpital</li> </ul>	<p>SIC → Document → Ordonnance de sortie et/ou plan de traitement</p> <p>Ou</p> <p>Discussion avec le médecin en charge du patient à l'hôpital</p>	S
[1]	<p><b>Variable</b> : Chiffre de 1 à 25</p> <p><b>Définition</b> : Le n° de la ligne permet d'identifier la ligne de prescription</p>	-	NA
[2]	<p><b>Variable</b> : nom du médicament, dosage et forme galénique (texte libre)</p> <p><b>Définition</b> : médicament pris avant l'hospitalisation, en fonction de la meilleure anamnèse médicamenteuse possible (cf. item [A]). Pour des questions de lisibilité, les médicaments pris en réserve sont notifiés à l'aide d'un « R entouré ».</p>	<p>SIC → Prescription → Médicaments à l'entrée</p> <p>Ou</p> <p>SIC → Documents</p> <p>Ou</p> <p>Echanges avec le patient</p> <p>Ou</p> <p>Echange avec le médecin traitant, les soins à domicile ou la pharmacie de ville</p>	S J <sub>-1</sub> – J <sub>0</sub>

[3]	<p><b>Variable</b> : format x-x-x-x ou texte libre  <b>Définition</b> : posologie du médicament pris à domicile</p>	<p>SIC → Prescription → Médicaments à l'entrée  Ou  SIC → Documents  Ou  Echanges avec le patient  Ou  Echange avec le médecin traitant, les soins à domicile ou la pharmacie de ville</p>	S J <sub>1</sub> – J <sub>0</sub>
[4]	<p><b>Variable</b> : poursuivi (v), modifié (m), substitué (&lt;), arrêté (x) ou nouveau (nv)  <b>Définition</b> : devenir du médicament d'entrée du patient par rapport au médicament prescrit à l'hôpital.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poursuivi : le médicament est poursuivi de manière identique (même posologie, même dosage, même modalité d'administration) pendant l'hospitalisation</li> <li>▪ Modifié : le nom (original passé en générique ou inversement), le dosage, la posologie ou la modalité d'administration (y compris médicament de réserve passant en fixe) diffère</li> <li>▪ Substitué : le médicament est substitué par un médicament jugé équivalent selon la liste hospitalière de la PIJ ou selon l'appréciation de la pharmacienne</li> <li>▪ Arrêté : le médicament est arrêté ou suspendu pendant l'hospitalisation</li> <li>▪ Nouveau : un nouveau médicament (= nouvelle molécule) est introduit dans le plan de traitement du patient. Si un nouveau médicament est prescrit en fixe et en réserve, deux nouveaux médicaments sont comptabilisés (la gestion est différente s'il s'agit d'un traitement en fixe ou d'un traitement en réserve). Par ex. : <i>Tramadol cpr ret en fixe et Tramadol caps en réserve</i></li> </ul>	<p>SIC → Prescriptions</p>	S J <sub>1</sub> – J <sub>0</sub>
[5]	<p><b>Variable</b> : nom du médicament, dosage et forme galénique (texte libre)  <b>Définition</b> : médicament que le patient reçoit pendant l'hospitalisation. Les médicaments pris en réserve sont notifiés à l'aide d'un « R entouré »</p>	<p>SIC → Prescriptions</p>	S J <sub>1</sub> – J <sub>0</sub>
[6]	<p><b>Variable</b> : format x-x-x-x ou texte libre  <b>Définition</b> : posologie du médicament pris pendant l'hospitalisation</p>	<p>SIC → Prescriptions</p>	S J <sub>1</sub> – J <sub>0</sub>
[7]	<p><b>Variable</b> : poursuivi (v), modifié (m), substitué (&lt;), arrêté (x) ou nouveau (nv)  <b>Définition</b> : devenir du médicament d'entrée du patient par rapport à celui prescrit à la sortie d'hôpital.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poursuivi : le médicament est poursuivi manière identique (même posologie, même dosage, même modalité d'administration) à la sortie d'hôpital</li> <li>▪ Modifié : le nom (original passé en générique ou inversement), le dosage, la posologie ou la modalité d'administration (y compris médicament de réserve passant en fixe) du médicament est différent à la sortie d'hôpital</li> <li>▪ Substitué : le médicament est substitué par un autre médicament jugé équivalent selon la liste hospitalière de la PIJ ou selon l'appréciation de la pharmacienne</li> <li>▪ Arrêté : le médicament est arrêté à la sortie d'hôpital</li> <li>▪ Nouveau : un nouveau médicament (= nouvelle molécule) est introduit dans le plan de traitement du patient à sa sortie. Si un nouveau médicament est prescrit en fixe et en réserve, deux nouveaux médicaments sont comptabilisés (la gestion est différente s'il s'agit d'un traitement en fixe ou d'un traitement en réserve). Par ex. : <i>Tramadol cpr ret en fixe et Tramadol caps en réserve</i></li> </ul>	<p>SIC → Document → Ordonnance de sortie et/ou plan de traitement  Ou  Discussion avec le médecin en charge du patient</p>	S
[8]	<p><b>Variable</b> : nom du médicament, dosage et forme galénique (texte libre)  <b>Définition</b> : médicament que le patient a à sa sortie d'hôpital ; médicament figurant sur l'ordonnance ou non. Les médicaments pris en réserve sont notifiés à l'aide d'un « R entouré »</p>	<p>SIC → Document → Ordonnance de sortie et/ou plan de traitement  Ou  Discussion avec le médecin en charge du patient</p>	S

[9]	<p><b>Variable</b> : format : x-x-x-x ou texte libre  <b>Définition</b> : posologie du médicament à la sortie d'hôpital</p>	<p>SIC → Document → Ordonnance de sortie et/ou plan de traitement                  Ou                  Discussion avec le médecin en charge du patient</p>	S
[10]	<p><b>Variable</b> : oui, non  <b>Définition</b> : présence d'une divergence (intentionnelle ou non intentionnelle) du médicament d'entrée par rapport au médicament de sortie sur la ligne de prescription considérée, que le médicament soit prescrit ou non sur l'ordonnance de sortie et /ou le plan de traitement.</p>	<p>SIC → Document → Ordonnance de sortie et/ou plan de traitement                  Ou                  Discussion avec le médecin en charge du patient</p>	S
[11]	<p><b>Variable</b> : oui, non  <b>Définition</b> : présence d'une DI sur la ligne de prescription considérée. Sont concernés les médicaments prescrits ou non sur l'ordonnance de sortie et/ou le plan de traitement. Une DI sont les suivantes : modification, substitution, arrêt, introduction (cf. définition à l'item [4])                  Le nombre total de « oui » dans la colonne [11] indique le nombre de DI par patient.</p>	<p>SIC → Document → Ordonnance de sortie et/ou plan de traitement                  Ou                  Discussion avec le médecin en charge du patient</p>	
[12]	<p><b>Variable</b> : oui, non  <b>Définition</b> : présence d'une DNI sur la ligne de prescription considérée. Sont concernés les médicaments prescrits ou non sur l'ordonnance de sortie et/ou le plan de traitement.                  Est considéré comme erreur à la sortie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Toute prescription jugée pharmacologiquement inappropriée selon le contexte. <i>Ex : Patient sort avec Novalgine cpr en réserve alors qu'il présente une filtration glomérulaire à 17 ml/min</i></li> <li>▪ La poursuite d'un traitement jugé équivalent selon la liste hospitalière sans raison valable. <i>Ex. : Le patient entre à l'hôpital avec Rosuvastatine 20 mg et ressort avec Atorvastatine 40 mg sans justification valable du médecin</i></li> <li>▪ Le nom du médicament à la sortie ne correspond pas au nom du médicament à l'entrée (même s'il s'agit de la même DCI). <i>Ex. : Le patient entre avec Amiodar 200 mg 1x/jour et ressort avec Amiodarone cpr 200 mg 1x/jour</i></li> <li>▪ Toute prescription sur l'ordonnance de sortie sans posologie ou avec une posologie mal documentée</li> <li>▪ En cas d'arrêt d'un médicament pendant l'hospitalisation sans aucune information orale ni écrite sur ordonnance de sortie et/ou plan de traitement</li> </ul> <p>Le nombre total de « oui » dans la colonne [12] indique le nombre de DNI par patient.</p>	Pharmacienne	S
[13]	<p><b>Variable</b> : texte libre  <b>Définition</b> : description brève de l'erreur à des fins de documentation. Cela permet également de pouvoir coder l'erreur à l'aide de l'outil CLEO® (annexe 10) [48]. La codification de l'impact clinique des DNI se fait par consensus entre deux pharmaciens, dont la pharmacienne menant l'étude. Si les avis divergent, un troisième pharmacien est consulté.</p>	<p>Outil CLEO® (annexe 10) [48]                  Par consensus</p>	S
[14]	<p><b>Variable</b> : Raison de l'intervention  <b>Définition</b> : chaque intervention pharmaceutique effectuée par la pharmacienne pour corriger une DNI est documentée à l'aide du système de classification des interventions pharmaceutique de la GSASA. Seule la raison de l'intervention pharmaceutique (catégorie « Raison de l'intervention ») est documentée.</p> <p>Précisions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une catégorie supplémentaire a été créé : « Indication non traitée »</li> <li>▪ Exemple pour la définition de « Doublon » : un patient est habituellement traité par Tamsulosine 0.4 mg. Sur l'ordonnance de sortie, de l'Alfuzosine 10 mg est prescrit au lieu d'avoir repris le médicament habituel du patient.</li> </ul>	<p>Fichier de documentation des interventions pharmaceutiques de la GSASA [50]</p>	S

[15] **Variable** : cocher la case ou la laisser vide

**Définition** : lors de l’EMDS selon les habitudes du service et uniquement pour les DI, la pharmacienne coche les informations transmises au patient par l’équipe médico-soignante. En fonction du type de DI, les informations nécessaires à transmettre au patient diffèrent (cf. tableau ci-après) :

Type de DI	Informations nécessaires à transmettre au patient lors de l’EMDS selon les habitudes du service en cas de divergence	
<b>Médicament poursuivi</b>	Pas nécessaire, le médicament est poursuivi tel quel	
<b>Médicament modifié</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Motif du changement <input checked="" type="checkbox"/> Posologie <input checked="" type="checkbox"/> Effets indésirables	<input checked="" type="checkbox"/> Indication <input checked="" type="checkbox"/> Modalités de prise
<b>Médicament substitué</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Motif du changement <input checked="" type="checkbox"/> Posologie <input checked="" type="checkbox"/> Effets indésirables	<input checked="" type="checkbox"/> Indication <input checked="" type="checkbox"/> Modalités de prise
<b>Médicament arrêté</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Motif du changement <input type="checkbox"/> Posologie <input type="checkbox"/> Effets indésirables	<input checked="" type="checkbox"/> Indication <input type="checkbox"/> Modalités de prise
<b>Médicament nouvellement prescrit</b>	<input type="checkbox"/> Motif du changement <input checked="" type="checkbox"/> Posologie <input checked="" type="checkbox"/> Effets indésirables	<input checked="" type="checkbox"/> Indication <input checked="" type="checkbox"/> Modalités de prise

Définitions des informations à transmettre au patient :

- Motif du changement : la personne menant l’EMDS explique la raison pour laquelle le changement a été fait
- Indication : la personne menant l’EMDS explique dans un langage adapté au patient à quoi sert le médicament
- Posologie : la personne menant l’EMDS explique au patient quelle est la posologie du médicament ce qui implique le nombre de comprimés par prise et par jour, ainsi que la durée de la thérapie si elle a une date de fin
- Modalités de prise : la personne menant l’EMDS explique au patient comment prendre le médicament
- Effets indésirables : la personne menant l’EMDS explique au patient les effets indésirables principaux à surveiller par le patient à son retour à domicile

Exemples :

- *Un patient est entré à l’hôpital avec Xarelto 20 mg et ressort de l’hôpital avec une prescription de Xarelto 15 mg (adaptation du dosage à la fonction rénale). Il s’agit d’une modification de médicament (le dosage a changé). Les informations que le patient devrait recevoir lors de l’EMDS sont les suivantes : motif du changement, indication, posologie, modalités de prise et effets indésirables (cf. tableau ci-dessus). Lors de l’EMDS, le médecin explique au patient que le dosage est passé de 20 mg à 15 mg. La pharmacienne coche alors uniquement la case « posologie ». Les autres informations sont jugées manquantes.*
- *Un patient est entré à l’hôpital avec Aspirine cardio 100 mg. Ce médicament est arrêté pendant l’hospitalisation et non repris à la sortie d’hôpital, car il était prescrit en prévention primaire. Les informations que le patient devrait recevoir lors de l’EMDS sont les suivantes : motif du changement et indication (cf. tableau ci-dessus). Lors de l’EMDS, le médecin n’explique rien au patient concernant l’arrêt de ce médicament. La pharmacienne ne coche alors aucune case et les deux informations nécessaires sont jugées manquantes.*

EMDS selon les habitudes de sortie

S

## 7.9 Annexe 9 : Items, variables, définitions, sources et moment de récolte des données du FO-04

N.B : Légende : S = moment de sortie

Items	Variables et définitions	Sources	Moment de récolte
<b>A) Caractéristiques du patient</b>			
[1] Historique des appels	<b>Variable</b> : date et heure, JJ.MM.AAA, HH : HH <b>Définition</b> : l'historique des appels pour l'entretien téléphonique entre J <sub>4</sub> – J <sub>10</sub> après la sortie est documenté aux points 1), 2) et 3) Après 5 appels infructueux, le patient est considéré comme étant injoignable. Les items A) [2]-[6] et B) [1]-[10] ne sont pas évalués. Le deuxième entretien téléphonique sera tout de même tenté entre J <sub>30</sub> et J <sub>40</sub> après la sortie.	1 <sup>er</sup> entretien téléphonique avec le patient	S + J <sub>4</sub> – J <sub>10</sub>
[2] Jours depuis sortie d'hôpital	<b>Variable</b> : nombre de jours <b>Définition</b> : nombre de jours entre la date de sortie et le jour de l'entretien téléphonique.	1 <sup>er</sup> entretien téléphonique avec le patient	S + J <sub>4</sub> – J <sub>10</sub>
[3] Avez-vous bénéficié de service de soins à domicile à votre retour à domicile ?	<b>Variable</b> : non, oui <b>Définition</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Non : le patient n'a pas bénéficié d'un service de soins à domicile à son retour à domicile</li> <li>▪ Oui : le patient a bénéficié d'un service de soins à domicile à son retour à domicile</li> </ul>	1 <sup>er</sup> entretien téléphonique avec le patient	S + J <sub>4</sub> – J <sub>10</sub>
[4] Possédez-vous un semainier à domicile ?	<b>Variable</b> : non, oui <b>Définition</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Non : le patient ne possède pas de semainier à domicile</li> <li>▪ Oui : le patient possède un semainier à domicile</li> </ul>	1 <sup>er</sup> entretien téléphonique avec le patient	S + J <sub>4</sub> – J <sub>10</sub>
[5] Préparez-vous votre semainier vous-même ?	<b>Variable</b> : non, non applicable, oui <b>Définition</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Non : le patient ne prépare pas son semainier lui-même</li> <li>▪ Oui : le patient prépare son semainier lui-même</li> <li>▪ Non applicable : le patient ne possède pas de semainier</li> </ul>	1 <sup>er</sup> entretien téléphonique avec le patient	S + J <sub>4</sub> – J <sub>10</sub>
[6] Si non, qui prépare le semainier ?	<b>Variable</b> : pharmacie, soins à domicile, proche, non applicable <b>Définition</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pharmacie : la pharmacie prépare le semainier pour le patient</li> <li>▪ Soins à domicile : les soins à domicile préparent un semainier pour le patient</li> <li>▪ Proche : un proche du patient prépare le semainier pour le patient</li> <li>▪ Non applicable : le patient n'a pas de semainier à domicile</li> </ul>	1 <sup>er</sup> entretien téléphonique avec le patient	S + J <sub>4</sub> – J <sub>10</sub>
<b>B) Etat des lieux et évaluation de la satisfaction du patient à la sortie d'hôpital</b>			
[1] Des changements de médicaments ont-ils été effectués au cours de votre séjour à l'hôpital ?	<b>Variable</b> : non, oui <b>Définition</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Non : le patient mentionne qu'il n'y a pas eu des changements dans sa médication à la sortie → passer à l'item B [6]</li> <li>▪ Oui : le patient mentionne qu'il y a eu des changements dans sa médication à la sortie</li> </ul>	1 <sup>er</sup> entretien téléphonique avec le patient	S + J <sub>4</sub> – J <sub>10</sub>

<b>[2] A la sortie, est-ce que ces changements vous ont été expliqués ?</b>	<b>Variable</b> : 1, 2, 3, 4, 5 <b>Définition</b> : appréciation sur une échelle de 1 à 5 par le patient. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oui tout-à-fait = 5</li> <li>▪ Plutôt oui = 4</li> <li>▪ En partie = 3</li> <li>▪ Plutôt non = 2</li> <li>▪ Non, pas du tout = 1</li> </ul>	1 <sup>er</sup> entretien téléphonique avec le patient	S + J <sub>4</sub> – J <sub>10</sub>
<b>[3] Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible à quoi servent les nouveaux médicaments prescrits à votre sortie ?</b>	<b>Variable</b> : 1, 2, 3, 4, 5 <b>Définition</b> : appréciation sur une échelle de 1 à 5 par le patient. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oui tout-à-fait = 5</li> <li>▪ Plutôt oui = 4</li> <li>▪ En partie = 3</li> <li>▪ Plutôt non = 2</li> <li>▪ Non, pas du tout = 1</li> </ul>	1 <sup>er</sup> entretien téléphonique avec le patient	S + J <sub>4</sub> – J <sub>10</sub>
<b>[4] Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible les possibles effets secondaires des nouveaux médicaments prescrits à votre sortie ?</b>	<b>Variable</b> : 1, 2, 3, 4, 5 <b>Définition</b> : appréciation sur une échelle de 1 à 5 par le patient. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oui tout-à-fait = 5</li> <li>▪ Plutôt oui = 4</li> <li>▪ En partie = 3</li> <li>▪ Plutôt non = 2</li> <li>▪ Non, pas du tout = 1</li> </ul>	1 <sup>er</sup> entretien téléphonique avec le patient	S + J <sub>4</sub> – J <sub>10</sub>
<b>[5] Vous a-t-on expliqué de manière compréhensible les modalités de prise des nouveaux médicaments prescrits à votre sortie ?</b>	<b>Variable</b> : 1, 2, 3, 4, 5 <b>Définition</b> : appréciation sur une échelle de 1 à 5 par le patient. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oui tout-à-fait = 5</li> <li>▪ Plutôt oui = 4</li> <li>▪ En partie = 3</li> <li>▪ Plutôt non = 2</li> <li>▪ Non, pas du tout = 1</li> </ul>	1 <sup>er</sup> entretien téléphonique avec le patient	S + J <sub>4</sub> – J <sub>10</sub>
<b>[6] Avez-vous rencontré des problèmes à votre pharmacie pour obtenir les médicaments suite à votre sortie ?</b>	<b>Variable</b> : non, oui, je ne me suis pas rendu en pharmacie <b>Définition</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Non : le patient s'est rendu en pharmacie à la suite de sa sortie pour aller chercher les médicaments prescrits et n'a rencontré de difficultés (que ce soit un problème d'approvisionnement, des questions du pharmacien, un délai d'attente)</li> <li>▪ Oui : le patient s'est rendu en pharmacie à la suite de sa sortie pour aller chercher les médicaments prescrits et a rencontré des difficultés (que ce soit un problème d'approvisionnement, des questions du pharmacien, un délai d'attente). Dans ce cas, la pharmacienne relève brièvement le problème rencontré.</li> <li>▪ Je ne me suis pas rendu en pharmacie : le patient ne s'est pas rendu en pharmacie à la suite de sa sortie pour aller chercher les médicaments prescrits</li> </ul>	1 <sup>er</sup> entretien téléphonique avec le patient	S + J <sub>4</sub> – J <sub>10</sub>

<p><b>[7] Avez-vous rencontré des problèmes en lien avec la prise de vos médicaments une fois de retour chez vous ?</b></p>	<p><b>Variable :</b> non, oui, je ne me suis pas rendu en pharmacie</p> <p><b>Définition :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Non : le patient s'est rendu en pharmacie à la suite de sa sortie pour aller chercher les médicaments prescrits et n'a rencontré de difficultés (que ce soit un problème d'approvisionnement, des questions du pharmacien, un délai d'attente)</li> <li>▪ Oui : le patient s'est rendu en pharmacie à la suite de sa sortie pour aller chercher les médicaments prescrits et a rencontré des difficultés (que ce soit un problème d'approvisionnement, des questions du pharmacien, un délai d'attente). Dans ce cas, LG relève brièvement le problème rencontré.</li> <li>▪ Je ne me suis pas rendu en pharmacie : le patient ne s'est pas rendu en pharmacie à la suite de sa sortie pour aller chercher les médicaments prescrits</li> </ul>	<p>1<sup>er</sup> entretien téléphonique avec le patient</p>	<p>S + J<sub>4</sub> – J<sub>10</sub></p>
<p><b>[8] Quel est votre degré de satisfaction concernant les explications reçues à votre sortie d'hôpital en lien avec la prise de vos médicaments :</b></p>	<p><b>Variable :</b> 1, 2, 3, 4, 5</p> <p><b>Définition :</b> appréciation sur une échelle de 1 à 5 par le patient.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Très satisfait = 5</li> <li>▪ Plutôt satisfait = 4</li> <li>▪ Ni satisfait, ni insatisfait = 3</li> <li>▪ Plutôt insatisfait = 2</li> <li>▪ Très insatisfait = 1</li> </ul>	<p>1<sup>er</sup> entretien téléphonique avec le patient</p>	<p>S + J<sub>4</sub> – J<sub>10</sub></p>
<p><b>[9] Globalement, d'un point de vue médicamenteux, comment était l'organisation de votre sortie d'hôpital ?</b></p>	<p><b>Variable :</b> 1, 2, 3, 4, 5</p> <p><b>Définition :</b> appréciation sur une échelle de 1 à 5 par le patient.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Très satisfait = 5</li> <li>▪ Plutôt satisfait = 4</li> <li>▪ Ni satisfait, ni insatisfait = 3</li> <li>▪ Plutôt insatisfait = 2</li> <li>▪ Très insatisfait = 1</li> </ul>	<p>1<sup>er</sup> entretien téléphonique avec le patient</p>	<p>S + J<sub>4</sub> – J<sub>10</sub></p>
<p><b>[10] D'un point de vue médicamenteux, avez-vous des remarques concernant votre sortie d'hôpital ?</b></p>	<p><b>Variable :</b> texte libre</p> <p><b>Définition :</b> LG prend note de toutes remarques du patient par rapport à sa sortie d'hôpital</p>	<p>1<sup>er</sup> entretien téléphonique avec le patient</p>	<p>S + J<sub>4</sub> – J<sub>10</sub></p>

## C) Evaluation des réhospitalisations à 30 jours

<b>[1] Historique des appels</b>	<b>Variable</b> : date et heure, JJ.MM.AAA, HH : HH <b>Définition</b> : l'historique des appels pour l'entretien téléphonique entre J <sub>30</sub> – J <sub>40</sub> après la sortie est documenté aux points 1), 2) et 3). Après 5 appels infructueux, le patient est considéré comme étant injoignable. Les items C) [2]-[5] ne sont pas évalués.	2 <sup>ème</sup> entretien téléphonique avec le patient	S + J <sub>30</sub> – J <sub>40</sub>
<b>[2] Jours depuis sortie d'hôpital</b>	<b>Variable</b> : nombre de jours <b>Définition</b> : nombre de jours entre la date de sortie et le jour de l'entretien téléphonique	2 <sup>ème</sup> entretien téléphonique avec le patient	S + J <sub>30</sub> – J <sub>40</sub>
<b>[3] Avez-vous consulté un service d'urgence ou médecin depuis votre dernière hospitalisation ?</b>	<b>Variable</b> : non, oui <b>Définition</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Non : le patient n'a pas consulté un service des urgences ou un médecin en urgence depuis le jour de sa sortie d'hôpital</li> <li>▪ Oui : le patient a consulté un service des urgences ou un médecin en urgence depuis le jour de sa sortie d'hôpital</li> </ul>	2 <sup>ème</sup> entretien téléphonique avec le patient	S + J <sub>30</sub> – J <sub>40</sub>
<b>[4] Avez-vous été hospitalisé depuis votre dernière hospitalisation ? (Min. 1 nuit à l'hôpital)</b>	<b>Variable</b> : non, oui <b>Définition</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Non : le patient n'a pas été hospitalisé (min. 1 nuit à l'hôpital) depuis le jour de sa sortie</li> <li>▪ Oui : le patient a été hospitalisé (min. 1 nuit à l'hôpital) depuis le jour de sa sortie</li> </ul>	2 <sup>ème</sup> entretien téléphonique avec le patient	S + J <sub>30</sub> – J <sub>40</sub>
<b>[5] Quelle était le motif d'hospitalisation/consultation ?</b>	<b>Variable</b> : texte libre <b>Définition</b> : la pharmacienne documente le motif d'hospitalisation selon les informations fournies par le patient.	2 <sup>ème</sup> entretien téléphonique avec le patient	S + J <sub>30</sub> – J <sub>40</sub>

## 7.10 Annexe 10 : Items, variables, définitions, sources et moment de récolte des données concernant la documentation des médicaments et des changements médicamenteux

Légende : S = sortie

Item	Variables et définitions	Source	Moment de récolte
Document récent dans le SIC	<p><b>Variable</b> : non, oui</p> <p><b>Définition</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Non : aucun document récent (datant de maximum 30 jours) et qui contient la liste des médicaments que prend le patient habituellement n'est annexé dans le dossier médical informatisé (SIC)</li> <li>Oui : un document récent (datant de maximum 30 jours) et qui contient la liste des médicaments que prend le patient est annexé dans le SIC. Ce document peut être du médecin traitant, des soins à domicile, de l'EMS. La consultation pré-anesthésie (CPA) pour les cas de chirurgie ou les rapports oncologiques sont également pris en compte.</li> </ul>	SIC → Documents	S
Renseignement des médicaments habituels du patient dans le dossier médical informatisé	<p><b>Variable</b> : complet, incomplet, pas de renseignement des médicaments habituels du patient</p> <p><b>Définition</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Complet : la liste des traitements référencés à l'admission comprend la posologie et le dosage pour chaque médicament. En revanche, cela ne signifie pas que la liste est correcte et correspond bien avec ce que le patient prend habituellement comme médicaments.</li> <li>Incomplet : des médicaments sont listés, mais la liste est incomplète (le dosage et/ou la posologie manque(nt) pour un médicament ou plus)</li> <li>Pas de renseignement des médicaments habituels du patient : aucun médicament n'est référencé dans le SIC dans l'onglet « Admission », « Médicaments à l'entrée »</li> </ul> <p>Dans le cas où aucun médicament n'est référencé et que le patient ne prend effectivement aucun médicament habituellement, les renseignements sont jugés « complets ».</p>	SIC → Médicaments à l'entrée	S
Documentation des changements de médicaments dans le dossier médical informatisé	<p><b>Variable</b> : complet, incomplet, aucune documentation</p> <p><b>Définition</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Complet : tous les changements médicamenteux durant le séjour incluant la raison du changement, la dose et la posologie sont mentionnés</li> <li>Incomplet : les changements médicamenteux ne sont pas tous renseignés ou des informations sont manquantes (raison du changement, dose et/ou posologie)</li> <li>Aucune documentation : aucun changement médicamenteux est documenté</li> </ul>	SIC → Problèmes et notes	S

## 7.11 Annexe 11 : Outil de pharmacie clinique CLEO®

**EVALUATION DES IMPACTS D'UNE INTERVENTION PHARMACEUTIQUE  
PAR L'ECHELLE CLEO v3**

## 1. IMPACT CLINIQUE (CL)

Score	Impact	Définition: L'impact clinique est évalué selon le scénario prévu le plus probable et non pas le pire/meilleur scénario
-1C	Nuisible	L'IP peut conduire à des résultats défavorables concernant l'état clinique, la connaissance, la satisfaction, l'adhésion médicamenteuse et/ou la qualité de vie du patient.
0C	Nul	L'IP n'a pas d'influence sur le patient concernant l'état clinique, la connaissance, la satisfaction, l'adhésion médicamenteuse et/ou la qualité de vie du patient.
1C	Mineur	L'IP peut améliorer la connaissance, la satisfaction, l'adhésion médicamenteuse, et/ou la qualité de vie OU l'IP peut empêcher un dommage qui ne requiert pas de surveillance/traitement
2C	Moyen	L'IP peut empêcher un dommage qui requiert une surveillance accrue ou un traitement, mais n'entraîne pas ou n'allonge pas un séjour hospitalier du patient.
3C	Majeur	L'IP peut empêcher un dommage qui entraîne ou allonge un séjour hospitalier OU entraîne une incapacité permanente ou un handicap.
4C	Vital	L'IP peut empêcher un accident qui entraîne potentiellement un soin intensif ou le décès du patient.
ND	Non-déterminé	Les informations disponibles ne permettent pas de déterminer l'impact clinique.

- ✚ L'impact clinique est évalué du point de vue **clinique chez le patient**.
- ✚ **Dommage:** dommage corporel - altération des *capacités physiques et psychiques* survenant au décours d'un accident ou d'une maladie.
- ✚ **Qualité de vie:** fonction *physique* (autonomie, capacités physiques, capacités à réaliser les tâches de la vie quotidienne...), *psychologique* (anxiété, dépression, émotivité...), *sociale* (rapport à l'environnement familial, amical ou professionnel, engagement dans des relations personnelles, participation aux activités sociales et de loisirs...) et *somatique* (symptômes liés à la maladie).
- ✚ **Surveillance:** *Suivi clinique (physiologique ou psychologique), biologique* pertinent.
- ✚ **Traitement:** *Changement de thérapie ou ajout d'un traitement médical/chirurgical supplémentaire.*

## 7.12 Annexe 12 : Résultats du questionnaire FO-01

B) [2] Le jour de la sortie d'hôpital, un entretien de sortie au sujet des médicaments est réalisé avec le patient

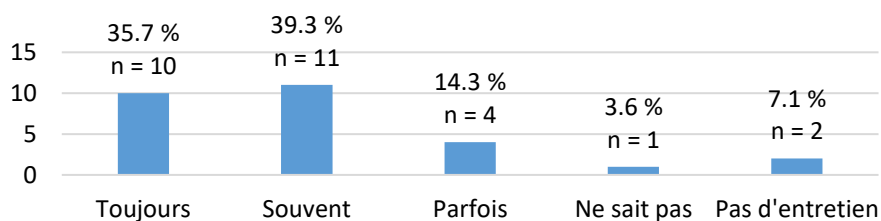


Figure 17 : Distribution des réponses à la question B) [2]

B) [3] Lors de cet entretien de sortie, les indications des médicaments sont expliquées au patient

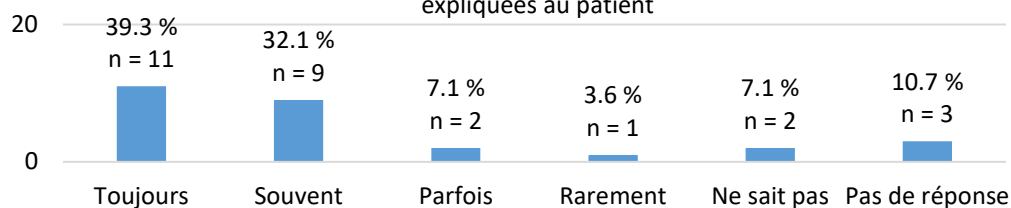


Figure 18 : Distribution des réponses à la question B) [3]

B) [4] Lors de cet entretien de sortie, les modalités de prise des médicaments sont expliquées au patient.

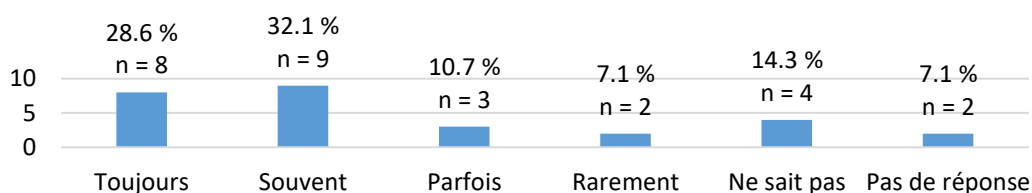


Figure 19 : Distribution des réponses à la question B) [4]

B) [5] Lors de cet entretien de sortie, les potentiels effets indésirables sont expliqués au patient

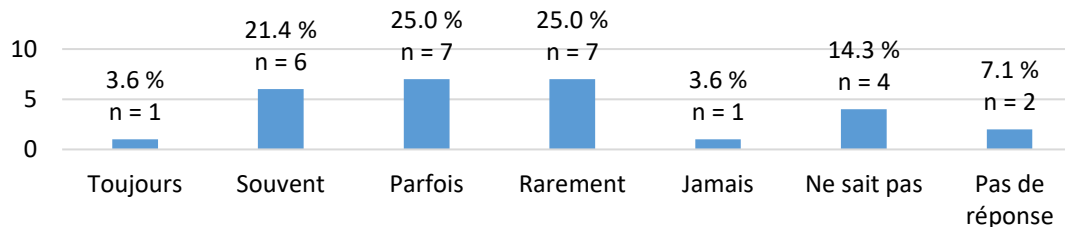
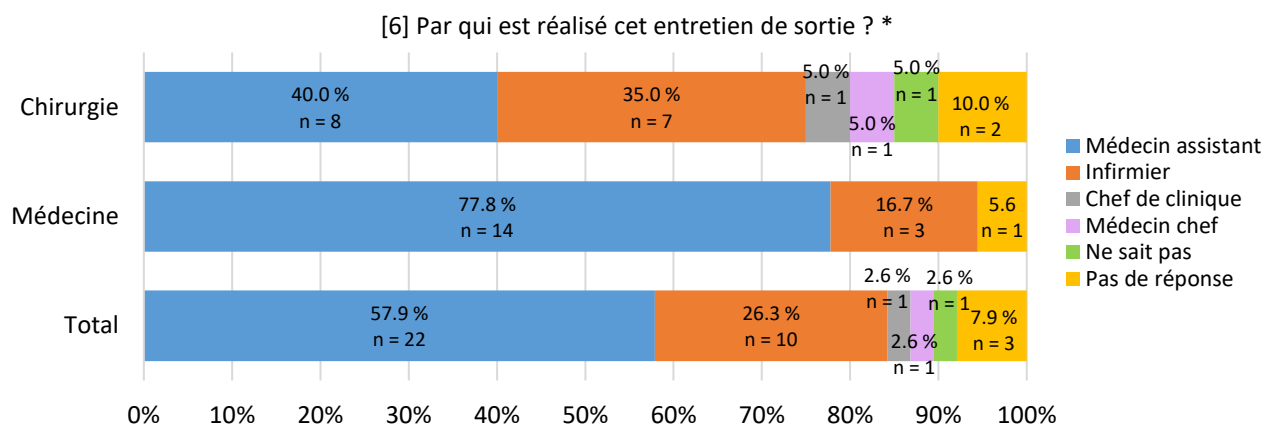
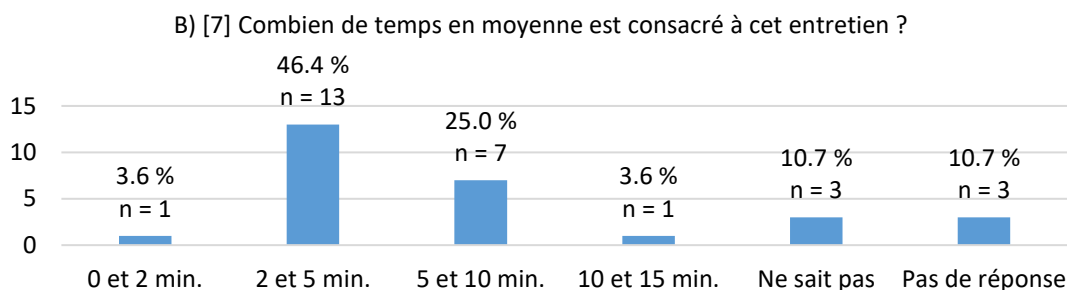


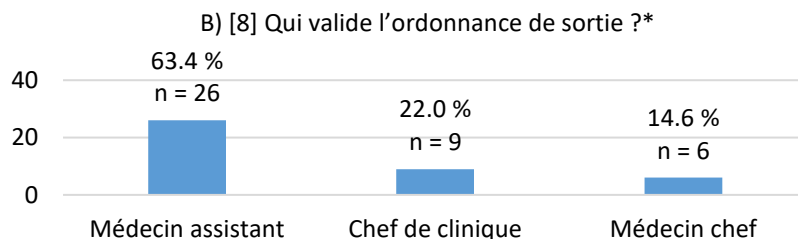
Figure 20 : Distribution des réponses à la question B) [5]



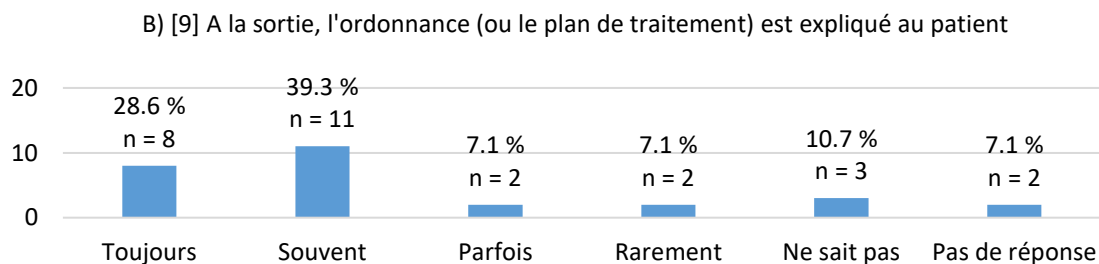
**Figure 21 :** Distribution des réponses à la question B) [6]  
 \* Plusieurs réponses possibles, résultats sur un total de 38 réponses



**Figure 22 :** Distribution des réponses à la question B) [7]



**Figure 23 :** Distribution des réponses à la question B) [8]  
 \* Plusieurs réponses possibles, résultats sur un total de 41 réponses.



**Figure 24 :** Distribution des réponses à la question B) [9]

B) [10] Par qui est expliquée l'ordonnance de sortie (ou le plan de médication) le plus fréquemment ?

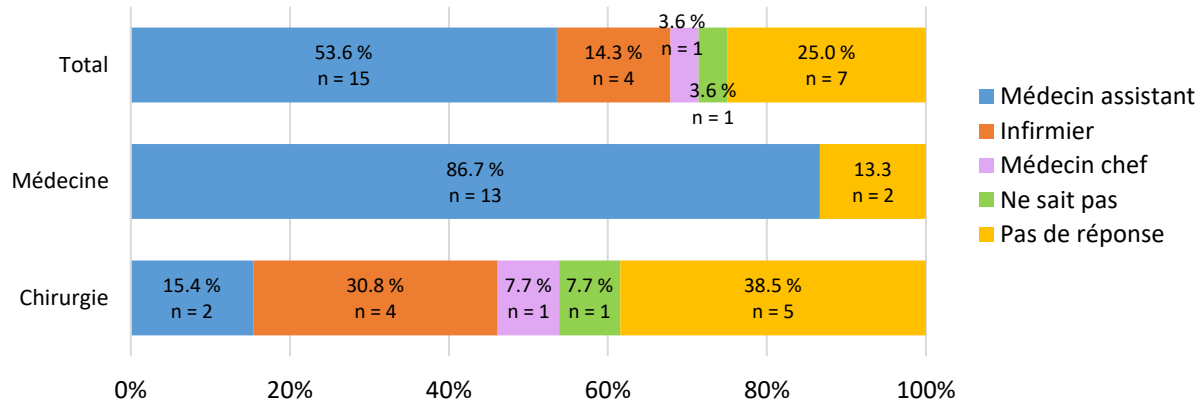


Figure 25 : Distribution des réponses à la question B) [10]

B) [11] A la sortie, une ordonnance de sortie et un plan de traitement sont remis au patient.

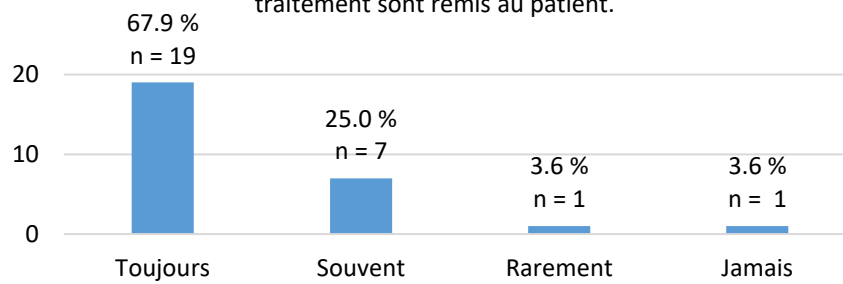


Figure 26 : Distribution des réponses à la question B) [11]

B) [12] Par qui les ordonnances de sortie et le plan de traitement sont-ils transmis au patient le plus fréquemment ?

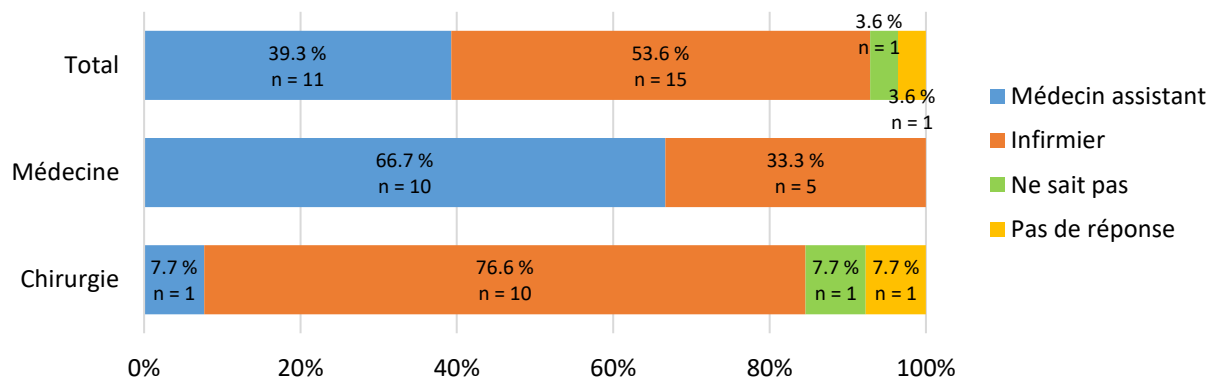


Figure 27 : Distribution des réponses à la question B) [12]

B) [13] L'ordonnance de sortie et le plan de traitement sont transmis au médecin traitant le jour-même de la sortie du patient

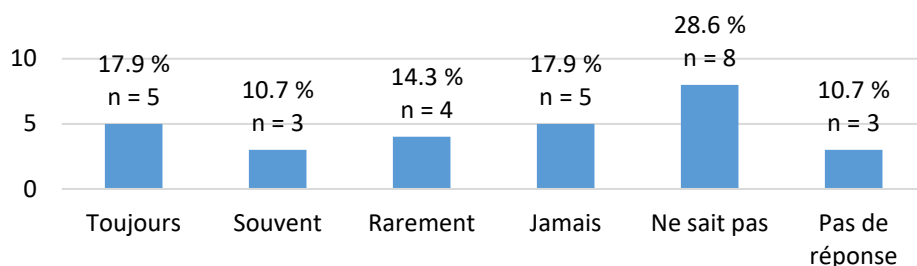


Figure 28 : Distribution des réponses à la question B) [13]

B) [14] L'ordonnance/le plan de traitement est transmis aux autres prestataires de soins (pharmacie, EMS, soins à domicile, etc.) le jour-même de la sortie du patient.

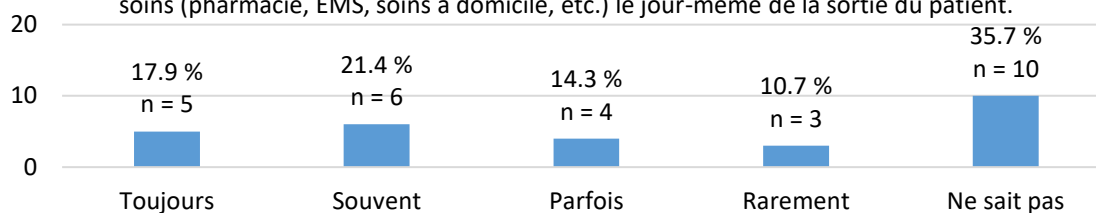


Figure 29 : Distribution des réponses à la question B) [14]

B) [15] De quelle manière l'ordonnance de sortie et le plan de traitement sont-ils transmis préférentiellement ?

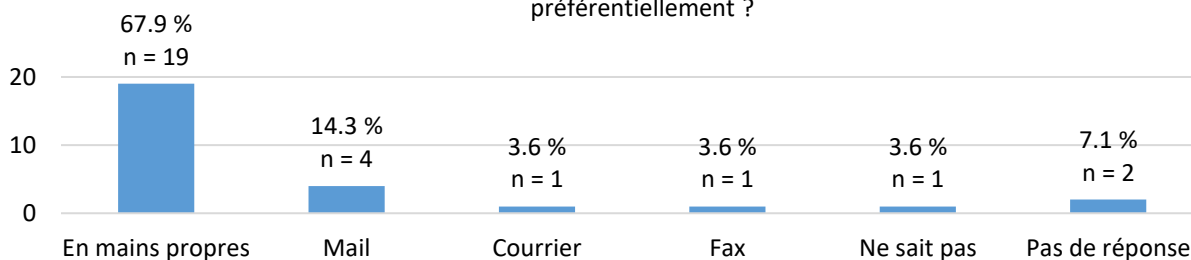


Figure 30 : Distribution des réponses à la question B) [15]

B) [16] L'approvisionnement en médicaments est assuré lors de la sortie du patient.

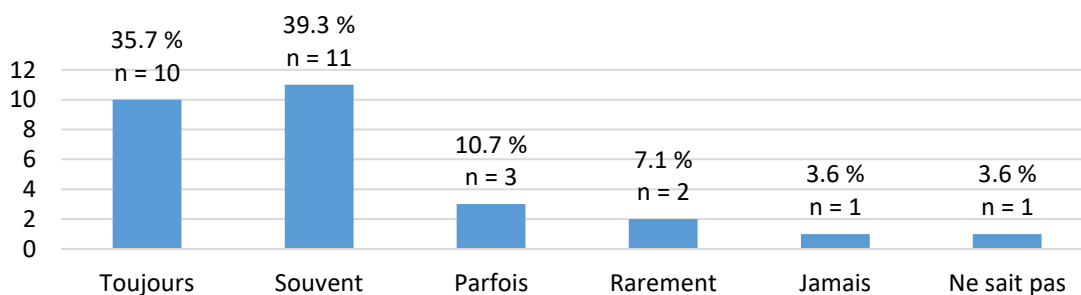
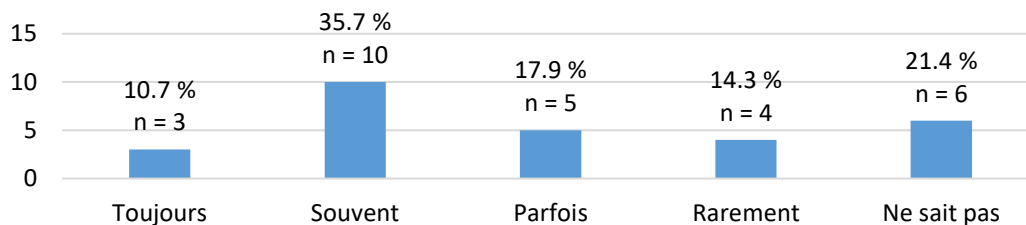


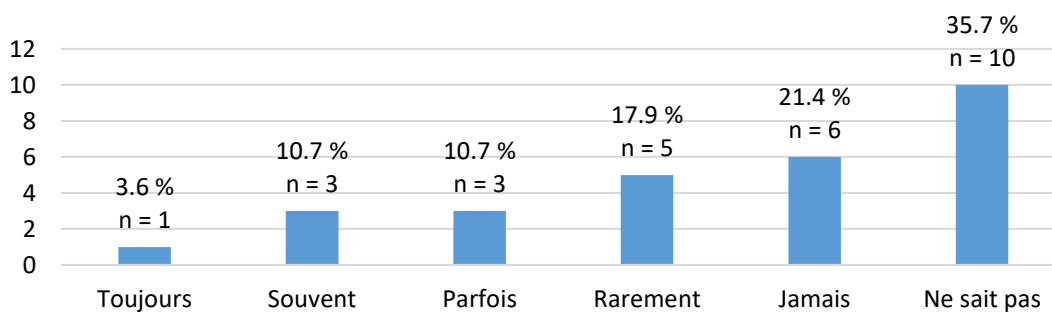
Figure 31 : Distribution des réponses à la question B) [16]

B) [17] La personne de confiance désignée par le patient est sollicitée à l'entretien de sortie si le patient n'est pas en mesure de comprendre les informations relatives à sa médication.



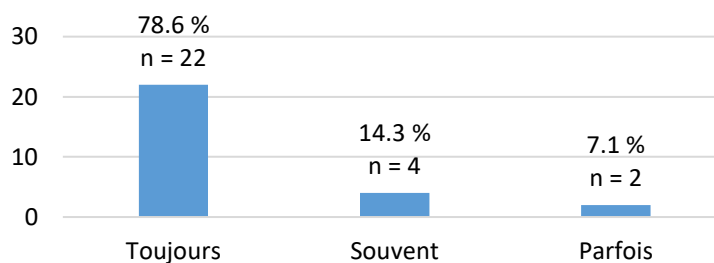
**Figure 32** : Distribution des réponses à la question B) [17]

B) [18] Le patient reçoit les coordonnées d'une personne de référence de l'hôpital à qui il peut s'adresser en cas de problème en lien avec sa médication



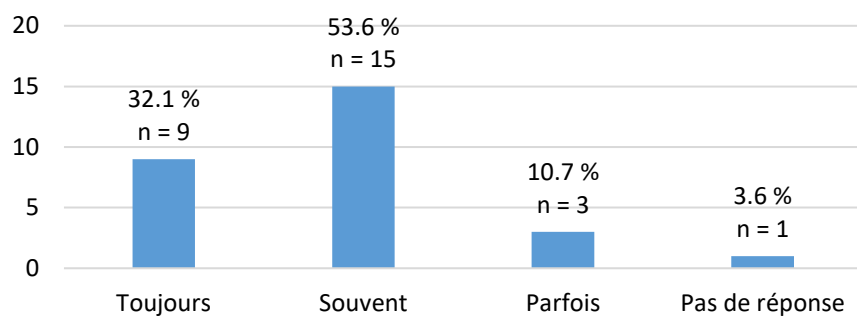
**Figure 33** : Distribution des réponses à la question B) [18]

B) [19] Le patient a la possibilité de poser des questions au sujet de sa médication lors de l'entretien de sortie.



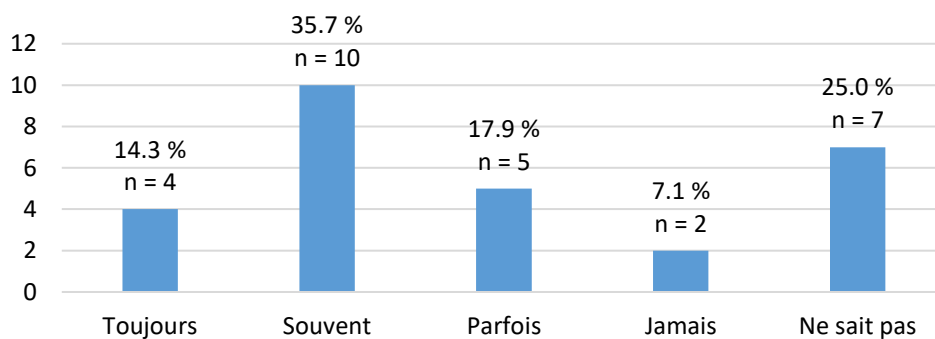
**Figure 34** : Distribution des réponses à la question B) [19]

B) 20 Les changements de médication au cours du séjour hospitalier sont tous renseignés dans le dossier médical.



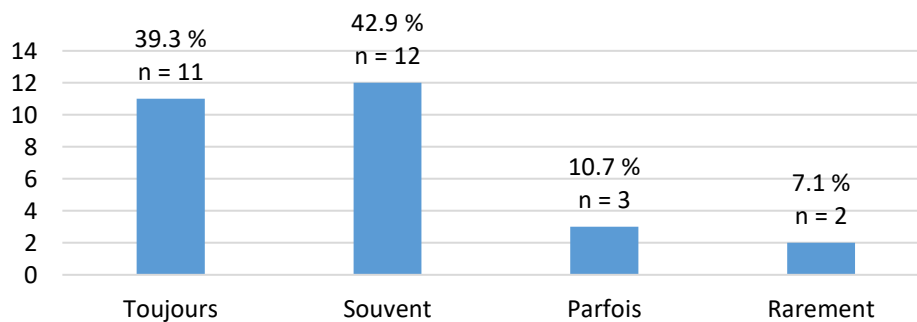
**Figure 35** : Distribution des réponses à la question B) [20]

B) [21] A la sortie du patient, les changements de médication sont transmis aux autres prestataires de soins (pharmacie, EMS, soins à domicile, etc.).



**Figure 36** : Distribution des réponses à la question B) [21]

B) [22] A la sortie du patient, les changements de médication lui sont tous expliqués.



**Figure 37** : Distribution des réponses à la question B) [21]

## 7.13 Annexe 13 : Résultats complémentaires

Tableau 23 : Code ATC des médicaments impliqués dans les DI

Première lettre du code ATC	Médecine	Chirurgie	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
<b>A</b> Appareil digestif et métabolisme	44 (22.9)	18 (20.9)	62 (22.3)
<b>B</b> Sang et organes hématopoïétiques	21 (10.9)	15 (17.4)	36 (12.9)
<b>C</b> Système cardio-vasculaire	38 (19.8)	4 (4.7)	42 (15.1)
<b>D</b> Dermatologie	4 (2.1)	0 (0.0)	4 (1.4)
<b>G</b> Système urogénital et hormone sexuelles	0 (0.0)	1 (1.2)	1 (0.4)
<b>H</b> Hormones systémiques, sauf hormones sexuelles et insuline	2 (1.0)	1 (1.2)	3 (1.1)
<b>J</b> Antiinfectieux à usage systémique	12 (6.3)	5 (5.8)	17 (6.1)
<b>L</b> Antinéoplasiques et immunomodulateurs	1 (0.5)	1 (1.2)	2 (0.7)
<b>M</b> Appareil locomoteur	27 (14.1)	33 (38.4)	60 (21.6)
<b>N</b> Système nerveux central	33 (17.2)	8 (9.3)	41 (14.7)
<b>R</b> Système respiratoire	9 (4.7)	0 (0.0)	9 (3.2)
<b>V</b> Divers	1 (0.5)	0 (0.0)	1 (0.4)
<b>Total</b>	192 (100.0)	86 (100.0)	278 (100.0)

Tableau 24 : Explications données lors des EMDS selon les habitudes du service, par service

Variables	Médecine				Chirurgie			
	Oui n (%)	Non n (%)	NE* n (%)	Total Médecine n (%)	Oui n (%)	Non n (%)	NE* n (%)	Total Chirurgie n (%)
Nouveau médicament								
<i>Indication</i>	55 (61.8)	29 (32.6)	5 (5.6)	89 (100.0)	48 (70.6)	16 (23.5)	4 (5.9)	68 (100.0)
<i>Posologie</i>	31 (34.8)	53 (59.6)	5 (5.6)	89 (100.0)	41 (60.3)	23 (33.8)	4 (5.9)	68 (100.0)
<i>Modalité de prise</i>	8 (9.0)	76 (85.4)	5 (5.6)	89 (100.0)	20 (29.4)	44 (64.7)	4 (5.9)	68 (100.0)
<i>Effets indésirables</i>	6 (6.7)	78 (87.6)	5 (5.6)	89 (100.0)	5 (7.4)	59 (86.8)	4 (5.9)	68 (100.0)
Modification d'un médicament								
<i>Motif de changement</i>	7 (14.9)	40 (85.1)	0 (0.0)	47 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (100.0)
<i>Indication</i>	16 (34.0)	31 (66.0)	0 (0.0)	47 (100.0)	3 (75.0)	3 (75.0)	0 (0.0)	4 (100.0)
<i>Posologie</i>	17 (36.2)	30 (63.8)	0 (0.0)	47 (100.0)	3 (75.0)	3 (75.0)	0 (0.0)	4 (100.0)
<i>Modalités</i>	1 (2.1)	46 (97.9)	0 (0.0)	47 (100.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	4 (100.0)
<i>Effets indésirables</i>	3 (6.4)	44 (93.6)	0 (0.0)	47 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (100.0)
Arrêt d'un médicament								
<i>Motif de changement</i>	10 (19.2)	40 (76.9)	2 (3.8)	52 (100.0)	7 (58.3)	4 (33.3)	1 (8.3)	12 (100.0)
<i>Indication</i>	9 (17.3)	41 (78.8)	2 (3.8)	52 (100.0)	5 (41.7)	6 (50.0)	1 (8.3)	12 (100.0)
Substitution d'un médicament								
<i>Motif de changement</i>	4 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (100.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	2 (100.0)
<i>Indication</i>	4 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (100.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)
<i>Posologie</i>	2 (50.0)	2 (50.0)	0 (0.0)	4 (100.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)
<i>Modalités</i>	0 (0.0)	4 (100.0)	0 (0.0)	4 (100.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	2 (100.0)
<i>Effets indésirables</i>	0 (0.0)	4 (100.0)	0 (0.0)	4 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)

\*NE = non évaluable, car pour 2 patients, il y a eu 2 entretiens à la sortie (1 fois par le médecin et 1 fois par l'infirmier) et la pharmacienne n'a pu assister qu'à l'un des deux. Pour ces deux patients, il y a eu 9 nouveaux médicaments introduits et 3 médicaments arrêtés.

**Tableau 25** : Codes ATC des médicaments impliqués dans les DNI

<b>Première lettre du code ATC</b>	<b>Médecine</b> n (%)	<b>Chirurgie</b> n (%)	<b>Total</b> n (%)
<b>A Appareil digestif et métabolisme</b>	18 (28.6)	11 (33.3)	29 (30.2)
<b>B Sang et organes hématopoïétiques</b>	1 (1.6)	1 (3.0)	2 (2.1)
<b>C Système cardio-vasculaire</b>	14 (22.2)	7 (21.2)	21 (21.9)
<b>D Dermatologie</b>	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
<b>G Système urogénital et hormone sexuelles</b>	3 (4.8)	2 (6.1)	5 (5.2)
<b>H Hormones systémiques, sauf hormones sexuelles et insuline</b>	2 (3.2)	1 (3.0)	3 (3.1)
<b>J Antiinfectieux à usage systémique</b>	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
<b>L Antinéoplasiques et immunomodulateurs</b>	1 (1.6)	0 (0.0)	1 (1.0)
<b>M Appareil locomoteur</b>	3 (4.8)	4 (12.1)	7 (7.3)
<b>N Système nerveux central</b>	16 (25.4)	7 (21.2)	23 (24.0)
<b>R Système respiratoire</b>	4 (6.3)	0 (0.0)	4 (4.2)
<b>V Divers</b>	1 (1.6)	0 (0.0)	1 (1.0)
<b>Total</b>	<b>63 (100.0)</b>	<b>33 (100.0)</b>	<b>96 (100.0)</b>

**Tableau 26** : Description des DNI pour lesquelles l'impact de l'intervention pharmaceutique était jugé majeur

DCI	Description des DNI pour lesquelles l'impact de l'intervention pharmaceutique était jugé majeure
<b>Tramadol</b>	<p>Durant l'hospitalisation, le patient recevait de la Morphine 2 mg en systématique 5 fois par jour pour des douleurs liées à une chute. En réserve, il recevait jusqu'à 3 doses à 2 mg par jour. Ce qui représentait une dose journalière de 16 mg.</p> <p>A la sortie, du Tramadol comprimés retard 100 mg matin et soir est prescrit en plus de capsules à 50 mg en réserve, à prendre jusqu'à 4 fois par jour.</p> <p>Si les réserves de Tramadol sont prises, la dose journalière de Tramadol est de 400 mg et la dose maximale recommandée chez le sujet âgé (= 200 mg) est ainsi dépassée.</p> <p>La dose de Tramadol équivalente à 16 mg de Morphine serait de 80 mg.</p> <p>De plus, un traitement par Levetiracetam a été introduit à l'hôpital et poursuivi à la sortie pour suspicion de crise épileptique. Le Tramadol est déconseillé chez les patients épileptiques, car il réduit le seuil épileptogène.</p>
<b>Enoxaparine</b>	<p>Le patient est admis à l'hôpital sur une chute avec fracture déplacée de la scapula droite et des côtes 3 à 8 droites. Le patient est habituellement sous traitement par Acénocoumarol pour une fibrillation auriculaire qui a été suspendu à l'admission le 7 janvier. L'INR était à 2.7. Le 11 janvier, de l'Enoxaparine 60 mg 2x/jour est initiée (poids du patient : 108 kg). L'INR était à 1.6 et l'Acénocoumarol est toujours suspendu.</p> <p>Le matin de la sortie, trois seringues d'Enoxaparine à 60 mg sont données au patient, qui doit se les injecter à domicile jusqu'au lendemain soir inclus. De plus, il lui est demandé de reprendre son Acénocoumarol à dose habituelle. Un contrôle de l'INR chez son médecin traitant 2 jours plus tard est recommandé.</p> <p>Il ne reçoit pas d'ordonnance pour le traitement par Enoxaparine et le dosage n'est pas adapté au poids du patient.</p>
<b>Pantoprazole</b>	<p>A la sortie, le patient doit poursuivre ses traitements habituel (comprenant Acénocoumarol et Acide acétylsalicylique). De plus, de l'Ibuprofen est prescrit pour une durée de 2 semaines.</p> <p>Le patient ne reçoit pas de prescription pour Pantoprazole 20 mg, indiqué dans le cas présent.</p>
<b>Codéine + Tramadol</b>	<p>A la sortie, le patient reçoit une prescription de Paracétamol/Codéine 4x/jour en fixe en plus de Tramadol 100 mg 2x/jour en fixe.</p>
<b>Insuline aspart</b>	<p>Patiente habituellement traitée par insuline rapide. Sur le plan de traitement, la posologie de l'insuline rapide est mentionnée comme ceci : « <i>Si glycémie entre 16 et 18 mmol : "rien"</i> ». Normalement, le terme « appeler médecin » est mentionné.</p>
<b>Amiodarone</b>	<p>Amiodarone présent à l'admission mais non repris sur l'hospitalisation et non présent sur l'ordonnance de sortie/plan de traitement.</p>
<b>Néбиволol + Métoprolol</b>	<p>Prescription à la fois de Néбиволol® 5 mg (traitement habituel du patient) et de Métoprolol 100 mg (traitement hospitalier) sur l'ordonnance de sortie.</p>
<b>Prednisone</b>	<p>Erreur de prescription dans le schéma dégressif de Prednisone prescrit à la sortie. La dose passe de 40 mg 1x/jour pendant une semaine à 10 mg 1x/jour pendant 1 semaine.</p>
<b>Acide valproïque</b>	<p>Traitement habituel par Acide valproïque mais traitement non prescrit pendant l'hospitalisation. Et traitement non repris à la sortie.</p>

<b>Sels osmotiques</b>	Remise d'une ordonnance de préparation colique qui renvoyait sur le mauvais protocole de préparation colique pour une coloscopie. Le protocole remis à la sortie n'était pas le bon (3 doses de Moviprep® alors que 2 doses suffisaient pour cette patiente).
<b>Naproxène</b>	Patient hospitalisé dans un contexte d'épistaxis. Dans les traitements habituels à l'admission figure Naproxène/Esomeprazole et Acide salicylique. Le Naproxène est suspendu à l'admission et aucun antiinflammatoire n'est prescrit. Dans la lettre de sortie, le traitement habituel du patient par Vimovo® fait partie des médicaments à reprendre à la sortie.
<b>Nifédipine</b>	Prescription de Nifédipine en réserve (cpr retard 20 mg) mais sans posologie ("en réserve si tension artérielle systolique > 180 mmHg »)
<b>Empagliflozine</b>	Patient habituellement traité par d'Empagliflozine/Metformine et hospitalisé dans un contexte d'urosepsis, effet indésirable grave connue de l'Empagliflozine. A la sortie, la prescription d'Empagliflozine/Metformine est néanmoins reconduite.
<b>Metamizole</b>	Prescription de Métamizole (en réserve jusqu'à 3x/jour) chez un patient avec filtration glomérulaire à 17 ml/min.
<b>Metformine</b>	Prescription de Metformine chez un patient avec filtration glomérulaire à 17 ml/min alors que le patient ne prenait a priori plus ce traitement à domicile.
<b>Torasémide</b>	A la sortie, prescription de Torasémide en réserve en cas de douleurs.

## 8 Références

- [1] Société Française de Pharmacie Clinique, « Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse ». 1ère édition, 2006. Consulté le: 15 octobre 2023. [En ligne]. Disponible sur: [http://optimiz-sih-circ-med.fr/Documents/Dictionnaire\\_SFPC\\_EM.pdf](http://optimiz-sih-circ-med.fr/Documents/Dictionnaire_SFPC_EM.pdf)
- [2] « Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé ». HAS, février 2018. Consulté le: 5 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide\\_conciliation\\_des\\_traitements\\_medicamenteux\\_en\\_etablissement\\_de\\_sante.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf)
- [3] Liat Fishman, Katrin Gehring, Chantal Zimmermann, et Paula Bezzola, « Vérification systématique de la médication dans les hôpitaux de soins aigus ». Fondation pour la Sécurité des Patients-Suisse, juin 2015. Consulté le: 5 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur:  
[https://patientensicherheit.ch/wp/wp-content/uploads/2023/03/1\\_Pub\\_7\\_Se\\_curite\\_\\_de\\_la\\_me\\_\\_dication.pdf](https://patientensicherheit.ch/wp/wp-content/uploads/2023/03/1_Pub_7_Se_curite__de_la_me__dication.pdf)
- [4] N. Ratsimalahelo, « Evaluation des divergences dans la prise en charge médicamenteuse par la conciliation médicamenteuse à l'admission : une étude prospective en traumatologie ». CHUV, 2022. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/pha/Travail\\_de\\_recherche\\_MAS\\_Janvier\\_2022\\_Noemie\\_Ratsimalahelo.pdf](https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/pha/Travail_de_recherche_MAS_Janvier_2022_Noemie_Ratsimalahelo.pdf)
- [5] Office fédéral de la santé publique, « Faits et chiffres: Maladies non transmissibles ». Consulté le: 22 octobre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-nichtuebertragbare-krankheiten.html>
- [6] C. Merçay, « Expérience de la population âgée de 65 ans et plus avec le système de santé | OBSAN ». 16 novembre 2017. Consulté le: 5 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/2017-experience-de-la-population-agee-de-65-ans-et-plus-avec-le-systeme-de-sante>
- [7] R. L. Maher, J. T. Hanlon, et E. R. Hajjar, « Clinical Consequences of Polypharmacy in Elderly », *Expert Opin. Drug Saf.*, vol. 13, n° 1, p. 10.1517/14740338.2013.827660, janv. 2014, doi: 10.1517/14740338.2013.827660.
- [8] E. C. Lehnbohm, M. J. Stewart, E. Manias, et J. I. Westbrook, « Impact of medication reconciliation and review on clinical outcomes », *Ann. Pharmacother.*, vol. 48, n° 10, p. 1298-1312, oct. 2014, doi: 10.1177/1060028014543485.
- [9] « Étude IATROSTAT : la part évitable des effets indésirables médicamenteux », VIDAL. Consulté le: 23 janvier 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/29880-etude-iatrostat-la-part-evitable-des-effets-indesirables-medicamenteux.html>
- [10] « La sécurité de la médication aux interfaces », Patientensicherheit. Consulté le: 30 octobre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://patientensicherheit.ch/fr/programmes-nationaux/programmes-nationaux-de-mise-en-application/la-securite-de-la-medication-aux-interfaces/>
- [11] P.-A. Jolivot *et al.*, « An observational study of adult admissions to a medical ICU due to adverse drug events », *Ann. Intensive Care*, vol. 6, n° 1, p. 9, déc. 2016, doi: 10.1186/s13613-016-0109-9.
- [12] M. Á. Allende Bandrés, M. Arenere Mendoza, F. Gutiérrez Nicolás, M. Á. Calleja Hernández, et F. Ruiz La Iglesia, « Pharmacist-led medication reconciliation to reduce discrepancies in transitions of care in Spain », *Int. J. Clin. Pharm.*, vol. 35, n° 6, p. 1083-1090, déc. 2013, doi: 10.1007/s11096-013-9824-6.
- [13] M. Van Hollebeke *et al.*, « Impact of medication reconciliation at discharge on continuity of patient care in France », *Int. J. Clin. Pharm.*, vol. 38, n° 5, p. 1149-1156, oct. 2016, doi: 10.1007/s11096-016-0344-z.
- [14] O. Giannini *et al.*, « Prevalence, clinical relevance and predictive factors of medication discrepancies revealed by medication reconciliation at hospital admission: prospective study in a Swiss internal medicine ward », *BMJ Open*, vol. 9, n° 5, p. e026259, mai 2019, doi: 10.1136/bmjopen-2018-026259.
- [15] Office fédéral de la santé publique, « Politique de la santé : stratégie du Conseil fédéral 2020–2030 ». Consulté le: 1 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/gesundheit-2030/gesundheitspolitische-strategie-2030.html>
- [16] DGOS, « La conciliation médicamenteuse », Ministère de la Santé et de la Prévention. Consulté le: 23 janvier 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/article/la-conciliation-medicamenteuse>

- [17] DGOS, « La conciliation médicamenteuse : enquête sur son déploiement national », Ministère de la Santé et de la Prévention. Consulté le: 23 janvier 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/article/la-conciliation-medicamenteuse-enquete-sur-son-deploiement-national>
- [18] N. Cebon Lipovec, S. Zerovnik, et M. Kos, « Pharmacy-supported interventions at transitions of care: an umbrella review », *Int. J. Clin. Pharm.*, vol. 41, n° 4, p. 831-852, août 2019, doi: 10.1007/s11096-019-00833-3.
- [19] K. L. March *et al.*, « Pharmacist Transition-of-Care Services Improve Patient Satisfaction and Decrease Hospital Readmissions », *J. Pharm. Pract.*, vol. 35, n° 1, p. 86-93, févr. 2022, doi: 10.1177/0897190020958264.
- [20] L. D. Brühwiler *et al.*, « A RCT evaluating a pragmatic in-hospital service to increase the quality of discharge prescriptions », *Int. J. Qual. Health Care J. Int. Soc. Qual. Health Care*, vol. 31, n° 8, p. G74-G80, oct. 2019, doi: 10.1093/intqhc/mzz043.
- [21] H. S. Lau, C. Florax, A. J. Porsius, et A. De Boer, « The completeness of medication histories in hospital medical records of patients admitted to general internal medicine wards », *Br. J. Clin. Pharmacol.*, vol. 49, n° 6, p. 597-603, juin 2000, doi: 10.1046/j.1365-2125.2000.00204.x.
- [22] P. L. Cornish *et al.*, « Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission », *Arch. Intern. Med.*, vol. 165, n° 4, p. 424-429, févr. 2005, doi: 10.1001/archinte.165.4.424.
- [23] G. Leguelinel-Blache *et al.*, « Impact of admission medication reconciliation performed by clinical pharmacists on medication safety », *Eur. J. Intern. Med.*, vol. 25, n° 9, p. 808-814, nov. 2014, doi: 10.1016/j.ejim.2014.09.012.
- [24] N. Nilsson *et al.*, « Medication discrepancies revealed by medication reconciliation and their potential short-term and long-term effects: a Norwegian multicentre study carried out on internal medicine wards », *Eur. J. Hosp. Pharm.*, vol. 22, n° 5, p. 298-303, sept. 2015, doi: 10.1136/ejhpharm-2015-000686.
- [25] C. Nachar, O. Lamy, F. Sadeghipour, A. Garnier, et P. Voirol, « Medication reconciliation in a Swiss hospital: methods, benefits and pitfalls », *Eur. J. Hosp. Pharm.*, vol. 26, n° 3, p. 129-134, mai 2019, doi: 10.1136/ejhpharm-2017-001358.
- [26] A. Garnier *et al.*, « Effectiveness of a transition plan at discharge of patients hospitalized with heart failure: a before-and-after study », *ESC Heart Fail.*, vol. 5, n° 4, p. 657-667, août 2018, doi: 10.1002/ehf2.12295.
- [27] S. Kripalani, A. T. Jackson, J. L. Schnipper, et E. A. Coleman, « Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists », *J. Hosp. Med.*, vol. 2, n° 5, p. 314-323, sept. 2007, doi: 10.1002/jhm.228.
- [28] « Imelli et Suter - La digitalisation du processus médicamenteux à l'E.pdf ». Consulté le: 28 octobre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.gsasa.ch/deliver.cfm?f=0CD89DA59212A7CBAEDB92D04851B4A5832A70B0AA8D23BF805ABFB792F7D0503188A8408CA1ACFA31B5D1B0B85B909FE4E9C1A3FCCCFEFED1BD40B8AC5A839D5D4EE7169990BBB1E04ECC90AB07984FE95EB6B798AA4B545390BBB8D41509BD58&type=.pdf>
- [29] « Potentiels d'amélioration dans la qualité et la coordination des soins aux 55 ans et plus | OBSAN ». Consulté le: 5 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/2015-potentiels-damelioration-dans-la-qualite-et-la-coordination-des-soins-aux-55-ans>
- [30] Y. Stauffer, E. Spichiger, et C. Mischke, « Komplexe Medikamentenregime bei multimorbiden älteren Menschen nach Spitalaufenthalt – eine qualitative Studie », *Pflege*, vol. 28, n° 1, p. 7-18, févr. 2015, doi: 10.1024/1012-5302/a000400.
- [31] World Health Organization, *The high 5s project: interim report*. Geneva: World Health Organization, 2014. Consulté le: 31 octobre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/330068>
- [32] Isabelle Alquier, Anne Broyard, et Charles Bruneau, « Initiative des HIGH 5s Medication Reconciliation - Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français ». HAS, septembre 2015. Consulté le: 5 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-11/rapport\\_dexpermentation\\_sur\\_la\\_mise\\_en\\_oeuvre\\_conciliation\\_des\\_traitements\\_medicamenteux\\_par\\_9\\_es.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-11/rapport_dexpermentation_sur_la_mise_en_oeuvre_conciliation_des_traitements_medicamenteux_par_9_es.pdf)
- [33] « Manuel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins ». HAS, Version 2023. Consulté le: 5 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/manuel\\_certification\\_es\\_qualite\\_des\\_soins.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/manuel_certification_es_qualite_des_soins.pdf)

- [34] Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, « CIRCULAIRE N° SG/2015/152 du 28 avril 2015 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2015 ». 2015. [En ligne]. Disponible sur: <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-sg2015152-du-28-avril-2015-relative-aux-modalites-de-mise-en-oeuvre-du-fonds-d-intervention-regional-en-2015/>
- [35] Canadian Patient Safety Institute (ISMP Canada), « Medication reconciliation in acute care - Getting Started Kit - Version 4 ». mars 2017. Consulté le: 5 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Documents/Interventions/Medication%20Reconciliation/Acute%20Care/MedRec%20\(Acute%20Care\)%20Getting%20Started%20Kit.pdf](https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Documents/Interventions/Medication%20Reconciliation/Acute%20Care/MedRec%20(Acute%20Care)%20Getting%20Started%20Kit.pdf)
- [36] Ordre des pharmaciens du Québec et Collège des médecins du Québec, « Bilan comparatif des médicaments ». 2017. Consulté le: 5 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.opq.org/wp-content/uploads/2020/03/2647\\_38\\_fr-ca\\_0\\_recueil\\_bcm\\_vf.pdf](https://www.opq.org/wp-content/uploads/2020/03/2647_38_fr-ca_0_recueil_bcm_vf.pdf)
- [37] « PSNet (Patient Safety Network) - Medication Reconciliation ». Consulté le: 5 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://psnet.ahrq.gov/primer/medication-reconciliation>
- [38] Society of Hospital Medicine, « MARQUIS Implementation Manual - A Guide for Medication Reconciliation Quality Improvement ». octobre 2014. Consulté le: 5 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.hospitalmedicine.org/clinical-topics/medication-reconciliation/MARQUIS-Implementation-Form/>
- [39] NICE guideline 5, « Medicines optimisation - The safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes ». mars 2015. Consulté le: 5 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305021/pdf/Bookshelf\\_NBK305021.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305021/pdf/Bookshelf_NBK305021.pdf)
- [40] B. Cadman *et al.*, « Pharmacist provided medicines reconciliation within 24 hours of admission and on discharge: a randomised controlled pilot study », *BMJ Open*, vol. 7, n° 3, p. e013647, mars 2017, doi: 10.1136/bmjopen-2016-013647.
- [41] World Health Organization, « Joint FIP/WHO guidelines on good pharmacy practice: standards for quality of pharmacy services ». WHO Technical Report Series No. 961, 2011. Consulté le: 4 janvier 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.who.int/docs/default-source/medicines/norms-and-standards/guidelines/distribution/trs961-annex8-fipwhoguidelinesgoodpharmacypractice.pdf>
- [42] H. Studer, F. Boeni, K. E. Hersberger, et M. L. Lampert, « Pharmaceutical Discharge Management: Implementation in Swiss Hospitals Compared to International Guidelines », *Pharm. Basel Switz.*, vol. 9, n° 1, p. 33, févr. 2021, doi: 10.3390/pharmacy9010033.
- [43] « Comment faire la meilleure anamnèse médicamenteuse possible ? », Extranet-HJU. Consulté le: 28 juillet 2021. [En ligne]. Disponible sur: [https://extranet.h-ju.ch/jcms/3401480\\_DocGEDQualite/comment-faire-la-meilleure-anamnese-medicamenteuse-possible?details=true](https://extranet.h-ju.ch/jcms/3401480_DocGEDQualite/comment-faire-la-meilleure-anamnese-medicamenteuse-possible?details=true)
- [44] « Réseau de l'Arc », Swiss Medical Network. Consulté le: 26 juin 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.swissmedical.net/fr/reseau-de-larc>
- [45] B. du vérificateur général du C. Gouvernement du Canada, « Partie 8 : Élaboration et vérification des instruments de collecte des données ». Consulté le: 11 janvier 2024. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/meth\\_gde\\_f\\_19729.html](https://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/meth_gde_f_19729.html)
- [46] A. B. Mekonnen, A. J. McLachlan, et J. E. Brien, « Pharmacy-led medication reconciliation programmes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis », *J. Clin. Pharm. Ther.*, vol. 41, n° 2, p. 128-144, 2016, doi: 10.1111/jcpt.12364.
- [47] A. B. Mekonnen, A. J. McLachlan, et J.-A. E. Brien, « Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis », *BMJ Open*, vol. 6, n° 2, p. e010003, févr. 2016, doi: 10.1136/bmjopen-2015-010003.
- [48] T. H. Vo, « Evaluation of the potential impact of pharmacist interventions: development and validation of the CLEO multidimensional tool », déc. 2015, Consulté le: 1 février 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-01315619/document>
- [49] « BiostaTGV - Statistiques en ligne ». Consulté le: 11 janvier 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://biostatgv.sentiweb.fr/?module=etudes/sujets#>

- [50] GSASA, « Manuel descriptif du système de classification GSASA pour la documentation des interventions cliniques avec explications et exemples ». V3 2021. Consulté le: 8 janvier 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.gsasa.ch/deliver.cfm?f=0CD89DA59212A7CBAEDB92D04852B6BD8E2977A394AE38A8831480B294F796683D8EAA6DA8B9ABF6688ADFBBAB4C9BC3A5FCC1A291B19DA08B885E868E7AA7A06870F5169596BB80A6108AAABD189A48E956B5B0B4BB575C4E939F94F24E0DB04FC83268715E68FA9CD2AA81AA&type=.pdf>
- [51] « Satisfaction des patients Soins aigus », ANQ. Consulté le: 19 novembre 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.anq.ch/fr/domaines/soins-aigus/informations-sur-les-mesures-en-soins-aigus/satisfaction-des-patients-en-soins-aigus/>
- [52] ANQ, « Satisfaction des patient-e-s - Médecine somatique aiguë - Adultes », 2022. [En ligne]. Disponible sur: [https://results.anq.ch/fileadmin/documents/anq/1/20220324\\_ANQaigu\\_Rapport\\_comparatif\\_national\\_PatZu\\_Adulte\\_2021\\_V1.0.pdf](https://results.anq.ch/fileadmin/documents/anq/1/20220324_ANQaigu_Rapport_comparatif_national_PatZu_Adulte_2021_V1.0.pdf)
- [53] ANQ, « Enquête de satisfaction des patients ANQ - Concept pour les mesures en soins aigus, réadaptation et psychiatrie ». août 2019. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2018/02/ANQ\\_Satisfaction-patients\\_Concept.pdf](https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2018/02/ANQ_Satisfaction-patients_Concept.pdf)
- [54] Anita Savidan *et al.*, « Brief survey on current Swiss hospitals satisfaction practices & Literature review on international large-scale initiatives evaluating inpatient satisfaction », Unisanté (Centre universitaire de médecine générale et santé publique), Département Epidémiologie et Systèmes de santé (ESOPE), 2021. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2021/09/ANQaigu\\_Rapport\\_ESOPE\\_2021.pdf](https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2021/09/ANQaigu_Rapport_ESOPE_2021.pdf)
- [55] P. Sarangarm *et al.*, « Impact of pharmacist discharge medication therapy counseling and disease state education: Pharmacist Assisting at Routine Medical Discharge (project PhARMd) », *Am. J. Med. Qual. Off. J. Am. Coll. Med. Qual.*, vol. 28, n° 4, p. 292-300, 2013, doi: 10.1177/1062860612461169.
- [56] D. Comer *et al.*, « Impact of a discharge prescription program on hospital readmissions and patient satisfaction », *J. Am. Pharm. Assoc. JAPhA*, vol. 57, n° 4, p. 498-502.e1, 2017, doi: 10.1016/j.japh.2017.04.007.
- [57] C. Cawthon, S. Walia, C. Y. Osborn, K. J. Niesner, J. L. Schnipper, et S. Kripalani, « Improving care transitions: the patient perspective », *J. Health Commun.*, vol. 17 Suppl 3, n° Suppl 3, p. 312-324, 2012, doi: 10.1080/10810730.2012.712619.
- [58] C. Lundby, J. Filipsen, S. Rasmussen, et A. Pottegård, « Medication-Focused Patient Counseling Upon Discharge: A Feasibility Study of Effect on Patient Satisfaction », *Pharm. Basel Switz.*, vol. 8, n° 1, p. 8, janv. 2020, doi: 10.3390/pharmacy8010008.
- [59] C. Kleven, J. Postolski, B. Hein, et B. Brown, « Reducing 30-Day All-Cause Rehospitalizations: A Pharmacist-Led Telehealth Service », *Sr. Care Pharm.*, vol. 35, n° 7, p. 324-330, juill. 2020, doi: 10.4140/TCP.n.2020.324.
- [60] A. Phatak *et al.*, « Impact of pharmacist involvement in the transitional care of high-risk patients through medication reconciliation, medication education, and postdischarge call-backs (IPITCH Study) », *J. Hosp. Med.*, vol. 11, n° 1, p. 39-44, janv. 2016, doi: 10.1002/jhm.2493.
- [61] J. L. Kwan, L. Lo, M. Sampson, et K. G. Shojania, « Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review », *Ann. Intern. Med.*, vol. 158, n° 5 Pt 2, p. 397-403, mars 2013, doi: 10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00006.
- [62] E. M. Hawes, W. D. Maxwell, S. F. White, J. Mangun, et F.-C. Lin, « Impact of an outpatient pharmacist intervention on medication discrepancies and health care resource utilization in posthospitalization care transitions », *J. Prim. Care Community Health*, vol. 5, n° 1, p. 14-18, janv. 2014, doi: 10.1177/2150131913502489.
- [63] B. E. Koehler *et al.*, « Reduction of 30-day postdischarge hospital readmission or emergency department (ED) visit rates in high-risk elderly medical patients through delivery of a targeted care bundle », *J. Hosp. Med.*, vol. 4, n° 4, p. 211-218, avr. 2009, doi: 10.1002/jhm.427.
- [64] B. W. Jack *et al.*, « A Reengineered Hospital Discharge Program to Decrease Rehospitalization », *Ann. Intern. Med.*, vol. 150, n° 3, p. 178-187, févr. 2009.
- [65] U. Gillespie *et al.*, « A Comprehensive Pharmacist Intervention to Reduce Morbidity in Patients 80 Years or Older: A Randomized Controlled Trial », *Arch. Intern. Med.*, vol. 169, n° 9, p. 894-900, mai 2009, doi: 10.1001/archinternmed.2009.71.

- [66] J. S. Johansen *et al.*, « Interdisciplinary collaboration across secondary and primary care to improve medication safety in the elderly (The IMMENSE study) – a randomized controlled trial », *BMC Health Serv. Res.*, vol. 22, n° 1, p. 1290, oct. 2022, doi: 10.1186/s12913-022-08648-1.
- [67] M. Lea, M. Mowé, E. Molden, K. Kvernørød, E. Skovlund, et L. Mathiesen, « Effect of medicines management versus standard care on readmissions in multimorbid patients: a randomised controlled trial », *BMJ Open*, vol. 10, n° 12, p. e041558, déc. 2020, doi: 10.1136/bmjopen-2020-041558.
- [68] J. Dumur, P. Chassagne, X. Gbaguidi, C. Csajka, P. Chassagne, et P. O. Lang, « Using a structured reconciliation medication form improves medication transition from hospital to community care and primary care physicians' adherence with medication adaptations and recommendations », *Eur. Geriatr. Med.*, vol. 10, n° 1, p. 141-146, févr. 2019, doi: 10.1007/s41999-018-0125-4.
- [69] K. T. Unroe, T. Pfeiffenberger, S. Riegelhaupt, J. Jastrzembski, Y. Lokhnygina, et C. Colón-Emeric, « Inpatient medication reconciliation at admission and discharge: A retrospective cohort study of age and other risk factors for medication discrepancies », *Am. J. Geriatr. Pharmacother.*, vol. 8, n° 2, p. 115-126, avr. 2010, doi: 10.1016/j.amjopharm.2010.04.002.
- [70] « Use the Teach-Back Method: Tool #5 ». Consulté le: 23 janvier 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/tool5.html>
- [71] S. Daliri *et al.*, « The effect of a pharmacy-led transitional care program on medication-related problems post-discharge: A before—After prospective study », *PLoS ONE*, vol. 14, n° 3, p. e0213593, mars 2019, doi: 10.1371/journal.pone.0213593.
- [72] Amah, « La méthode Teach-Back ou la communication par reformulation · Institut Français de l'Expérience Patient », Institut Français de l'Expérience Patient. Consulté le: 23 janvier 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://experiencepatient.fr/actualite/la-methode-teach-back-ou-la-communication-par-reformulation.htm>
- [73] Société Française de Pharmacie Clinique, « Fiche mémo - Les entretiens pharmaceutiques ». mars 2019. Consulté le: 23 janvier 2024. [En ligne]. Disponible sur: [https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/08/sfpc\\_les\\_entretiens\\_pharmaceutiques.pdf](https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/08/sfpc_les_entretiens_pharmaceutiques.pdf)
- [74] I. Anguish *et al.*, « Ordonnance de sortie d'hôpital : un défi pour la continuité des soins et la collaboration interprofessionnelle », *Rev Med Suisse*, vol. 386, n° 19, p. 1021-1025, mai 2013.
- [75] J. Pellet et C. Mabire, « Le résumé de sortie de l'hôpital : un outil en main des patients », *Rev Med Suisse*, vol. 783, p. 1078-1081, mai 2022.
- [76] J. B. Foust, M. D. Naylor, M. B. Bixby, et S. J. Ratcliffe, « Medication problems occurring at hospital discharge among older adults with heart failure », *Res. Gerontol. Nurs.*, vol. 5, n° 1, p. 25-33, janv. 2012, doi: 10.3928/19404921-20111206-04.
- [77] E. Manias et C. Hughes, « Challenges of managing medications for older people at transition points of care », *Res. Soc. Adm. Pharm. RSAP*, vol. 11, n° 3, p. 442-447, 2015, doi: 10.1016/j.sapharm.2014.10.001.
- [78] J. D. Wong *et al.*, « Medication reconciliation at hospital discharge: evaluating discrepancies », *Ann. Pharmacother.*, vol. 42, n° 10, p. 1373-1379, oct. 2008, doi: 10.1345/aph.11190.
- [79] S. Kripalani *et al.*, « Effect of a pharmacist intervention on clinically important medication errors after hospital discharge: a randomized trial », *Ann. Intern. Med.*, vol. 157, n° 1, p. 1-10, juill. 2012, doi: 10.7326/0003-4819-157-1-201207030-00003.
- [80] A. H. Salanitro *et al.*, « Effect of patient- and medication-related factors on inpatient medication reconciliation errors », *J. Gen. Intern. Med.*, vol. 27, n° 8, p. 924-932, août 2012, doi: 10.1007/s11606-012-2003-y.