

Mémoire de fin d'études

**Développement des soins pharmaceutiques transmuraux au CHR Haute Senne
dans le cadre du Projet Pilote « Plan d'Accompagnement Concerté
Transversal »**

Présenté par : **Valentine VERMAUT**

En vue de l'obtention du grade de Master en Sciences Pharmaceutiques.

Promoteur :	Docteur Antonelle Pardo	Faculté de Médecine et de Pharmacie UMons
Jury	Professeuse Stéphanie Patris	UMons
	Pharmacien Jean-Pol Cirriez	UPHOC

Remerciements

Je remercie les différentes personnes qui m'ont aidée lors de la rédaction de ce travail et m'ont soutenue tout au long de mes études.

Je tiens à remercier ma promotrice et maitre de stage, Madame Antonelle Pardo, pour sa disponibilité, son aide précieuse et ses conseils avisés autant pour la rédaction de ce mémoire que lors de mon stage.

Merci à toute l'équipe de la pharmacie hospitalière du CHR Haute Senne pour leur accueil et leur gentillesse.

Je voudrais aussi remercier les personnes du CHR Haute Senne qui ont contribué au succès de mon stage et qui m'ont aidée à développer le projet au sein de l'hôpital.

Ensuite, j'aimerais remercier mes amies pour leur soutien tout au long de ce cursus.

Un grand merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique du cursus de sciences pharmaceutiques de l'UMons pour leur apprentissage durant ces cinq années.

Enfin, j'exprime ma profonde gratitude à mes proches pour leur soutien et leurs encouragements durant ces cinq années d'études.

Résumé

La transition entre différents milieux de soins est vulnérable aux erreurs médicamenteuses. Pour éviter ces erreurs, les informations à propos des nouvelles médications doivent être partagées entre les différents prestataires de soins. La réconciliation médicamenteuse consiste à comparer les médicaments pris chroniquement par le patient et ceux nouvellement prescrits afin d'assurer la continuité des soins du patient à tous les points de transition.

L'objectif de ce mémoire est de développer les soins pharmaceutiques transmuraux au sein du CHR Haute Senne de Soignies dans le cadre du projet PACT, Plan d'Accompagnement Concerté Transversal. Ce projet pilote de soins intégrés mène diverses actions dont la réconciliation médicamenteuse élaborée selon une méthodologie structurée au moyen d'enveloppes. Des enveloppes bleues utilisées à l'entrée contiennent le schéma de médication réalisé au préalable par le pharmacien de référence du patient en officine ouverte au public. Pour la sortie, le nouveau schéma de médication ainsi que les nouvelles prescriptions sont glissés dans des enveloppes vertes en fin d'hospitalisation à destination du pharmacien de référence. Celui-ci a pour mission de détecter les éventuels changements et erreurs de médication.

Pour l'entrée, la population visée dans ce travail est tout patient admis à l'hôpital de façon programmée ou non. Afin d'implémenter l'utilisation des enveloppes bleues du PACT, des interventions pharmaceutiques ont été réalisées auprès des différents secrétariats de l'hôpital ainsi que dans plusieurs unités de soins en suivant le modèle de la roue de Deming.

En ce qui concerne la sortie, des interventions pharmaceutiques visant à développer l'utilisation des enveloppes vertes du PACT ont été réalisées dans trois unités d'hospitalisation. Les données démographiques et médicales des patients sortis d'hospitalisation ainsi que les données sur la remise de l'enveloppe verte du PACT ont été collectées sur deux périodes précises durant les mois de novembre 2022 (période pré-intervention) et décembre 2022 (période intervention). Les audits réalisés sur ces 2 périodes ont démontré un impact positif des interventions pharmaceutiques avec une amélioration statistiquement significative du taux d'enveloppes remises au patient en fin d'hospitalisation dans le groupe intervention par rapport au groupe pré-intervention (78,21% vs 32,95% ; $p < 0,001$).

Ce mémoire confirme l'importance de la communication de la médication des patients entre les prestataires de soins et indique l'intérêt du développement de la fonction de pharmacien coordinateur de soins intégrés pour renforcer cette communication.

Summary

The transition between different care settings is vulnerable to medication errors. To avoid these errors, information about new medications must be shared between different care providers. Medication reconciliation involves comparing the patient's chronically taken medications with newly prescribed medications to ensure continuity of patient care at all transition points.

The purpose of this work is to develop transmurial pharmaceutical care within the CHR Haute Senne in Soignies as part of the PACT project, "Plan d'Accompagnement Concerté Transversal". This integrated care pilot project is carrying out various actions, including medication reconciliation, which is developed according to a structured methodology using envelopes. Blue envelopes used at entry contain the medication scheme previously produced by the patient's reference pharmacist in a pharmacy open to the public. On discharge, the new medication scheme and the new prescriptions are placed in green envelopes at the end of the hospitalization for the reference pharmacist. The reference pharmacist's task is to detect any changes and medication errors.

The target population for this work is any patient admitted to hospital, whether scheduled or not. To implement the use of the blue PACT envelopes, pharmaceutical interventions were carried out in the different secretariats of the hospital as well as in care units following the Deming wheel model.

For discharge, pharmaceutical interventions to develop the use of green PACT envelopes were carried out in three hospital wards. Demographic and medical data of discharged patients as well as data on the delivery of the PACT green envelope were collected over two specific periods during November 2022 (pre-intervention period) and December 2022 (intervention period). The audits conducted over these two periods demonstrated a positive impact of the pharmaceutical interventions with a statistically significant improvement in the rate of envelopes handed over to the patient at the end of hospitalization in the intervention group compared to the pre-intervention group (78.21% vs. 32.95% ; $p < 0.001$).

This work confirms the importance of communication of patient medication between healthcare providers and indicates the value of developing the role of integrated care pharmacist coordinator to strengthen this communication.

Table des matières

1.	Introduction	10
1.1	Contexte.....	10
1.2	Problèmes rencontrés lors de la réconciliation médicamenteuse	11
1.2.1	A l'entrée de l'hôpital	11
1.2.2	Lors du transfert en milieu hospitalier	12
1.2.3	A la sortie de l'hôpital	12
1.2.4	Formulaire thérapeutique	13
1.2.5	Populations à risque	13
1.2.6	Médicaments à haut risque.....	14
1.3	Stratégies disponibles pour optimiser la continuité des soins	14
1.3.1	La pharmacie clinique.....	14
1.3.1.1	Définition.....	14
1.3.1.2	La pharmacie clinique à l'hôpital	15
1.3.1.3	La pharmacie clinique à l'officine.....	16
1.3.1.3.1	L'évolution du pharmacien d'officine	16
1.3.1.3.2	Le pharmacien de référence et le schéma de médication.....	17
1.3.2	Les soins intégrés.....	19
1.3.2.1	Définition.....	19
1.3.2.2	Développement des soins intégrés en Belgique	20
1.3.2.3	Les projets pilotes en Belgique	22
1.3.2.4	Aspects économiques	22
1.4	Le projet « Plan d'accompagnement Concerté Transversal » (PACT)	23
1.4.1	Présentation et objectifs	23
1.4.2	Stratégie pour la réconciliation médicamenteuse	24
1.5	Présentation du Centre Hospitalier Régional de la Haute Senne	26
1.6	Outils qualitatifs utilisés en hôpital pour encadrer une démarche d'amélioration continue.....	27
1.6.1	La roue de Deming	27
1.6.2	La méthode LEAN A3 Toyota	27
2.	Objectifs du travail	29
3.	Partie expérimentale.....	30
3.1	Aspects éthiques et réglementaires	30
3.2	Matériel et méthodes	30

3.2.1	A l'entrée de l'hôpital	30
3.2.1.1	Population ciblée.....	30
3.2.1.2	Etat des lieux (Check)	30
3.2.1.3	Nouvelle action engagée (Act)	31
3.2.1.4	Planification (Plan)	31
3.2.1.5	Interventions pharmaceutiques (Do).....	31
3.2.2	A la sortie de l'hôpital	31
3.2.2.1	Type d'étude.....	31
3.2.2.2	Population ciblée.....	32
3.2.2.3	Audits et interventions pharmaceutiques	33
3.2.2.4	Données collectées, indicateurs et outils de collecte des données.....	34
3.2.2.5	Analyse statistique des données.....	35
3.2.2.6	Outil LEAN A3	35
3.3	Résultats et discussion.....	36
3.3.1	A l'entrée de l'hôpital	36
3.3.1.1	Etat des lieux (Check)	36
3.3.1.2	Nouvelle action engagée (Act)	38
3.3.1.3	Planification (Plan)	38
3.3.1.4	Interventions pharmaceutiques (Do).....	39
3.3.1.5	Limites de l'étude	43
3.3.2	A la sortie de l'hôpital	44
3.3.2.1	Préambule	44
3.3.2.2	Interventions pharmaceutiques.....	45
3.3.2.3	Comparaison des deux cohortes.....	48
3.3.2.4	Impact des interventions pharmaceutiques (AUDIT 1 – AUDIT 2).....	55
3.3.2.5	Plan d'amélioration	59
3.3.2.6	Forces et limites de l'étude	62
4.	Conclusion et perspectives	66
5.	Bibliographie	68
6.	Annexes.....	76
6.1	Annexe 1 : Enveloppe bleue	76
6.2	Annexe 2 : Contenu enveloppe bleue.....	77
6.3	Annexe 3 : Enveloppe verte	80
6.4	Annexe 4 : Contenu enveloppe verte	81

6.5	Annexe 5 : Carte santé	83
6.6	Annexe 6 : Communiqué aux anesthésistes	84
6.7	Annexe 7 : Communiqué au MRS	85
6.8	Annexe 8 : LEAN A3.....	86
6.9	Annexe 9 : Démarche de Benchmark	87
7.	Formulaire d'évaluation	90

Table des figures

Figure 1 : Principales comorbidités des patients des deux groupes audités

Figure 2 : Entrées programmées ou non programmées

Figure 3 : Impact des interventions pharmaceutiques

Figure 4 : Impact des interventions pharmaceutiques en fonction des services

Figure 5 : Raisons des non-remises d'enveloppes à la sortie lors de l'audit 2

Table des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques et cliniques des deux groupes audités

Tableau 2 : Médication avant versus après hospitalisation

Tableau 3 : Impact des interventions pharmaceutiques

Table d'abréviations

ACI : Accréditation Canada International

AFMPS : Agence fédérale des médicaments et des produits de santé

APB : Association Pharmaceutique Belge

BUM : Bon usage du médicament

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DCI : Dénomination internationale commune

DPP : Dossier pharmaceutique partagé

INAMI : Institut national d'assurance maladie-invalidité

KCE : Centre fédéral d'expertise des soins de santé

MHR : Médicament à haut risque

MRS : Maison de repos et de soins

MT : Médecin traitant

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPHACO : Office des Pharmacies Coopératives de Belgique

OTC : Over the Counter = médicaments en vente libre

PACT : Plan d'Accompagnement Concerté Transversal

PLM : Problèmes liés aux médicaments

SPF : Service Public Fédéral

TVA : Taxe sur la valeur ajoutée

UPHOC : Union Pharmaceutique du Hainaut Occidental et Central

1. Introduction

1.1 Contexte

La transition entre différents systèmes de soins est vulnérable aux erreurs médicamenteuses. Environ 60% des erreurs surviennent lors de ces transitions (1). La définition d'une erreur de médication par l'agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) est la suivante : «*Une erreur de médication est une défaillance involontaire dans le processus du traitement médicamenteux qui conduit à, ou a le potentiel d'entraîner, un préjudice pour le patient*» (2). Dans le cadre du troisième défi mondial pour la sécurité des patients, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a identifié la transition des soins comme l'une des trois priorités pour améliorer la sécurité des médicaments (3). Bien que le passage par les lieux de soins soit indispensable pour se soigner, les points de transition hôpital-milieu ambulatoire entraînent souvent une interruption de la continuité des soins et peuvent causer certains préjudices au patient. Ces points de transition sont l'entrée à l'hôpital, le transfert en milieu hospitalier et la sortie de l'hôpital (4).

Les soins pharmaceutiques transmuraux permettent de remédier à ces erreurs médicamenteuses. Il s'agit d'une stratégie permettant de garantir la sécurité de la prise en charge médicamenteuse et d'assurer la continuité des soins du patient lors de sa transition entre différents établissements (5). La réconciliation médicamenteuse, appelée aussi bilan comparatif des médicaments consiste en la comparaison entre les médicaments pris chroniquement par le patient et ceux nouvellement prescrits. L'échange entre le patient et le prestataire de soins permet de partager des informations complètes sur la médication du patient. Les objectifs sont la prévention des événements indésirables et des réadmissions suite à des erreurs de médication (6) ainsi que la diminution des coûts évitables (7). Pour conserver les changements de médication, la réconciliation médicamenteuse doit être faite à chaque point de transition (8). La collaboration et la communication entre les professionnels de la santé sont primordiales pour partager les informations à propos de la médication du patient. Cependant, la réconciliation médicamenteuse ne correspond pas à une revue de médication (9). La revue de médication est une approche plus approfondie dans laquelle le pharmacien évalue de manière structurée les médicaments du patient (10). Même si l'éducation thérapeutique du patient et l'adhésion au traitement ne sont pas traitées lors d'une

réconciliation médicamenteuse, le pharmacien s'assure que le patient ait suffisamment compris sa nouvelle médication (9).

1.2 Problèmes rencontrés lors de la réconciliation médicamenteuse

1.2.1 A l'entrée de l'hôpital

Lors de l'entrée du patient à l'hôpital, divers facteurs posent problèmes autant pour les hospitalisations programmées que non programmées. Pour les admissions planifiées, une récente étude belge a révélé que 74,1% des patients (n = 54) commençant une chimiothérapie par voie orale apportaient une liste incomplète des médicaments pris à domicile avant le début du traitement. De plus, en moyenne 2,4 erreurs médicamenteuses étaient détectées sur cette liste (11). En ce qui concerne les hospitalisations non planifiées, une étude menée au sein du service gériatrique d'un hôpital belge situé à Audenarde a montré 122 divergences à l'entrée pour les 52 patients inclus dans l'étude. Ces patients étaient âgés de plus de 70 ans et prenaient en moyenne 10 médicaments à domicile. Un des principaux problèmes rencontrés était l'omission d'un médicament (12).

La recherche du traitement du patient à l'admission prend un temps conséquent aux prestataires de soins. La durée pour obtenir une liste complète des médicaments serait en moyenne de 29 minutes (4). De plus, le patient peut être confus, analphabète ou présenter des troubles cognitifs, ce qui retarde également l'obtention des informations sur le traitement. Le patient ne serait pas une source fiable étant donné leur manque de connaissances sur leur traitement. Il faudrait environ 3 sources différentes pour obtenir une liste complète des médicaments. Des appels sont effectués auprès des proches, des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine. Cependant, ce temps perdu peut causer certains dommages au patient dans sa prise en charge (13).

Une liste complète de médicaments doit reprendre les médicaments sur ordonnance mais également les médicaments en vente libre (OTC), les compléments alimentaires ainsi que les assimilés aux médicaments (14). L'automédication est donc problématique. De plus, les médecines alternatives et complémentaires telles que la phytothérapie ou l'aromathérapie peuvent interagir avec les nouveaux médicaments prescrits et causer du tort au patient (9).

1.2.2 Lors du transfert en milieu hospitalier

Lors de son hospitalisation, le patient peut être transféré entre deux services au sein d'un même hôpital (intra-hospitalier) ou d'un hôpital vers un autre (inter-hospitalier). Ces transferts permettent d'améliorer la prise en charge du patient (15). Néanmoins, ils peuvent entraîner certains préjudices. Le manque de communication entre les deux points de transfert est la principale cause d'erreurs médicamenteuses. On estime que deux erreurs médicamenteuses sur trois sont dues à un défaut de communication (16). Les informations à propos de l'état du patient et les traitements ayant été administrés doivent être transmis directement et clairement afin d'éviter ces erreurs (15).

1.2.3 A la sortie de l'hôpital

Une étude de 2022 a montré que presque 90% des patients peuvent voir leurs traitements changés après une hospitalisation (17). Une revue systématique incluant 54 études a relevé que le taux d'erreurs de médication à la sortie était en moyenne de 53% (18). Le risque d'erreurs médicamenteuses augmente avec le nombre de nouveaux médicaments prescrits et avec la durée d'hospitalisation (19).

Le manque de communication entre l'hôpital et le milieu ambulatoire pose également certains problèmes à la sortie. Les informations concernant la nouvelle médication du patient doivent être partagées avec les prestataires de soins de première ligne (20). D'après une revue systématique, seulement 14% des 55 études incluses partageaient les informations sur la nouvelle médication du patient avec les pharmaciens communautaires (21). Lors de la délivrance de nouvelles ordonnances, le pharmacien d'officine ouverte au public n'est pas toujours informé que le patient a été hospitalisé et peut passer à côté de certaines erreurs. Pourtant, les changements de médication doivent être rappelés au patient par le pharmacien d'officine. Une étude réalisée aux Pays-Bas a montré que presque la moitié des patients (n = 124) se souviennent des changements de médication effectués à l'hôpital. Des explications sur le nouveau traitement doivent donc être fournies après un séjour à l'hôpital afin que le patient comprenne au mieux sa médication (22).

1.2.4 Formulaire thérapeutique

Le formulaire thérapeutique, défini dans l'article 25 de l'Arrêté Royal du 04 mars 1991, consiste en une liste étroite de médicaments devant se retrouver obligatoirement et perpétuellement à l'officine hospitalière. Les médicaments repris ont été choisis de manière à couvrir l'ensemble des demandes des patients (23). Cette liste a pour objectif d'assurer la continuité des traitements et de réduire les coûts hospitaliers (24).

A l'hôpital, le médecin doit prescrire les médicaments qui sont répertoriés dans le formulaire thérapeutique. Si le patient consommait avant son hospitalisation une molécule non reprise dans le formulaire, le médecin doit chercher la molécule équivalente se trouvant dans la liste (25).

Cet échange thérapeutique accroît le risque d'erreurs médicamenteuses lors de la sortie du patient de l'hôpital (13). En effet, les renouvellements d'ordonnances peuvent contenir des médicaments ayant été substitués pendant l'hospitalisation. Si la réconciliation médicamenteuse n'est pas réalisée à la sortie, un risque d'omission ou de doublon est présent qui peut s'en suivre d'une augmentation des coûts pour le patient. Effectivement, ce dernier va dépenser de l'argent pour un nouveau médicament prescrit alors qu'il prenait l'équivalent avant son hospitalisation et en avait encore chez lui. De plus, la confusion avec les médicaments peut entraîner des effets indésirables conduisant à des réadmissions (24).

1.2.5 Populations à risque

Bien que les médicaments améliorent la qualité de vie, ralentissent la progression de la maladie et prolongent l'espérance de vie des patients, leur consommation en grande quantité peut causer des dégâts pour la santé du patient (26). Plus le patient prend de médicaments, plus il est susceptible de développer des événements iatrogènes médicamenteux, c'est-à-dire de développer des dommages associés à la prise de médicaments, qui peuvent mener à la mort (27).

Malgré une diminution drastique lors de la crise de Covid-19, l'espérance de vie augmente considérablement en Belgique (28). D'après les perspectives démographiques belges en 2019, on estime qu'en 2070, 23% de la population seront des personnes de plus de 67 ans contre 16% en 2018 (29). Le risque de comorbidités augmente avec l'âge, ce qui accroît également la

polymédication (30). Une étude impliquant six centres médicaux européens, dont un en Belgique, a montré que les personnes âgées de plus de 65 ans consommaient en moyenne 10 médicaments quotidiennement (31). En plus d'être fragiles, les fonctions cognitives de la population gériatrique diminuent (32), ce qui peut accentuer la détérioration de la santé du patient dû à une mauvaise prise de médicaments.

La polymédication et l'âge sont des facteurs de risque d'erreurs médicamenteuses (33). Les nouveaux médicaments prescrits à ces patients doivent être comparés avec ceux déjà consommés afin d'éviter une hausse des besoins en santé et par conséquent, une augmentation des coûts (34).

1.2.6 Médicaments à haut risque

Les médicaments à haut risque (MHR) présentent un risque aggravé de causer des dommages importants au patient. Les conséquences d'une erreur impliquant ces médicaments peuvent être dramatiques, comparées à celles des autres médicaments (35). Une étude française a démontré lors de l'analyse d'évènements indésirables graves que 75% des erreurs médicamenteuses analysées (n = 250) étaient dues à des MHR (36). De plus, il est ressorti d'une revue systématique que si la vigilance était placée sur les MHR, cela réduirait les hospitalisations, les affections potentiellement mortelles et les décès de plus de 50% (37).

Selon l'Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI), les catégories de médicaments des MHR sont les anticoagulants, les insulines, les narcotiques, les sédatifs, les solutions concentrées d'électrolytes et les cytostatiques (38). Le pharmacien réalisant le bilan comparatif des médicaments doit donc porter une attention particulière à ces médicaments.

1.3 Stratégies disponibles pour optimiser la continuité des soins

1.3.1 La pharmacie clinique

1.3.1.1 Définition

La pharmacie clinique, qualifiée aussi de soins pharmaceutiques, vise à promouvoir une utilisation optimale des médicaments, c'est-à-dire efficace, sécurisée et économique. Centrée sur le patient et son suivi, cette activité amène les pharmaciens à collaborer en équipe multidisciplinaire pour établir un plan de traitements adaptés (39) (40).

1.3.1.2 La pharmacie clinique à l'hôpital

Le pharmacien clinicien joue un rôle fondamental aux trois étapes clés du séjour hospitalier du patient, à savoir à l'admission avec l'anamnèse, durant le séjour lors de l'initiation et du suivi des traitements et à la sortie avec l'éducation thérapeutique du patient. Le passage du pharmacien du « back office » vers le « front office » apporte une valeur ajoutée à l'hôpital (41) (42). En effet, les interventions des pharmaciens cliniciens optimisent la prise en charge du patient ainsi que la sécurité de ses médicaments (43), réduisent le nombre de ré-hospitalisations à court et à long terme (44) ainsi que les coûts liés aux soins de santé (45).

La réalisation du bilan comparatif des médicaments à l'entrée et à la sortie de l'hôpital par un pharmacien clinicien est très répandue dans la littérature et montre dans la plupart des cas des résultats encourageants (46,47). Grâce à sa capacité à détecter et à résoudre les discordances médicamenteuses, le pharmacien présent au sein des unités de soins améliore grandement la continuité des soins pharmaceutiques (48). Dans une récente méta-analyse, la réconciliation médicamenteuse dirigée par un pharmacien a permis de diminuer de 68% le nombre de patients présentant des écarts de médication (49). Une étude prospective de 2022 a évalué l'impact des interventions d'un pharmacien clinicien lors de la sortie des patients d'une unité de médecine. Le taux de réadmissions à 30 jours toutes causes confondues était de 13,3% dans le groupe bénéficiant de l'intervention du pharmacien (n = 210) contre 20,8% pour le groupe recevant les soins habituels (n = 197) ; p = 0,044. La présence d'un pharmacien dans l'unité permet donc de réduire les réadmissions. De plus, une amélioration de la satisfaction des patients a été mise en évidence pour le groupe ayant reçu l'intervention du pharmacien (50).

Cependant, le nombre de pharmaciens cliniciens par hôpital est limité en Belgique. Depuis l'arrêté royal du 8 janvier 2015, un financement est accordé à tous les hôpitaux aigus afin de déployer la pharmacie clinique et d'améliorer la qualité des soins pharmaceutiques. Le nombre de lits agréés permet de déterminer le nombre de pharmaciens hospitaliers équivalent temps plein dédiés à la pharmacie clinique et ainsi, le budget dont l'hôpital bénéficie pour cette activité (51). Au vu de cette limitation, se tourner vers les pharmaciens communautaires pour effectuer les bilans comparatifs de médicaments serait une stratégie. En recevant les informations relatives à la médication après un séjour à l'hôpital, ils sont également aptes à assurer la continuité des soins (52).

1.3.1.3 La pharmacie clinique à l'officine

1.3.1.3.1 L'évolution du pharmacien d'officine

Le pharmacien d'officine ouverte au public représente une véritable proximité et disponibilité. Grâce au service de garde, les officines sont ouvertes sans interruption et aucun rendez-vous ne doit être fixé pour entrer en contact avec son pharmacien. Perçu comme une personne de confiance, ce professionnel de la santé livre des informations claires, précises et adaptées au patient en mettant l'accent sur le bon usage du médicament. Son objectif est de promouvoir la santé et de prévenir les éventuelles erreurs médicamenteuses (53).

De producteur de médicaments à prestataire de services avancés, le pharmacien a vu son métier évoluer au fil du temps. De 1950 à 2000, ce prestataire de soin est passé par divers rôles tels que fabricant de médicaments, vérificateur de leur conformité, dispensateur, conseillé (54).

L'Arrêté Royal du 21 janvier 2009 a entraîné un changement de la profession grâce à l'élaboration du « guide des bonnes pratiques pharmaceutiques officinales » (55). Plusieurs prestations sont financées par l'INAMI tels que le pharmacien de référence (56), l'entretien d'accompagnement de bon usage du médicament (BUM) asthme (57), le BUM pré-trajet de diabète (58). Récemment, le sevrage des benzodiazépines et la revue de médication se sont ajoutés. De plus, le BUM pour les patients atteints d'asthme s'est étendu aux patients souffrant de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) (59).

En Allemagne, d'autres prestations sont remboursées par l'assurance maladie obligatoire et par les assurances privées tels que le contrôle de la pression artérielle dans l'hypertension et la revue de médication incluant un suivi des patients prenant des anticancéreux oraux ou des immunosuppresseurs après une greffe (60).

En Belgique, depuis 2012, en cas de prescription comprenant un médicament en dénomination commune internationale (DCI), le pharmacien doit délivrer le médicament le moins cher. Ensuite, la législation à propos de la substitution des antibiotiques et des antimycosiques lors d'un traitement aigu a été mise en vigueur (61). Le pharmacien, qualifié alors de codécideur (54), est obligé de substituer les antibiotiques ou les antimycosiques vers les moins chers contenant la même substance active, au même dosage, pour la même forme et la même fréquence d'administration (61).

Le pharmacien belge a également le droit de délivrer deux médicaments au tiers payant applicable en auto-prescription. Il s'agit de la contraception d'urgence (62) ainsi que le vaccin grippe pour les patients de plus de 50 ans ou appartenant à un groupe à risque (63).

Cependant, les pharmaciens belges ne peuvent pas administrer le vaccin grippe. A contrario, dans de nombreux pays d'Europe, les pharmaciens d'officine peuvent vacciner contre la grippe. Les pharmaciens français ont le droit de vacciner depuis l'automne 2019 et les pharmaciens irlandais depuis octobre 2020. Cela permet de contribuer à une meilleure couverture vaccinale (64).

La crise de la Covid-19 a permis d'élargir le rôle du pharmacien dans de nombreux pays (65). En Belgique, des tests antigéniques ont pu être réalisés en officine ouverte au public et depuis février 2022, les pharmaciens sont en droit de délivrer un certificat en cas de test positif (66). Dans le but d'offrir un accès plus facile à la vaccination et d'augmenter la couverture vaccinale, les pharmaciens sont capables de prescrire et d'administrer le vaccin contre la Covid-19 directement en officine. Ils ont l'opportunité de suivre une formation de huit heures les autorisant à exercer cette nouvelle fonction (67).

Dans d'autres pays comme le Canada, des pharmaciens se sont vu accorder le droit de renouveler ou prolonger les ordonnances. De plus, ils ne sont plus obligés d'informer le médecin en cas de prolongement, ajustement ou remplacement de médicaments sauf si le médecin le demande (65). Au Portugal, les pharmaciens d'officine ont pu délivrer des médicaments réservés à l'usage hospitalier en officine. D'après une enquête, 91% des patients interrogés désirent que les pharmaciens d'officine conservent ce service (68).

1.3.1.3.2 Le pharmacien de référence et le schéma de médication

Depuis le 1^{er} novembre 2017, le concept de « pharmacien de référence » a été mis en place. La précédente ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Maggie De Block, ainsi que l'Association Pharmaceutique Belge (APB) et l'Office des Pharmacies Coopératives de Belgique (OPHACO) se sont mis d'accord pour que cette fonction soit reprise dans le texte de l'accord « cadre pluriannuel » (69).

Le pharmacien de référence désigne un pharmacien d'officine ouverte au public, choisi librement par un patient, dans le but d'assurer le suivi de ses soins pharmaceutiques. Son rôle est d'accompagner le patient dans sa médication pour un usage optimal et sûr de ses médicaments. Le pharmacien est le spécialiste des médicaments. C'est le seul professionnel de la santé à connaître entièrement la médication du patient, c'est-à-dire, les médicaments sur ordonnance mais également ceux en vente libre tels que les OTC, les compléments alimentaires, les dispositifs médicaux et les assimilés aux médicaments (70).

Le pharmacien de référence consiste en divers rôles. Premièrement, ce prestataire de soins doit enregistrer systématiquement dans le dossier pharmaceutique local et dans le dossier pharmaceutique partagé (DPP) du patient les produits qui lui sont délivrés. L'historique est à consulter lors de chaque délivrance afin de détecter les interactions avec les médicaments déjà pris et les éventuels dangers du nouveau médicament pour le patient. Ensuite, le pharmacien doit fournir au patient un schéma de médication complet et l'actualiser lors de chaque modification du traitement. Le pharmacien doit donc demander au patient les médicaments achetés sur Internet ou dans les grandes surfaces afin que ce schéma soit le plus complet possible. Enfin, grâce à la vue globale du DPP, le pharmacien peut livrer des conseils personnalisés et adaptés au besoin du patient. Il ne s'agit donc pas d'une prestation à un moment précis mais d'un suivi continu.

Le schéma de médication est une vue complète de tous les médicaments consommés par le patient. Le nom du médicament avec son dosage, sa posologie et son moment de prise y sont mentionnés ainsi que la date du début du traitement et les précautions d'utilisation. Il reprend également le nom du patient, la date de la création du schéma et l'identité de la pharmacie où a été réalisé le schéma. Il peut être utilisé comme un aide-mémoire pour le patient et permet d'augmenter l'adhésion thérapeutique (71).

Ce service se montre bénéfique pour le patient car cela lui permet de rester plus autonome et de contrôler sa santé. Utiliser correctement ses médicaments évite les complications et ralentit l'évolution de la maladie.

En outre, il s'agit d'une plus-value pour le pharmacien. En effet, à la différence du médecin généraliste qui est responsable du dossier médical global, le pharmacien est responsable du dossier pharmaceutique du patient. Le pharmacien devient donc la personne à contacter en cas de demande d'informations sur la médication du patient.

Choisir un pharmacien de référence s'adresse à tout patient qui ressent le besoin qu'un pharmacien l'aide de manière proactive à la bonne utilisation de ses médicaments. Ce service est gratuit pour le patient mais l'INAMI rémunère les pharmaciens d'officine par un forfait de 37,50 euros taxe sur la valeur ajoutée (TVA) comprise par an et par patient. Cet honoraire est prévu uniquement pour les patients utilisant au moins un médicament chronique remboursé et au moins quatre médicaments remboursés différents sur un an dans cette pharmacie. Les patients prioritaires sont ceux ayant le statut de « malades chroniques » et ceux suivant un pré-trajet de soins de diabète (72).

Afin de donner son consentement pour le traitement de ses données, le patient doit signer une convention. Cet accord permet un suivi des soins pharmaceutiques et également de partager le schéma de médication avec les autres professionnels de la santé. Suivant cette approche, le pharmacien collabore donc avec le médecin généraliste et les autres prestataires de soins pour garantir une qualité des soins au patient (71).

1.3.2 Les soins intégrés

1.3.2.1 Définition

Les soins intégrés sont une approche qui place le patient au centre. Celui-ci devient acteur de sa santé tout en étant entouré de prestataires de soins qui agissent ensemble en coordination. Les malades chroniques sont les premiers concernés. Etant définies comme des maladies de longue durée progressant lentement dans le temps, les pathologies chroniques demandent des soins en santé prolongés et une surveillance particulière. La population générale est également touchée par les soins intégrés. L'objectif est de maintenir tout citoyen en bonne santé. En effet, les soins intégrés visent à la promotion de la santé, à la prévention, au diagnostic et au traitement des maladies. Les professionnels de la santé travaillant en équipe multidisciplinaire continuent d'accompagner le patient lors de sa revalidation et assurent une continuité de sa prise en charge. En plus de concerner les prestataires de soins tels que les médecins généralistes ou les pharmaciens, les soins intégrés impliquent également les services sociaux, les dispensateurs d'aide ainsi que les proches du patient. La communication et la collaboration entre les différents professionnels améliorent la qualité des soins des patients et réduisent les coûts liés à la santé (73) (74) (75).

1.3.2.2 Développement des soins intégrés en Belgique

Actuellement, le système de soin de santé belge est axé essentiellement sur le traitement des affections aiguës. On observe depuis plusieurs années que le nombre de patients atteints d'affections chroniques augmente. En 2018, 29,3% des belges souffraient d'une maladie chronique (76). De plus, la population se voit de plus en plus vieillir. Cela a pour conséquence une augmentation des besoins en soins de santé de la population belge. Les patients ont besoin d'être pris en charge dans leur globalité tout en étant suivis sur le long terme. Evoluer vers les soins intégrés serait la solution.

En février 2016, les ministres de la santé publique des entités fédérées et de l'autorité sociale ont émis une demande à projet touchant les malades chroniques s'appelant « des soins intégrés pour une meilleure santé ». L'attente des ministres était de créer des projets pilotes pour développer les soins intégrés en Belgique. Un guide reprenant les objectifs attendus a été mis au point après concertation afin d'orienter les prestataires de soins voulant s'y investir. Parmi les 70 propositions de projets reçues, 20 projets ont été choisis. Après analyse des candidatures, une dernière sélection a été effectuée retenant 12 projets pilotes de soins intégrés. Ces derniers ont démarré leurs activités début de l'année 2018 et ont bénéficié d'un financement pour quatre ans. Cependant, les projets ont été affectés lors de la crise de la Covid-19. Le financement par le Comité d'assurance de l'INAMI a donc été prolongé d'une année, c'est-à-dire jusqu'au 31 décembre 2022 (75).

Le ministre de la Santé public, Frank Vandenbroucke, a mentionné dans la note politique d'octobre 2022 qu'un nouveau plan interfédéral de soins intégrés allait être mis en place dans les prochaines années (77). Ce plan va s'inspirer de l'expérience vécue par les projets pilotes. C'est pour cela qu'en juillet 2022, l'INAMI a décidé de poursuivre le financement des 12 projets pour une durée de 30 mois. Cette période va permettre de clarifier l'organisation du développement des soins intégrés en Belgique. Effectivement, les projets pilotes montrent la voie à suivre pour implémenter les soins intégrés. En testant leurs diverses actions, les acteurs de terrains identifient les obstacles à affronter, les difficultés rencontrées ainsi que les points à améliorer. Dans un premier temps, les malades chroniques étaient la population ciblée pour ensuite se diriger vers une approche populationnelle (78).

Dans l'intention d'évaluer la maturité des soins intégrés en Belgique, le centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a réalisé une enquête auprès des acteurs de terrains. Ce

rapport d'octobre 2022 fait suite à la demande du ministre Frank Vandenbroucke. Les points à améliorer pour une transition vers l'intégration des soins ont été expliqués. Trois recommandations ont été soulignées, à savoir un accord politique clair, une approche des territoires et une réforme du financement. La publication du plan interfédéral va remédier à certains points. En effet, les différents projets pilotes ainsi que les nouvelles réformes tendent vers les soins intégrés. Cependant, leurs différentes actions en cours sont dispersées et ne s'alignent pas entre elles. Les acteurs veulent se diriger vers un projet global commun. Ils demandent donc une coordination interfédérale et une programmation claire des différentes interventions. Un tel changement demande un développement progressif. Des priorités et des échéances doivent être définies, de même que les rôles et fonctions de chaque intervenant. Ensuite, la taille et la gestion des territoires doivent également être déterminées. Il faut préciser la population pour laquelle les prestataires de soins sont responsables au niveau de la continuité des soins. La taille du territoire doit être telle que les professionnels puissent tisser des liens entre eux, se connaître et échanger à propos des données médicales des patients. Toutefois, le territoire doit intégrer un secteur hospitalier dans le réseau. Relier les hôpitaux avec le secteur ambulatoire et résidentiel est primordial pour éviter de fragmenter les soins. De plus, la pénurie de professionnels de la santé en Belgique ne leur donne pas spécialement l'opportunité d'échanger ou de mettre l'accent sur la promotion de la santé. Pour se faire, la première ligne doit être renforcée. Pour finir, le système de financement doit être revu étant donné qu'actuellement les prestations sont rémunérées à l'acte (74).

La première proposition étant attendue pour fin 2023, le nouveau plan interfédéral reposera sur le « Quintuple Aim (5AIM) ». Les objectifs de ce principe sont l'amélioration de la santé de la population, l'accroissement de la perception de la qualité des soins par le patient, une utilisation efficiente des ressources disponibles, une justice sociale et une inclusion en particulier pour les patients les plus vulnérables ainsi que l'amélioration du bien-être des professionnels de la santé. Pour élaborer ce nouveau plan interfédéral, la cellule politique travaille en concertation avec l'INAMI, le Service Public Fédéral (SPF) Santé publique et le consortium WeCare (77).

1.3.2.3 Les projets pilotes en Belgique

Parmi les 12 projets pilotes de soins intégrés répartis sur l'ensemble du territoire belge, six se sont développés en Flandre, un à Bruxelles et cinq en Wallonie. Ces projets se délimitent chacun à un territoire défini. En Wallonie, on retrouve le projet « PACT » visant la région du Centre, « Resinam » pour les régions de Namur et Profondville, « Relian » touchant Liège et Seraing, « Chronipôle » qui s'étend sur Liège mais aussi à Huy et Waremme et enfin, pour l'entièreté de la province du Luxembourg, « Chronilux » (79). D'après l'INAMI, plus de 10 000 patients ont bénéficié des actions mises en place (80). Parmi celles-ci, la réconciliation médicamenteuse, le dépistage du diabète et des ateliers sur l'activité physique sont entrepris dans plusieurs projets (79).

En plus de ces projets portant sur les soins intégrés, 19 projets de soins alternatifs aux personnes âgées fragiles (P3) et 32 projets de soins en santé mentale (réseaux SSM) sont également soutenus par l'INAMI (81).

1.3.2.4 Aspects économiques

L'aspect économique des soins intégrés a également été analysé dans le rapport du KCE. Comme les prestataires de soins ne sont rémunérés qu'à l'acte, cela ne les pousse pas à collaborer et à inciter à la prévention. Le passage vers les soins intégrés va donc provoquer un changement dans le modèle de financement.

Un investissement initial était indispensable pour démarrer le projet des soins intégrés. Le développement d'une nouvelle stratégie de soins demande du temps, des dispositions financières et également du personnel pour gérer au mieux les ressources (74). Lorsque les soins intégrés seront implémentés, un retour sur investissement devrait être observé. En effet, d'après plusieurs études, les soins intégrés sont économiques et efficaces. La promotion de la santé et la prévention permettent de maintenir la population en bonne santé au niveau physique, mental et social. Eviter les maladies et améliorer la santé de la population mènent à une réduction des coûts des soins curatifs sur le long terme. De plus, l'accompagnement du patient lors d'un traitement et la continuité des soins après une hospitalisation ont de nombreux avantages au niveau financier. Les coûts liés aux ré-hospitalisations, à de plus longues durées de séjour à l'hôpital ainsi qu'aux doubles emplois dans les prestations peuvent être épargnés (82).

1.4 Le projet « Plan d'accompagnement Concerté Transversal » (PACT)

1.4.1 Présentation et objectifs

Soutenu par le SPF Santé et l'INAMI, le projet PACT, Plan d'Accompagnement Concerté Transversal, est un projet pilote de soins intégrés visant la région Hainaut Centre. En 2019, au début de son activité, ce projet concernait les villes de La Louvière, Binche et Morlanwelz pour s'étendre fin 2021 aux 12 communes de la Communauté Urbaine du Centre, à savoir Anderlues, Soignies, Le Roeulx, Braine-le-Comte, La Louvière, Estinnes, Binche, Morlanwelz, Chapelle-Lez-Herlaimont, Manage, Seneffe et Ecaussinnes.

Ce projet vise à ce que la santé des citoyens soit améliorée et à ce que le patient perçoit des soins de qualité. De plus, il veille au bien être des prestataires de soins et à une justice sociale en privilégiant les plus vulnérables. Le PACT travaille en collaboration avec des acteurs de territoires comme les médecins, les pharmaciens, les infirmiers, les assistants sociaux, les kinésithérapeutes.

Le projet PACT propose différentes actions telles que le dépistage du diabète en officine, la réconciliation médicamenteuse, la revue de médication. En 2021, plus de 2000 patients ont bénéficié d'une ou plusieurs actions du PACT, ce qui a permis de rapprocher les patients des prestataires de soins. Le patient est considéré comme un partenaire et devient acteur de sa propre santé. Il suit un plan adapté et spécifique à sa propre personne. Les professionnels de la santé sont présents pour lui livrer des informations complètes sur sa santé et le soutenir dans son parcours de soins. Leur relation est basée sur la confiance, l'empathie et le respect.

La réconciliation médicamenteuse, l'une de leur action, a pour objectif d'améliorer et d'assurer la continuité des soins du patient entre son domicile et un système de soin. Elle permet de sécuriser le traitement du patient grâce au partage d'informations à propos de la médication du patient entre les différents prestataires de soins. Cette action est réalisable grâce à la collaboration du PACT avec l'Union Pharmaceutique du Hainaut Occidental et Central (UPHOC), l'Office des Pharmacies Coopératives de Belgique (OPHACO) et les trois hôpitaux partenaires : le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Tivoli, le Groupe Jolimont, le Centre Hospitalier Régional (CHR) de la Haute Senne (83).

1.4.2 Stratégie pour la réconciliation médicamenteuse

De par leur disponibilité et leur facilité d'accès (53), les pharmaciens d'officine ouverte au public peuvent recevoir la visite de leurs patients à tout moment et des relations de confiance peuvent se créer. Grâce à cet avantage, ils peuvent échanger à propos de la médication de leurs patients et des éventuels problèmes liés. Les patients vont généralement se tourner en premier vers leur pharmacien d'officine après leur sortie d'hôpital (84). Ces prestataires de soins de première ligne ont pour mission d'accompagner leurs patients lors de leur retour en ambulatoire. Pour pouvoir les suivre adéquatement, les informations concernant leurs hospitalisations doivent être transférées aux pharmaciens d'officine (85).

Le PACT a décidé d'impliquer les pharmaciens d'officine pour réaliser la réconciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie de l'hôpital. Ce projet propose de communiquer entre l'hôpital et le milieu ambulatoire au moyen d'enveloppes.

Pour l'entrée, des enveloppes bleues sont utilisées et portent la mention « à remettre lors de votre hospitalisation ». Le patient reçoit cette enveloppe à l'hôpital lors de sa préadmission et est invité à se rendre chez son pharmacien de référence afin d'obtenir son schéma de médication complet et à jour. Ce schéma reprend tous les médicaments pris par le patient ainsi que les compléments alimentaires ou autres consommés. Le pharmacien peut y ajouter les allergies du patient ou autres points particuliers. Ensuite, cette enveloppe est remise par le patient à l'équipe de soins qui le prend en charge le jour de son hospitalisation (Annexe 1-2).

Lors de sa sortie, le patient reçoit une enveloppe verte qui sert de communication entre l'hôpital et la pharmacie de ville. La phrase « à remettre à votre pharmacien » écrite sur l'enveloppe indique à qui elle s'adresse. Les prescriptions du patient ainsi que s'il y a lieu, le schéma de médication réalisé à l'hôpital se trouvent à l'intérieur. Réaliser le schéma de médication est recommandé pour les patients polymédiqués (Annexe 3-4).

Lors de la réception de cette enveloppe, le pharmacien de référence compare le schéma médicamenteux du patient qu'il avait réalisé au préalable à l'officine avec le bilan médicamenteux contenu dans l'enveloppe. Il est chargé de détecter les éventuels problèmes liés aux médicaments (PLM) comme les doublons, les interactions, les erreurs de dosage ou autres. Cependant, il ne s'agit pas d'une revue complète de la médication. Le pharmacien a également pour rôle d'expliquer les changements et de s'assurer la bonne compréhension du

traitement par le patient ou son proche. Enfin, celui-ci invite le patient à se rendre chez son médecin généraliste pour assurer un bon suivi.

La réconciliation médicamenteuse à l'officine se réalise en cinq étapes.

- 1) Le pharmacien débute par la prise en charge de son patient et s'interroge sur son hospitalisation.
- 2) Après avoir collecté les informations sur le traitement du patient, il compare les schémas de médication avant et après l'hospitalisation.
- 3) Il détecte les informations non cohérentes ainsi que les PLM et les résout.
- 4) Un contact avec le médecin généraliste est parfois nécessaire mais il est également important de discuter avec le patient ou son proche des éventuels problèmes.
- 5) Enfin, la discussion se clôture par l'accompagnement du patient dans sa médication, par la présentation du nouveau schéma et par les conseils de première délivrance ou suivi. Tout changement dans la médication doit être souligné et il est indispensable que le pharmacien vérifie la bonne compréhension de toutes les informations par le patient. Il doit également l'encourager à se rendre chez son médecin généraliste et doit s'assurer qu'une infirmière ou un proche soit disponible en cas de soins à réaliser.

Des fiches explicatives sont contenues à l'intérieur des enveloppes bleues et vertes afin que les pharmaciens d'officine ouverte au public sachent ce qu'ils doivent faire lors de la réception des enveloppes. Un coaching des pharmaciens d'officine ouverte au public par des pharmaciens coach du PACT a, en outre, été mis en place dans ce projet. Une carte santé est également présente dans l'enveloppe. Il est conseillé au patient de renseigner ses différents prestataires de soins sur cette carte comme son médecin généraliste, son infirmier à domicile, son kinésithérapeute et la personne à contacter en cas d'urgence (Annexe 5).

Ces deux actions réalisées par les pharmaciens d'officine ouverte au public sont rémunérées. Le pharmacien reçoit un honoraire de 10 euros hors TVA pour la réalisation du schéma de médication avant l'hospitalisation et de 21 euros hors TVA pour la comparaison des schémas après l'hospitalisation (83).

1.5 Présentation du Centre Hospitalier Régional de la Haute Senne

Situé au centre de Soignies, le CHR Haute Senne compte 246 lits agréés. Il comprend trois sites hospitaliers, à savoir le Tilleriau, Saint-Vincent et le Goéland ainsi que quatre centres médicaux situés à Braine-le-Comte, Tubize, Enghien et au Rœulx. Le respect, la confiance, l'humanisme et la rigueur sont les valeurs défendues par cet établissement. Leur objectif est d'offrir des soins de qualité aux patients et de garantir une continuité optimale de ces soins. Néanmoins, il met également l'accent sur la prévention.

Afin de s'améliorer continuellement dans l'organisation et la gestion de l'hôpital mais également dans la qualité et la sécurité des soins, le CHR Haute Senne a entamé une démarche d'accréditation. Suivant des règles d'excellence reconnues au niveau international et référencées, des experts-visiteurs ont évalué différents critères. En mai 2019, le CHR Haute Senne a été accrédité « Or » par l'Accréditation Canada International (ACI). Depuis, une visite à blanc a eu lieu en juin 2022. Le point concernant la réconciliation médicamenteuse n'était pas suffisamment développé au sein de l'hôpital, ce qui a poussé le CHR Haute Senne à suivre l'action du projet PACT. Le but est de s'améliorer et de répondre à ce défi.

Le CHR Haute Senne dispose de différents services dont la médecine, la gériatrie, la pédiatrie, la maternité, l'orthopédie, la chirurgie, l'unité de soins intensifs et la réadaptation-revalidation. L'hôpital comprend également quatre hôpitaux de jour : l'hôpital de jour médical oncologique, chirurgical, gériatrique et pédiatrique. L'arrivée à l'hôpital du patient peut se dérouler de deux manières différentes. Le patient peut se présenter soit aux urgences, soit pour une hospitalisation classique. Si le patient se manifeste aux urgences et qu'il est ensuite dirigé vers un service d'hospitalisation, il s'agit d'une hospitalisation non-programmée. Dans le cas où l'hospitalisation était convenue avec le médecin et les secrétaires, on parle d'hospitalisation programmée (86).

Cet hôpital collabore avec plusieurs maisons de repos et de soins (MRS) se situant autour de Soignies. Des réunions rassemblant des prestataires de soins des MRS et du CHR Haute Senne sont organisées durant l'année. Ces réunions visent à échanger des informations sur les changements ou les nouveautés à l'hôpital ou en MRS.

L'officine hospitalière du CHR Haute Senne comprend cinq pharmaciens. La pharmacie clinique est exercée au sein de cet hôpital en « back office » au moyen des outils informatiques de prescription médicale informatisée et du dossier informatisé. Etant donné l'absence actuelle

de pharmacie clinique en « front office » au sein du CHR Haute Senne, la méthodologie du projet PACT apparaît intéressante pour optimiser la réconciliation médicamenteuse chez les patients hospitalisés.

1.6 Outils qualités utilisés en hôpital pour encadrer une démarche d'amélioration continue

Parmi les outils qualités utilisés en hôpital, deux outils nous sont apparus intéressants dans le cadre de ce travail : la roue de Deming et la méthode A3 LEAN Toyota.

1.6.1 La roue de Deming

Inventée par William Edwards Deming, la roue de Deming est une méthode permettant de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue. Elle est utilisée pour résoudre une tâche posant problème au sein d'une entreprise ou pour développer de nouvelles initiatives de manière contrôlée (87). Cette roue est composée de quatre étapes qui se succèdent et se répètent jusqu'à atteindre le résultat attendu. Ces phases forment le cycle « PDCA » signifiant *Plan, Do, Check* et *Act*. Premièrement la phase « Plan » définit les différents objectifs à atteindre. Un plan détaillé reprenant les diverses tâches est établi. La phase « Do » consiste à mettre en œuvre l'action. Ensuite, le point clé de l'amélioration continue se trouve dans l'itération « Check ». Il s'agit d'analyser les résultats obtenus et de les comparer avec ceux attendus en détectant les difficultés. Pour terminer, l'étape « Act » se résume à corriger les discordances entre l'attendu et l'espéré et engager de nouvelles actions (88). La roue de Deming est apparue comme un outil de qualité intéressant pour implémenter la réconciliation médicamenteuse à l'entrée du CHR Haute Senne.

1.6.2 La méthode LEAN A3 Toyota

L'outil LEAN A3 développé par Toyota a pour objectif de résoudre les problèmes dans le cadre d'une approche d'amélioration continue. Ces informations sont rédigées sous forme d'un rapport se limitant à une seule face de papier A3, d'où son nom (89). Cet outil est régulièrement utilisé en tant qu'outil qualité au CHR Haute Senne. Dans ce travail, cet outil nous est ainsi apparu le plus opportun pour améliorer la réconciliation médicamenteuse en fin

d'hospitalisation. Cette méthode est basée sur huit points permettant de formuler clairement le problème et de trouver des solutions adaptées. Les questions détaillées sont :

- Quel est le problème ?
- Quelle est la situation actuelle ?
- Quelles sont les causes principales du problème ?
- Quelle est la situation désirée ?
- Quelles sont les mesures à prendre ?
- Qui fait quoi, quand, où, date ?
- Quels sont les résultats obtenus ?
- Comment assurer que la situation perdure ?

2. Objectifs du travail

Les objectifs de ce travail sont les suivants :

- Evaluer la réconciliation médicamenteuse dans les principales unités d'hospitalisation du CHR Haute Senne
- Instaurer et évaluer l'impact de l'implémentation au CHR Haute Senne d'un système uniforme de réconciliation médicamenteuse selon la méthodologie du Projet PACT qui intègre une approche de soins pharmaceutiques transmuraux

3. Partie expérimentale

3.1 Aspects éthiques et réglementaires

Début septembre 2022, l'accord des médecins chefs de service de Gériatrie, de Médecine et de Réadaptation-revalidation a été demandé afin de pouvoir démarrer le travail à la mi-novembre 2022. Après acceptation du projet de leur part, un dossier d'étude a été soumis au Comité d'éthique du CHR Haute Senne. Cette demande comprenait une section administrative, une présentation du projet, une explication du protocole ainsi qu'une déclaration reprenant les principaux engagements éthiques et de protection des données patients. Dans ce travail, au vu du caractère rétrospectif de la collecte des données patients, le consentement du patient n'était pas requis. Un avis favorable du Comité d'éthique a été reçu en date du 20/09/2022 pour réaliser le projet.

3.2 Matériel et méthodes

Le travail de recherche s'est étalé sur six semaines, soit du 14 novembre au 23 décembre 2022. La première partie consistait à implémenter la réconciliation médicamenteuse à l'entrée de l'hôpital en suivant le modèle de la roue de Deming. La deuxième partie développait, quant à elle, la réconciliation médicamenteuse à la sortie de l'hôpital selon une étude rétrospective quantitative quasi-expérimentale monocentrique. Ces deux parties sont détaillées ci-dessous séparément.

3.2.1 A l'entrée de l'hôpital

3.2.1.1 Population ciblée

La population ciblée pour implémenter la réconciliation médicamenteuse à l'entrée est tout patient admis à l'hôpital de façon programmée ou non.

3.2.1.2 Etat des lieux (Check)

Un état des lieux sur le système de réconciliation médicamenteuse à l'admission du patient a été réalisé auprès des secrétariats de préadmission et dans les services de Gériatrie, Médecine et Réadaptation-revalidation. Celui-ci consistait à interroger les personnes de terrain pour évaluer la situation de la réconciliation médicamenteuse au CHR Haute Senne.

3.2.1.3 Nouvelle action engagée (Act)

Sur base des éléments identifiés lors de l'état des lieux, des rectifications ont été proposées afin d'améliorer la réconciliation médicamenteuse à l'entrée de l'hôpital et de répondre aux normes de qualité requises pour l'accréditation. Le fait de développer la réconciliation médicamenteuse selon la méthodologie du projet PACT dans toutes les unités de soins devrait permettre d'uniformiser les pratiques et d'instaurer une procédure commune.

3.2.1.4 Planification (Plan)

Une planification des différentes tâches à accomplir a été effectuée afin d'implémenter un système uniforme pour la réconciliation médicamenteuse lors de l'admission du patient au CHR Haute Senne. Ces tâches ont été attribuées à l'étudiant investigateur et consistaient en :

- Le dépôt des enveloppes bleues du PACT à différents endroits dans l'hôpital afin de cibler un maximum de patients se présentant pour une hospitalisation programmée ou non.
- La réalisation d'interventions pharmaceutiques afin d'expliquer l'utilisation des enveloppes bleues du projet PACT au personnel du CHR Haute Senne. Ces interventions consistaient en des visites de sensibilisation ou des séminaires auprès du service des archives, de différents secrétariats de préadmission, des unités de Gériatrie 1, Gériatrie 2, Médecine 1 et Médecine 2, des médecins chefs de service et de MRS.
- La rédaction d'une communication écrite à l'attention des anesthésistes.
- La rédaction d'une communication écrite à l'attention des MRS.

3.2.1.5 Interventions pharmaceutiques (Do)

Les différentes tâches planifiées à l'étape précédente ont ensuite été réalisées par l'étudiant investigateur.

3.2.2 A la sortie de l'hôpital

3.2.2.1 Type d'étude

Cette deuxième partie présente une étude quantitative quasi-expérimentale rétrospective monocentrique. En effet, cette étude a été réalisée au CHR Haute Senne en l'absence de randomisation (échantillonnage de commodité). Elle consistait en l'évaluation de l'impact

d'interventions pharmaceutiques sur les pratiques de réconciliation médicamenteuse en sortie d'hospitalisation suivant la méthodologie du Projet PACT.

3.2.2.2 Population ciblée

L'admissibilité à l'étude est déterminée sur les patients du CHR Haute Senne hospitalisés entre le 16/11/2022 et le 25/11/2022 (Audit 1) et entre le 07/12/2022 et le 16/12/2022 (Audit 2).

Les critères d'inclusion à l'étude sont les suivants :

- Les patients hospitalisés dans l'un des 3 services d'hospitalisation suivant¹ :
 - o La gériatrie² qui comprend l'unité de Gériatrie 1 et l'Unité de Gériatrie 2
 - o La médecine³ qui comprend l'Unité de Médecine 1 et l'Unité de Médecine 2
 - o La réadaptation-revalidation⁴ qui comprend l'Unité de Réadaptation-revalidation 1 et l'Unité de Réadaptation-revalidation 2
- Les patients qui rentraient à leur lieu de résidence après avoir été hospitalisés.

Les critères d'exclusion à l'étude sont les suivants :

- Les patients transférés vers une autre unité d'hospitalisation.

¹ Dans ce travail, les unités de Gériatrie 1 et Gériatrie 2 sont considérées comme une unité. Il en est de même pour les unités de Médecine 1 et Médecine 2 et les unités de Réadaptation-revalidation 1 et Réadaptation-revalidation 2. Il y a donc trois unités de soins ciblées.

² Les patients gériatriques souffrant généralement de pathologies chroniques multiples sont plus à risque de polymédication. Leur homéostasie change et leur métabolisation est différente, ce qui peut provoquer une augmentation de la fréquence des effets indésirables des médicaments. Ces patients souvent dénutris et fragiles sont à risque de chutes et de déshydratation.

³ Le service de médecine reprend différentes spécialités à savoir la cardiologie, la pneumologie, la gastro-entérologie, l'endocrinologie, les problèmes infectieux, l'oncologie et la neuropsychiatrie. Cette unité de soins accueille des patients d'âges très variés et ayant des pathologies très diverses.

⁴ La réadaptation-revalidation est un service permettant la rééducation du patient avant leur retour à domicile ou en MRS. Majoritairement, les patients proviennent d'un transfert d'une autre unité de soins de l'hôpital et séjournent relativement longtemps dans ce service. Leurs traitements ont généralement changé depuis leur entrée à l'hôpital.

3.2.2.3 Audits et interventions pharmaceutiques

Concernant la réconciliation médicamenteuse en sortie d'hospitalisation, deux audits ont été réalisés sur l'utilisation des enveloppes vertes du PACT dans trois services d'hospitalisation du CHR Haute Senne⁵. Le premier audit qui portait sur le groupe « pré-intervention » avait pour objectif de réaliser un premier état des lieux. Celui-ci a été effectué de façon rétrospective sur les patients sortis d'hospitalisation entre le 16/11/2022 et le 25/11/2022.

Suite aux résultats de l'audit 1, des interventions pharmaceutiques ont été réalisées du 28/11/2022 au 09/12/2022. Celles-ci avaient pour objectif de développer la réconciliation médicamenteuse à la sortie dans trois unités d'hospitalisations du CHR Haute Senne. La méthodologie suivie est celle du projet PACT qui propose d'utiliser des enveloppes de couleur verte pour le bilan comparatif des médicaments. Cette enveloppe remise au patient en fin d'hospitalisation doit contenir ses prescriptions et son nouveau schéma de médication. Elle a pour destinataire son pharmacien de référence. De plus, cette enveloppe doit rester ouverte pour permettre au patient de consulter ses documents comme il le souhaite. Les interventions pharmaceutiques visant l'implémentation du projet PACT en sortie d'hospitalisation ciblaient le personnel médical, administratif et infirmier des trois services d'hospitalisation inclus dans l'étude. L'étudiant investigateur a ainsi réalisé à leur attention des interventions pharmaceutiques en temps réel ainsi que des visites de sensibilisation et des séminaires.

Le deuxième audit a également été effectué de façon rétrospective. Celui-ci portait sur le groupe « intervention » qui comprenait les patients sortis d'hospitalisation entre le 07/12/2022 et le vendredi 16/12/2022, période au cours de laquelle étaient réalisées des interventions pharmaceutiques.

Une fois les deux audits réalisés, l'objectif était de comparer le groupe « pré-intervention » avec le groupe « intervention » afin de mesurer l'impact des interventions pharmaceutiques réalisées.

⁵ Deux de ces services sont situés sur le site du Tilleriau (la Gériatrie et la Médecine) et l'autre est situé sur le site Saint-Vincent (la Réadaptation-revalidation).

3.2.2.4 Données collectées, indicateurs et outils de collecte des données

Les premières données collectées étaient les noms et prénoms des patients sortis la veille. Ils étaient demandés aux secrétaires de chaque service ciblé. Pour les services de Gériatrie et de Médecine, les informations étaient demandées lors d'un passage quotidien en présentiel. Comme les services de Réadaptation-revalidation se trouvent sur un autre site, la communication se faisait par téléphone.

A partir des noms et prénoms, les données ont pu être consultées dans les dossiers médicaux informatisés des patients via le logiciel Omnipro (version 2019, XPERTHIS SA). Les données démographiques qui ont été recueillies étaient les suivantes : l'âge, le sexe, le lieu de résidence. Les données médicales comprenaient le service dans lequel le patient a été hospitalisé, le nombre et les types de comorbidités, le type d'hospitalisation (programmée ou urgente) et la durée de séjour à l'hôpital.

Le traitement médicamenteux pris à domicile avant l'hospitalisation et le traitement défini après hospitalisation ont également été collectés. Ces deux traitements ont été comparés grâce à différents indicateurs choisis. Parmi ces indicateurs, on retrouve le nombre moyen de médicaments chroniques à l'entrée, le nombre moyen de MHR chroniques à l'entrée, le nombre moyen de médicaments nouvellement prescrits, le nombre moyen de MHR nouvellement prescrits, le nombre moyen de médicaments à arrêter après l'hospitalisation, le nombre moyen de switch générique-spécialité, le nombre moyen de changements de dosage, le nombre moyen de changements de molécule ATC4, la moyenne du total des médicaments à la sortie et la moyenne du total de MHR à la sortie.

Aussi, le taux d'enveloppes vertes du PACT remises en sortie d'hospitalisation était l'indicateur qui permettait d'évaluer l'efficacité des interventions pharmaceutiques réalisées dans ce travail. Ces notifications de remises d'enveloppes ont donc également été collectées. Cette donnée était récupérée dans la lettre de sortie dans le dossier médical du patient, dans une farde ou sur une feuille de suivi spécifique présente dans le service⁶.

⁶ Notification par un médecin ou par une secrétaire du service d'hospitalisation

Les différentes données ont été répertoriées dans un tableau Microsoft Excel (version 2016 ; Microsoft Corporation, Redmond, WA, Etats-Unis). Un pourcentage ou une moyenne a été calculé en fonction des indicateurs.

3.2.2.5 Analyse statistique des données

Afin de déterminer si le groupe pré-intervention et le groupe intervention étaient similaires, une analyse statistique a été réalisée. Un test de χ^2 dont le niveau de significativité était fixé à 5 % a été effectué pour analyser les variables catégorielles (sexe, nombre de patients par unité de soins, nombre de patients résidant en MRS, nombre de patients porteurs de plus de 3 comorbidités, nombre de patients admis en hospitalisation programmée). Un test de Student était utilisé pour la comparaison entre les deux groupes des variables suivantes : l'âge des patients, la durée de séjour à l'hôpital, le nombre de médicaments chroniques à l'entrée, le nombre de MHR chroniques à l'entrée, le nombre de médicaments nouvellement prescrits, le nombre de MHR nouvellement prescrits, le nombre de médicaments à arrêter après hospitalisation, le nombre de switch spécialité-générique, le nombre de changements de dosage, le nombre de changements de molécule ATC4, le nombre total de médicaments à la sortie et le nombre total de MHR à la sortie. Un $p < 0,05$ était considéré statistiquement significatif.

Nous avons ensuite comparé, entre le groupe pré-intervention et le groupe intervention, le pourcentage de patients ayant reçus l'enveloppe verte du PACT à la sortie de l'hôpital pour la réconciliation médicamenteuse. Un test de χ^2 à un niveau de significativité de 5% a été établi afin de déterminer si oui ou non il y avait une différence entre les deux groupes.

3.2.2.6 Outil LEAN A3

Afin que la mise en place de la réconciliation médicamenteuse perdure dans les 3 services d'hospitalisation pilotes et qu'elle soit étendue à l'ensemble des services d'hospitalisation du CHR Haute Senne, l'outil Lean A3 Toyota a été utilisé. Des réponses aux questions suivantes ont ainsi été formulées :

- Quel est le problème ?
- Quelle est la situation actuelle ?
- Quelles sont les causes principales du problème ?
- Quelle est la situation désirée ?
- Quelles sont les mesures à prendre ?

- Qui fait quoi, quand, où, date ?
- Quels sont les résultats obtenus ?
- Comment assurer que la situation perdure ?

3.3 Résultats et discussion

3.3.1 A l'entrée de l'hôpital

3.3.1.1 Etat des lieux (Check)

L'analyse de la situation de départ concernant la réconciliation médicamenteuse à l'entrée a permis de comprendre à l'étudiant investigateur le fonctionnement des prises de rendez-vous par les patients pour les admissions programmées ainsi que le déroulement des transferts des patients depuis les urgences vers une unité de soins pour une hospitalisation non programmée. De plus, cela lui a permis de déterminer les différents points où il pouvait agir pour développer la réconciliation médicamenteuse à l'entrée. Trois parties distinctes ont été identifiées : les hospitalisations programmées, les hospitalisations non programmées et les MRS.

En ce qui concerne les hospitalisations programmées, les secrétariats de préadmission ont été consultés. Les secrétaires se chargent de planifier les différents rendez-vous et d'organiser les interventions ou examens médicaux des patients. La procédure de rendez-vous est différente en fonction du type d'intervention et d'hospitalisation que le patient va subir.

Dans le cas des interventions moins invasives de type coronarographie, un courrier postal reprenant les informations pour l'hospitalisation est envoyé au domicile du patient. Ce courrier rappelle le jour, l'heure et l'endroit du rendez-vous, ce que le patient doit faire avant l'intervention et ce qu'il doit emporter. Il est également indiqué que le patient doit apporter ses médicaments ou une liste de ses médicaments.

Dans le cas des interventions plus invasives de type chirurgie, le patient reçoit une farde contenant les documents indispensables pour l'hospitalisation. Pour les personnes ayant recours à une anesthésie, la farde contient une feuille A4 sur laquelle le traitement médicamenteux du patient doit être inscrit. Cette feuille est à compléter et à remettre lors de la consultation préopératoire avec l'anesthésiste.

Dans les deux cas de figures, les secrétaires passent un appel téléphonique au patient dans les jours précédant l'hospitalisation ou le rendez-vous avec l'anesthésiste.

Les listes de médicaments apportées par les patients sont majoritairement de mauvaise qualité. En effet, l'écriture des listes manuscrites n'est pas toujours lisible. Des listes ne reprennent pas tous les médicaments pris par le patient, certaines datent de plusieurs mois et présentent donc un traitement qui n'est plus actualisé.

Pour les hospitalisations non-programmées, le personnel des services de Gériatrie, de Médecine et Réadaptation-revalidation ont été interrogés. Ces unités de soins ont été sélectionnées car les patients y résidant sont généralement polymédiqués ou âgés. Le service de Réadaptation-revalidation avait été sélectionné. Cependant, après discussion avec le personnel du service, il s'avère que la majorité des patients étaient transférés d'un autre service du CHR Haute Senne. La recherche du traitement à l'entrée s'est déjà effectuée au préalable dans le service dans lequel résidait le patient avant son transfert.

En Gériatrie et Médecine, environ la moitié des hospitalisations ne sont pas planifiées. Ces patients sont transférés depuis les urgences vers le service. Les médicaments pris chroniquement par les patients hospitalisés après s'être présentés aux urgences doivent être visualisés dans le dossier patient informatisé complété par l'urgentiste. Afin de confirmer cette liste, le patient doit communiquer ses médicaments consommés de manière orale s'il est capable de parler. Cette liste est aussi vérifiée auprès des proches. Si le patient est confus ou en incapacité de communiquer, le traitement est directement demandé aux proches, au médecin généraliste ou en dernier recours au pharmacien de référence. Les assistants médecins ou secrétaires doivent donc passer plusieurs appels téléphoniques avant d'avoir la liste complète des médicaments pris par le patient. Cela représente une perte de temps pour eux et pour la prise en charge du patient. De plus, ils ne sont pas certains que cette liste soit complète. Par exemple, le médecin généraliste ne connaît pas les OTC et compléments alimentaires consommés par le patient.

Les patients venant de MRS collaborant avec le CHR Haute Senne sont traités séparément étant donné que le CHR Haute Senne peut communiquer directement avec ces MRS. Lors d'une hospitalisation programmée, le patient venant de MRS est généralement muni de son

dossier médical. Ce dossier contient les informations personnelles et médicales du patient dont sa liste de médicaments chroniques. En cas d'hospitalisations non-programmées, le patient se présente parfois avec son dossier aux urgences. Cependant, ce dossier peut être perdu dans l'hôpital et n'atteint donc pas le service dans lequel le patient est transféré. Dans le cas où le patient se présente aux urgences sans sa liste de médicaments, les secrétaires du service dans lequel le patient est hospitalisé appelle la MRS qui envoie la liste par faxe.

3.3.1.2 Nouvelle action engagée (Act)

Suite à l'état des lieux, il en est ressorti que la réconciliation médicamenteuse à l'entrée n'est pas suffisamment développée au sein de l'hôpital. En effet, celle-ci doit être améliorée afin de répondre aux normes de qualité requises pour l'accréditation. Le choix de l'hôpital s'est porté sur la méthodologie de réconciliation médicamenteuse du projet PACT pour toutes les unités d'hospitalisation afin d'uniformiser les pratiques et d'instaurer une procédure commune. Le but est de diminuer les erreurs médicamenteuses. Il s'agit d'une prévention globale des événements indésirables médicamenteux. Effectivement, si un médicament n'est pas mentionné dans la liste, cela peut engendrer des événements indésirables graves pour le patient. Toute enveloppe bleue ramenée complétée à l'hôpital permet de minimiser les risques d'erreur médicamenteuse pour un patient donné.

3.3.1.3 Planification (Plan)

Un planning a été établi pour les différentes tâches d'implémentation à entreprendre par l'étudiant investigateur.

Les dates suivantes ont ainsi été fixées pour chaque tâche :

- Le dépôt des enveloppes bleues du PACT à différentes places dans l'hôpital afin de cibler un maximum de patients se présentant pour une hospitalisation programmée ou non : 16/11/2022.
- La réalisation d'interventions pharmaceutiques afin d'expliquer l'utilisation des enveloppes bleues du projet PACT au personnel du CHR Haute Senne. Ces interventions consistaient en des visites de sensibilisation ou des séminaires auprès de différents secrétariats : 16/11/2022, de quelques unités cibles : 16/11/2022, des médecins chefs de service : 05/12/2022 et de MRS : 06/12/2022.
- La rédaction d'une communication écrite à l'attention des anesthésistes : 19/12/2022.
- La rédaction d'une communication écrite à l'attention des MRS : 20/12/2022.

3.3.1.4 Interventions pharmaceutiques (Do)

Cette section du travail reprend les interventions pharmaceutiques réalisées et les éléments mis en place par l'étudiant investigateur pour une application de la méthodologie du PACT au CHR Haute Senne.

Les enveloppes bleues du projet PACT ont été placées à différents endroits stratégiques au sein du CHR Haute Senne dans le but de toucher un maximum de patients se présentant à l'hôpital pour une entrée programmée ou non. Les endroits sont les secrétariats de préadmission pour les entrées programmées, les secrétariats des unités d'hospitalisation pour les entrées non programmées et au sein des MRS collaborant avec le CHR Haute Senne pour les patients venant de ces MRS.

Pour les hospitalisations programmées, un séminaire a été organisé par l'étudiant investigateur avec le médecin chef anesthésiste afin de lui proposer de remplacer la feuille A4 dans les fardes de préadmission par l'enveloppe du PACT. Cette intervention s'est déroulée oralement avec à l'appui la feuille A4 se trouvant dans les fardes et l'enveloppe bleue. Les différents avantages de l'utilisation de ces enveloppes lui ont été expliqués. Des précisions au sujet du schéma de médication ont été faites. Ce schéma sera complet car le pharmacien de référence a accès au DPP du patient. Il est donc en mesure de connaître les OTC et compléments alimentaires consommés par le patient. De plus, ce schéma sera à jour étant donné qu'il sera réalisé dans les jours précédant l'hospitalisation. Enfin, comme le schéma sera réalisé en écriture informatique, il sera lisible. Après discussion, le médecin chef a marqué son accord.

Cependant, la mention « A remettre lors de votre hospitalisation » présente sur l'enveloppe bleue peut prêter à confusion pour les patients ayant rendez-vous chez leur anesthésiste. En effet, il n'est pas indiqué clairement sur l'enveloppe qu'elle doit être rendue lors de la consultation en anesthésie. Afin d'éviter que le patient ne la rapporte pas à cette consultation, un cachet mentionnant « A remettre lors de la consultation d'anesthésie préopératoire » devra être apposé sur l'enveloppe par le service des archives. Ce cachet a été commandé auprès d'une secrétaire du CHR Haute Senne.

Les archives préparent les fardes de préadmission. Le personnel remplit chaque farde avec les documents destinés à l'hospitalisation. Parmi ces papiers, nous retrouvons la feuille A4 à

compléter avec la médication du patient et destinée aux anesthésistes. Une demande a été introduite par le pharmacien chef de service auprès des archives pour évaluer s'il était possible de remplacer les feuilles A4 dans les fardes de préadmission par l'enveloppe bleue et s'il était réalisable de poser le cachet sur chacune des enveloppes. Leur réponse était favorable. Un communiqué a donc été transmis à l'ensemble des médecins anesthésistes (Annexe 3).

Ensuite, les secrétaires de préadmission médicale et gériatrique, les secrétaires de préadmission de gynécologie, orthopédie et chirurgie et la secrétaire de l'hôpital de jour gériatrique ont été ciblées pour les explications données par l'étudiant investigateur. Des visites de sensibilisation ont été réalisées auprès de ces différents secrétaires avec l'appui du pharmacien chef de service. L'étudiant investigateur a expliqué oralement, avec l'enveloppe bleue et son contenu comme support, le projet PACT ainsi que le fonctionnement des enveloppes bleues au sein du CHR Haute Senne. Les enveloppes bleues devront être transmises aux patients via les secrétaires de préadmission. Pour les patients recevant une lettre de l'hôpital, les enveloppes bleues devront être placées dans le courrier postal reprenant les informations pour l'hospitalisation. Pour les patients recevant une farde de préadmission, la feuille A4 reprise dans la farde va être remplacée par une enveloppe du PACT. Les patients sont invités à se rendre chez leur pharmacien de référence pour compléter l'enveloppe. Ils rendent ensuite l'enveloppe soit à l'infirmier l'accueillant le jour de leur hospitalisation, soit au médecin anesthésiste le jour de leur consultation d'anesthésie. Les secrétaires de préadmission ont également l'opportunité de rappeler aux patients de remplir cette enveloppe lors de leur appel précédant l'hospitalisation ou le rendez-vous d'anesthésie. Un stock d'enveloppes a été déposé dans leur bureau.

Afin d'implémenter le projet auprès des secrétaires de préadmission, plusieurs arguments ont été mis en avant. L'explication concernant la prévention globale des événements indésirables médicamenteux a été approfondie. Même si 100% des enveloppes bleues ne sont pas rapportées, le but est de minimiser au maximum les risques pour les patients. L'argument concernant l'accréditation a aussi été appuyé.

Pour les hospitalisations non programmées, les secrétaires des services de Gériatrie et les assistants médecins et les secrétaires des services de Médecine ont été visés pour les explications données par l'étudiant investigateur. Des visites de sensibilisation ont été

effectuées dans ces services afin d'expliquer de manière orale le projet PACT et l'utilisation des enveloppes bleues. Les secrétaires des services ont pour mission de donner l'enveloppe bleue aux proches des patients hospitalisés dès qu'ils viennent leur rendre visite. Les proches devront se rendre chez le pharmacien de référence du patient pour obtenir le traitement médicamenteux. Les secrétaires doivent donc être réactives à l'arrivée des proches des patients hospitalisés.

Les secrétaires des services de Gériatrie ont rapporté que certains patients n'avaient pas la chance d'être entourés. Il arrive que le patient se présente aux urgences et doit être hospitalisé pendant plusieurs jours. Dans ce cas, ce dernier n'a pas prévu ses affaires. Les secrétaires sont amenées à joindre les proches afin de leur demander d'apporter le nécessaire. Ils constatent alors que le patient est en conflit avec sa famille ou qu'il n'a pas de proche. Le système pour ces patients devrait être revu. Par exemple, s'adresser directement au pharmacien de référence pour que celui-ci envoie le schéma.

Ensuite, si les proches sont présents et que l'enveloppe leur a été donnée, il n'y a aucune certitude qu'ils vont la rapporter complétée par le pharmacien de référence. Il est donc important d'insister auprès du proche pour qu'il la rapporte le plus rapidement possible.

Toutefois, s'ils reviennent, le délai dans lequel ils vont rapporter l'enveloppe n'est pas connu. Si le proche revient plusieurs jours après, les médecins auront déjà fait le nécessaire pour connaître les médicaments consommés par le patient. Cependant, recevoir la liste de médicaments pris par le patient reste très utile en cours d'hospitalisation. Celle-ci peut contenir des informations qui n'étaient pas connues.

Etant donné que les MRS collaborent directement avec le CHR Haute Senne, une intervention a pu être réalisée par l'étudiant investigateur lors d'un séminaire regroupant l'ensemble des MRS collaborant avec le CHR Haute Senne. Cette réunion dirigée par le médecin chef des services de Gériatrie abordait plusieurs sujets et rassemblait les médecins, les infirmiers chefs et les assistants sociaux des différentes MRS. Une explication orale à propos de l'utilisation des enveloppes d'entrée a été faite sur base d'un power point. Un stock d'enveloppes bleues a été directement déposé au sein de chaque résidence. Le but est que le patient emporte cette enveloppe avec lui lors de son hospitalisation, qu'elle soit programmée ou non. Le médecin ou le pharmacien de référence de la MRS devra compléter au préalable cette enveloppe pour

qu'elle soit prête lors d'une éventuelle hospitalisation. L'annexe 7 présente le communiqué résumant les explications livrées durant cette réunion. Ce document a été joint au stock d'enveloppes bleues envoyées à chaque MRS.

Enfin, l'étudiant investigateur a eu l'opportunité d'expliquer le projet aux médecins chefs de service lors d'une réunion les rassemblant. Cette intervention a permis d'informer les médecins du développement de la réconciliation médicamenteuse à l'hôpital. Le projet ainsi que l'utilisation des enveloppes ont été commentés à l'aide d'un power point. Cette réunion était organisée par le directeur médical du CHR Haute Senne.

Afin que le projet perdure, les archives ont été choisies comme point central de stock des enveloppes bleues. Les secrétariats et les MRS devront leur envoyer un courriel pour en commander en cas de stock épuisé. Le personnel des archives devra donc envoyer des enveloppes bleues aux différents secrétariats et aux MRS en cas de besoin et gérer le stock d'enveloppes bleues à l'hôpital. Si le stock est épuisé à sein de l'hôpital, les archives peuvent en commander auprès d'Aurore Delvaux, attachée à la coordination et support et matériel du PACT.

Ce projet est très idéaliste. En réalité, il n'y a aucune garantie que tous les patients visés rapporteront leur enveloppe bleue. L'objectif est de cibler un maximum de patients afin d'augmenter les chances de recevoir ces enveloppes en retour.

Il faut également penser que tous les patients n'ont pas de pharmacien de référence. Ce service est proposé par les pharmacies mais n'est pas obligatoire. Dans le cas où le patient n'a pas de pharmacien de référence, lui ou son proche ne saura pas vers quelle pharmacie se diriger pour compléter l'enveloppe. Cependant, tout pharmacien est capable de réaliser ce schéma de médication s'il a le consentement du patient. Le pharmacien pourra avoir accès à son DPP et donc consulter les médicaments ou autres consommés. Pour éviter que cette situation n'arrive, des campagnes de sensibilisation à propos du pharmacien de référence devraient être faites plus régulièrement.

Dans le cas où le proche va chercher le schéma de médication pour le patient hospitalisé, il n'y a aucune certitude que le schéma de médication réalisé par le pharmacien de référence est vraiment complet. Bien qu'il ait accès aux DPP des patients, ce prestataire de soins n'est pas en connaissance des médicaments achetés par le patient sur Internet ou en grande surface.

3.3.1.5 Limites de l'étude

Ce travail présente certaines limites. La durée du travail de recherche était de six semaines. Ce temps limité n'a pas permis à l'étudiant investigateur d'examiner l'impact des interventions pharmaceutiques. Avant de débiter les interventions, un état des lieux a dû être réalisé pour pouvoir déterminer des endroits stratégiques de dépôts d'enveloppes bleues et réfléchir à ce qui était réalisable au sein de l'hôpital. Ensuite, les accords du médecin chef anesthésiste, des archives et de la direction médicale pour changer les feuilles A4 par les enveloppes bleues dans la farde de préadmission ont dû être obtenus. L'étudiant investigateur a également dû attendre la réunion des MRS pour expliquer le système d'enveloppes et ainsi obtenir l'accord de la direction pour pouvoir envoyer les enveloppes dans les différentes MRS.

Si le temps n'avait pas été limité, les Urgences ainsi que les secrétariats médicaux des autres services auraient pu être visés. Le but aurait été le même qu'en Gériatrie et Médecine : cibler les proches des patients hospitalisés.

Il aurait été intéressant de réaliser un audit afin de découvrir si les différentes interventions ont été efficaces. Le nombre d'enveloppes remises aux patients et le nombre d'enveloppes rapportées auraient pu être comptés. De plus, l'étudiant investigateur aurait pu observer si les enveloppes rapportées provenaient des patients en hospitalisation programmée, des proches lors des hospitalisations non programmées ou des patients en MRS. La qualité des enveloppes rapportées aurait pu aussi être analysée. Le schéma est-il à jour ? Contient-il tous les OTC et compléments alimentaires ? L'impact des enveloppes rapportées aurait pu aussi être constaté. Est-ce un réel gain de temps pour le médecin spécialiste ?

3.3.2 A la sortie de l'hôpital

3.3.2.1 Préambule

Avant de commencer l'audit 1, une demande a été faite auprès des services ciblés utilisant les enveloppes vertes du PACT de notifier toute enveloppe remise au patient.

Durant l'audit 1, les personnes remettant les documents de sortie aux patients au sein des trois services choisis ont été identifiées. Les documents de sortie reprennent la lettre de sortie, les prescriptions pharmaceutiques et éventuellement les prescriptions de kinésithérapie. Le fonctionnement de la réconciliation médicamenteuse à la sortie dans ces services a également été observé.

Pour le service de Gériatrie 1 et de Gériatrie 2, les médecins et assistants médecins déposent sur le bureau des secrétaires médicales du service l'ensemble des papiers à remettre aux patients à leur sortie. Les secrétaires se chargent de rendre les documents aux patients dans leur chambre avant qu'ils ne quittent l'hôpital. Elles complètent une fiche récapitulative pour chaque patient reprenant les documents qui lui ont été remis à sa sortie. Ces fiches sont reprises dans une farde stockée dans le bureau du service.

Ces deux services de Gériatrie utilisent les enveloppes vertes du PACT comme système de réconciliation médicamenteuse à la sortie. Ce sont les secrétaires qui placent les documents dans l'enveloppe verte et qui la remettent aux patients. Elles apposent un cachet avec le nom et le numéro de téléphone du service sur l'enveloppe. Cette information permet au pharmacien de référence de savoir à qui s'adresser en cas de problèmes de médication rencontrés lors de la réconciliation médicamenteuse à l'officine. Ce numéro permet de joindre le service qui renvoie l'appel vers le médecin spécialiste qui s'est occupé du patient.

Cependant, des points d'amélioration devaient être apportés pour l'utilisation des enveloppes vertes dans les deux services de Gériatrie. En effet, les secrétaires de Gériatrie 1 fermaient l'enveloppe contenant le schéma de médication et les prescriptions. Certains patients n'osaient parfois pas ouvrir l'enveloppe. Or, il est préférable que celle-ci reste ouverte afin que les informations qui y sont reprises puissent être consultées à tout moment. En Gériatrie 2, les secrétaires ne glissaient pas les prescriptions à l'intérieur de l'enveloppe verte. Seul le nouveau

schéma de médication y était placé. L'enveloppe contenant le schéma avait donc moins de chance d'être déposée chez le pharmacien de référence. Effectivement, le patient risquait d'apporter uniquement ses prescriptions reçues en fin d'hospitalisation à l'officine et non l'enveloppe contenant le schéma de médication.

En Médecine 1 comme en Médecine 2, les personnes remettant les documents de sortie diffèrent. Aucune procédure n'est définie. Il s'agit parfois des secrétaires médicales de l'unité de soins, parfois des assistants médecins. Si ce sont les secrétaires qui doivent remettre les papiers, les assistants médecins les avertissent et déposent les documents de sortie des patients sur leur bureau durant la journée. Cela arrive généralement quand les secrétaires doivent fixer de futurs rendez-vous pour les patients. Celles-ci s'occupent de communiquer les rendez-vous au patient et de lui rendre ses documents de sortie. Concernant la réconciliation médicamenteuse à la sortie, une méthodologie uniformisée n'était pas définie pour le service.

En ce qui concerne les services de Réadaptation-revalidation 1 et de Réadaptation-revalidation 2, ce sont les assistants médecins qui remettent les documents de sortie aux patients. La réconciliation médicamenteuse à la sortie est mise en place grâce aux enveloppes vertes du projet PACT. Les assistants se chargent donc de remplir l'enveloppe et de la rendre au patient. L'usage des enveloppes est optimal. Néanmoins, il n'y avait aucune trace de la remise des enveloppes. Grâce à la demande de notification de remises d'enveloppes avant l'audit 1, l'infirmière en chef de Réadaptation-revalidation 1 le note dans un fichier Excel tandis que l'infirmière en chef de Réadaptation-revalidation 2 le note sur une feuille papier dédiée à cet effet.

3.3.2.2 Interventions pharmaceutiques

En fonction du service ciblé, les interventions pharmaceutiques étaient différentes. L'étudiant investigateur a en effet dû s'adapter aux différents services. Les interventions dépendaient donc du personnel. Le personnel gérant les documents de sortie différait d'une unité de soins à l'autre : soit les secrétaires, soit les assistants médecins, soit les deux. De plus, la réconciliation médicamenteuse au moyen des enveloppes était déjà connue et installée dans deux des trois services ciblés : en Gériatrie et en Réadaptation-revalidation.

En Gériatrie 1 et Gériatrie 2, une visite de sensibilisation orale auprès des secrétaires de chaque service a été effectuée le 28/11/2022. En montrant les enveloppes vertes, l'étudiant investigateur a rappelé l'objectif et la méthodologie du projet PACT ainsi que l'intérêt de l'utilisation des enveloppes. La manière de les utiliser a également été soulignée. L'étudiant a insisté auprès des secrétaires de Gériatrie 1 de laisser l'enveloppe ouverte pour que le patient puisse la consulter. Pour la Gériatrie 2, il a rappelé de glisser les prescriptions à l'intérieur de l'enveloppe avec le schéma de médication.

Concernant les services de Médecine 1 et de Médecine 2, l'étudiant investigateur a d'abord organisé un séminaire oral rassemblant les secrétaires et les assistants médecins des deux unités le 29/11/2022. Ce séminaire visait à expliquer le projet PACT et l'utilisation des enveloppes vertes. Lors des explications, il a été remarqué que tous les assistants médecins ne rédigeaient pas un schéma de médication de sortie pour le patient. Des précisions à ce sujet ont donc été faites à l'aide du tableau de l'annexe 2. De plus, toute remise d'enveloppe verte du PACT au patient a demandé à être tracée. Le directeur des soins intégrés a envoyé un email aux secrétaires et aux infirmières chef de service de Médecine pour appuyer l'importance de cette traçabilité. Des indicateurs doivent en effet être suivis dans une démarche d'amélioration continue de la qualité telle que celle suivie par le CHR Haute Seine via l'organisme ACI. Pour un développement efficace du projet, une intervention en temps réel de 3 jours a été mise en place au début de l'audit 2. Présent au sein du service d'hospitalisation, l'étudiant investigateur rappelait aux assistants médecins ou aux secrétaires médicales de remettre l'enveloppe au patient. Ce rappel était effectué lorsque ceux-ci préparaient les documents de sortie du patient. De plus, un rappel à propos de la traçabilité de cette remise était réalisé. Comme l'étudiant ne savait être présent que dans un seul service à la fois, l'objectif était de fractionner les interventions. Il devait être présent dans le service de Médecine 1 le mercredi matin et en Médecine 2 l'après-midi. Cependant, l'infirmière en chef de Médecine 2 ne savait pas l'accueillir dans son service les deux premiers jours de l'audit 2. Le système d'intervention a donc été revu. L'intervention s'est réalisée comme suit : présence en Médecine 1 le mercredi 07/12/2022 et le jeudi 08/12/2022 et visites de sensibilisation en Médecine 2 au cours de ces journées. Ensuite, le vendredi 09/12/2022, l'étudiant investigateur était présent en Médecine 2 et une visite de sensibilisation a été réalisée en Médecine 1.

Pour Réadaptation-revalidation 1 et Réadaptation-revalidation 2, un séminaire a été organisé pour chaque service par l'étudiant investigateur le 25/11/2022. Ce séminaire rassemblait les assistants médecins qui s'occupent de remettre la lettre de sortie mais également les infirmiers en chef et les secrétaires afin que tout le personnel des services de Réadaptation-revalidation soit au courant. Le but était de rappeler l'objectif et la méthodologie du projet PACT. Ces séminaires ont été réalisés oralement avec les enveloppes vertes du PACT comme support. Ces interventions ont été très bénéfiques pour le service de Réadaptation-revalidation 1. En effet, elles ont permis à l'infirmière en chef et la secrétaire de comprendre l'objectif des enveloppes. L'intérêt de l'utilisation des enveloppes a été mis en avant grâce aux résultats obtenus lors de l'audit 1. Des réponses à leurs questions ont permis d'éclaircir le sujet.

Sur une période de 10 jours, le passage quotidien en Gériatrie 1, Gériatrie 2, Médecine 1 et Médecine 2 ainsi que les appels réguliers en Réadaptation-revalidation 1 et Réadaptation-revalidation 2 pour collecter les noms des patients sortis la veille permettaient de rappeler aux secrétaires ou assistants médecins, la remise des enveloppes vertes. En effet, le passage de l'étudiant investigateur était associé au projet PACT.

Un point sur la réconciliation médicamenteuse a été fait lors de la réunion des médecins chefs le 05/12/2022. L'étudiant investigateur, avec l'appui du pharmacien chef de service, a présenté à l'aide d'un power point le projet PACT ainsi que la situation actuelle de l'utilisation des enveloppes au CHR Haute Senne. Les différentes interventions mises en place dans les trois unités de soins ciblées ont été expliquées de manière à les tenir informés de l'évolution du projet à l'hôpital. Les résultats de l'audit 1 ont également été dévoilés pour mettre en évidence l'importance du projet.

Une intervention a aussi été réalisée par l'étudiant investigateur lors de la réunion avec les MRS collaborant avec le CHR Haute Senne le 06/12/2022. Cette intervention sur appui d'un power point a permis d'expliquer au personnel des MRS l'utilité des enveloppes vertes ramenées par les patients après leur hospitalisation.

3.3.2.3 Comparaison des deux cohortes

Au total, 166 patients sont sortis d'hospitalisation durant l'étude. Le tableau 1 présente les caractéristiques démographiques et cliniques des deux groupes de patients. La cohorte de patients sortis durant l'audit 1 est « le groupe pré-intervention » et la cohorte de patients sortis durant l'audit 2 est « le groupe intervention ».

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques et cliniques des deux groupes audités

Indicateurs	Groupe pré-intervention	Groupe intervention	p
Nombre de patients sortis	88	78	
Gériatrie, n (%)	21 (23,86)	20 (25,64)	0,79 ^{NS}
Médecine, n (%)	58 (65,91)	49 (62,82)	0,68 ^{NS}
Réadaptation-revalidation, n (%)	9 (10,23)	9 (11,54)	0,79 ^{NS}
Femme, n (%)	37 (42,05)	40 (51,28)	0,23 ^{NS}
Age (ans), moyenne ± écart type	72,6 ± 13,8	69,7 ± 17,6	0,24 ^{NS}
Résident en MRS, n (%)	13 (14,77)	8 (10,26)	0,38 ^{NS}
> 3 comorbidités, n (%)	38 (43,18)	30 (38,46)	0,54 ^{NS}
Hospitalisation programmée, n (%)	19 (21,59)	11 (14,10)	0,21 ^{NS}
Durée de séjour à l'hôpital (jours), moyenne ± écart type	18,9 ± 26,6	18,3 ± 22,7	0,88 ^{NS}

^{NS} non significatif

L'audit 1 a enregistré 88 patients sortant d'hospitalisation sur une période de 10 jours contre 78 patients sortis sur 10 jours lors de l'audit 2. L'analyse statistique conclut à une similarité entre les deux groupes en termes de caractéristiques démographiques et cliniques étant donné qu'aucune différence statistiquement significative n'a été observée pour les indicateurs analysés.

La Médecine était le service qui enregistrait le taux le plus élevé de sortie (> 60%). A contrario, la Réadaptation-revalidation était celui qui enregistrait le taux de sortie le plus faible (< 12%). Les taux de sortie étaient assez similaires entre le groupe pré-intervention et le groupe

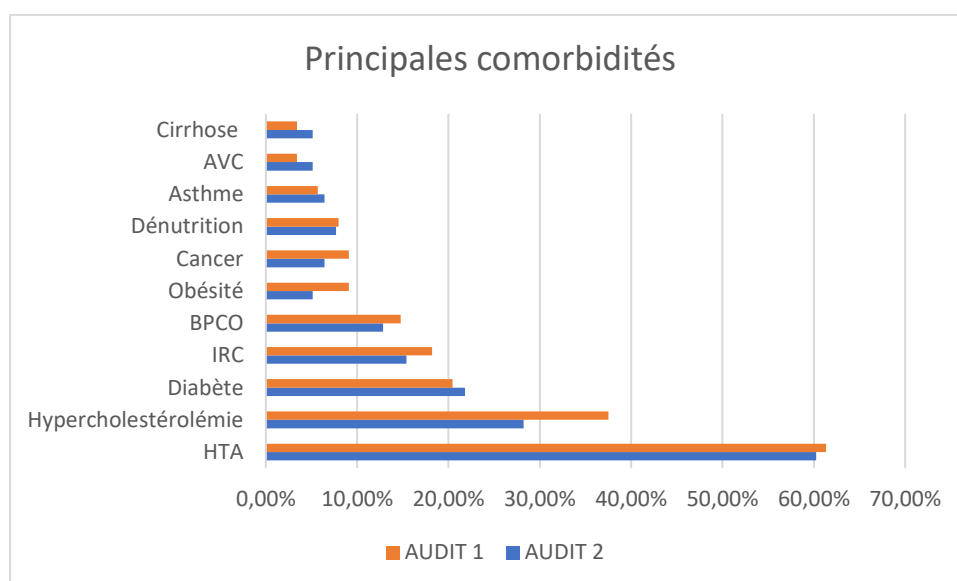
intervention pour chacun des trois services audités. Lors de l'audit 1, 42% des patients sortis de l'hôpital étaient des femmes tandis que pour l'audit 2, les femmes représentaient un peu plus de la moitié des patients sortis. Cette différence n'était toutefois pas statistiquement significative. L'âge moyen de ces patients étaient similaires pour les deux groupes.

L'indicateur « résidant en MRS » permettait d'estimer le nombre de patients qui étaient hospitalisés en Gériatrie, Médecine ou Réadaptation-revalidation provenant des MRS. Après analyse des résultats de l'audit 1, il en est ressorti que 15% des patients hospitalisés habitaient en MRS. Ce résultat a encouragé l'étudiant investigateur à effectuer une intervention pharmaceutique auprès des MRS collaborant avec le CHR Haute Senne. Cette intervention visait à partager les informations concernant le projet au personnel des différentes MRS afin que les enveloppes soient employées à bon escient. Ce point concernait autant l'entrée à l'hôpital avec les enveloppes bleues que la sortie avec les enveloppes vertes. Le médecin ou le pharmacien des MRS pourrait préparer au préalable l'enveloppe bleue pour que le patient l'emmène avec lui lors de son hospitalisation. Le personnel des MRS comprenait très bien l'utilité de l'enveloppe verte reçue après hospitalisation.

Les patients en Gériatrie et Réadaptation-revalidation étant hospitalisés plus longtemps que les patients en Médecine, la moyenne de la durée de séjour à l'hôpital était de 18 jours pour les deux groupes.

Aussi, 43% des patients du groupe pré-intervention et 38% des patients du groupe intervention souffraient de plus de trois comorbidités. La figure 1 précise les pourcentages des principales comorbidités rencontrées.

Figure 1 : Principales comorbidités des patients des deux groupes audités

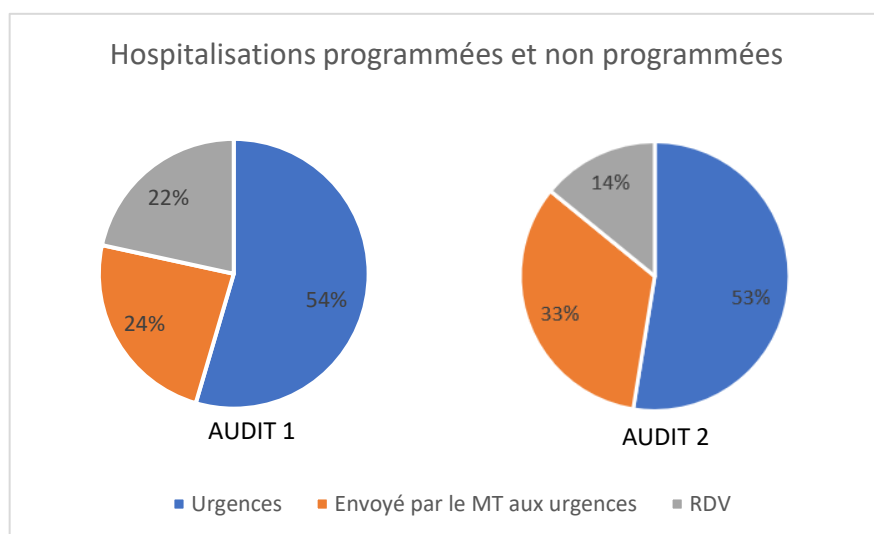


HTA : hypertension artérielle ; IRC : insuffisance rénale chronique ; BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive ; AVC : accident vasculaire cérébral

La principale comorbidité présente dans les deux groupes est l'HTA. Environ 60% de patients sortis en souffrent. Il s'en suit de l'hypercholestérolémie chez 30% des patients. Ensuite, environ 20% des patients sont atteints de diabète. Lors de l'analyse des schémas de médication dans les dossiers médicaux reprenant les médicaments consommés par les patients à domicile, les médicaments pour traiter ces pathologies étaient principalement rencontrés.

Parmi les hospitalisations, nous retrouvons les programmées et les non-programmées. Dans 22% des cas lors de l'audit 1 et dans 14% des cas lors de l'audit 2, celles-ci étaient programmées. Lors de la consultation des dossiers médicaux des patients, il s'est avéré que plusieurs médecins traitants (MT) envoyaient leurs patients aux urgences. Un indicateur « nombre de patients envoyés par leur MT aux urgences » a donc été mesuré. La figure 2 illustre le nombre de patients ayant eu rendez-vous pour une hospitalisation programmée, le nombre de patients ayant été envoyés par leur MT aux urgences et le nombre de patients arrivant de leur propre initiative ou par une ambulance aux urgences.

Figure 2 : Entrées programmées ou non programmées



Les hospitalisations étaient programmées dans 22% et 14% des cas pour le groupe pré-intervention et le groupe intervention respectivement. Elles correspondaient principalement aux coronarographies. Les patients subissant ce type d'intervention restent hospitalisés deux jours dans le service de Médecine. Les médecins évaluent leurs traitements en fonction des résultats obtenus lors de cet examen invasif. Les autres hospitalisations programmées consistaient à garder le patient à l'hôpital durant plusieurs jours pour réaliser une série d'examen permettant d'évaluer son état général.

Plus de la moitié des hospitalisations était non planifiées. Les patients arrivant aux urgences sur leur propre initiative ou en ambulance sont transférés dans un service afin d'y être hospitalisés.

Les pourcentages de patients envoyés par les MT aux urgences ne sont pas négligeables. Ceux-ci représentaient un quart des patients dans le groupe pré-intervention et un tiers des patients dans le groupe intervention. Généralement, le médecin rédige une lettre à l'hôpital pour la raison d'hospitalisation.

Le nombre de patients se présentant aux urgences et le nombre de patients envoyés par leur MT aux urgences attirent l'attention sur la réconciliation médicamenteuse à l'entrée. Le nombre de patients se présentant aux urgences montrent l'importance de réaliser des interventions à propos des enveloppes bleues auprès des secrétaires des services d'hospitalisation. Pour rappel, chaque service doit avoir un stock d'enveloppes bleues à leur disposition pour viser les proches des patients hospitalisés de façon non programmée. Ces patients n'ont pas prévu d'être hospitalisés et leur traitement médicamenteux n'est pas connu.

Les secrétaires peuvent donc remettre l'enveloppe bleue à leurs proches pour aller chercher le schéma chez le pharmacien de référence du patient. Le nombre de patients envoyés par leur MT aux urgences est également interpellant. Si les MT avaient à leur disposition des enveloppes bleues, ils pourraient la compléter et la remettre aux patients qu'ils envoient aux urgences. Le traitement médicamenteux du patient arrivant à l'hôpital serait connu grâce au contenu de l'enveloppe. Des interventions pharmaceutiques auprès des MT n'ont pas fait l'objet de ce travail mais s'avèrent être intéressantes à l'avenir.

Le tableau 2 met en évidence l'intérêt de la réconciliation médicamenteuse après une hospitalisation. Les indicateurs qui y sont repris permettaient en effet d'identifier les changements médicamenteux réalisés en cours d'hospitalisation. Les moyennes des différents changements opérés par les médecins dans les schémas de médication des patients durant leur hospitalisation sont répertoriées. Ces résultats ont été obtenus après avoir comparé les schémas de médication des patients obtenus à l'entrée et les schémas de médication définis à la sortie de l'hôpital. L'analyse statistique conclut à une similarité entre les deux groupes en termes de médication des patients étant donné qu'aucune différence statistiquement significative n'a été observée pour 8 des 10 indicateurs analysés.

Tableau 2 : Médication avant versus après hospitalisation

Indicateurs	Groupe pré-intervention (88 patients)	Groupe intervention (78 patients)	p
Nombre de médicaments chroniques à l'entrée, moyenne ± écart type	6,16 ± 3,74	6,58 ± 4,42	0,51 ^{NS}
Nombre de MHR chroniques à l'entrée, moyenne ± écart type	0,72 ± 0,74	0,58 ± 0,76	0,24 ^{NS}
Nombre de médicaments nouvellement prescrits, moyenne ± écart type	2,85 ± 2,09	3,59 ± 2,52	0,04*
Nombre de MHR nouvellement prescrits, moyenne ± écart type	0,27 ± 0,56	0,24 ± 0,51	0,73 ^{NS}
Nombre de médicaments à arrêter après l'hospitalisation, moyenne ± écart type	0,53 ± 0,80	0,96 ± 1,51	0,03*
Nombre de switch spécialité – générique, moyenne ± écart type	0,39 ± 0,69	0,56 ± 0,95	0,17 ^{NS}
Nombre de changements de dosage, moyenne ± écart type	0,11 ± 0,35	0,13 ± 0,37	0,71 ^{NS}
Nombre de changements de molécule ATC 4, moyenne ± écart type	0,34 ± 0,58	0,23 ± 0,64	0,25 ^{NS}
Nombre total de médicaments à la sortie, moyenne ± écart type	8,51 ± 3,98	9,20 ± 4,49	0,30 ^{NS}
Nombre total de MHR à la sortie, moyenne ± écart type	0,97 ± 0,85	0,79 ± 0,83	0,19 ^{NS}

^{NS} non significatif ; *significatif

Tout d'abord, les patients des deux populations prenaient en moyenne un peu plus de 6 médicaments chroniques avant leur hospitalisation dont moins d'un médicament était un MHR. Cela signifie qu'en moyenne, un patient hospitalisé était polymédiqué. Dans le groupe pré-intervention, en sortie d'hospitalisation, le nombre moyen de médicaments à prendre pour un patient était augmenté à 8,51 dont 0,97 était un MHR. Dans le groupe intervention, le nombre moyen de médicaments à prendre en sortie d'hospitalisation était, quant à lui, augmenté à 9,20 médicaments dont 0,79 était un MHR. Ces chiffres prouvent que de nouvelles

prescriptions ont été réalisées par le médecin à l'hôpital. On entend par nouvelles prescriptions, les médicaments qui n'étaient pas repris sur la liste à l'admission du patient. En effet, l'indicateur « nombre de médicaments nouvellement prescrits » confirme qu'en moyenne 2,85 nouveaux médicaments ont été prescrits dans le groupe pré-intervention et 3,59 dans le groupe intervention. Néanmoins, en moyenne moins d'un médicament était à arrêter après l'hospitalisation.

L'utilisation du formulaire thérapeutique à l'hôpital a amené l'étudiant investigateur à examiner le nombre de switch spécialité-générique. Beaucoup de patients connaissent le nom du médicament mais pas le nom de la molécule. Si le médecin ou assistant médecin prescrit la spécialité à la place du générique ou inversement, cela pourrait provoquer une confusion pour le patient. Ce dernier risquerait de prendre les deux médicaments et donc être victime de surdosage. En moyenne, 0,39 médicament prescrit au groupe pré-intervention et 0,56 médicament prescrit au groupe intervention avaient été échangés du générique vers la spécialité ou inversement. Le « switch » le plus fréquemment rencontré lors de l'analyse des schémas de médication des patients avant et après hospitalisation est celui de l'Atorvastatine vers le Lipitor®. De plus, l'étudiant investigateur a également constaté que plusieurs benzodiazépines étaient concernées par ce « switch ». Une vigilance particulière doit leur être accordée car ces médicaments comportent des effets indésirables importants si une double dose est prise.

Les changements de dosage étaient les changements les moins rencontrés dans les deux groupes. Toutefois, certaines données étaient manquantes. Bien que les médecins aient connaissance du nom du médicament consommé par le patient avant l'hospitalisation, ils ne savent pas toujours le dosage du médicament. L'étudiant ne pouvait donc pas comparer cet indicateur avant et après hospitalisation dans certains schémas de médication.

Enfin, le nombre de changements de molécule au niveau 4 du système de classification ATC a été déterminé. Ce niveau correspond par exemple au changement entre deux bêtabloquants, le bisoprolol et le carvedilol. Les résultats montrent que les médecins changeaient en moyenne 0,34 (groupe pré-intervention) et 0,23 molécule au niveau ATC4 (groupe intervention) lors d'une hospitalisation.

Les changements de posologie n'ont pas été identifiés. Ces données étaient restreintes dans les dossiers médicaux. Cet indicateur n'a donc pas été choisi.

Ces différents changements devront être identifiés par le pharmacien de référence lorsque le patient apportera son enveloppe verte à l'officine ouverte au public après son hospitalisation. Les résultats prouvent que de nombreux changements existent entre les schémas de médication avant et après hospitalisation. Lors de cette réconciliation médicamenteuse, le pharmacien devra donc être vigilant et devra contacter d'autres professionnels de la santé en cas d'erreurs détectées. Le pharmacien devra également identifier les éventuels PLM tels que l'utilisation ou le choix du médicament, le choix du dosage ou les interactions. Ceci n'a pas été fait dans cette étude. Grâce à la réalisation du bilan comparatif des médicaments, le pharmacien participe à la continuité des soins du patient de l'hôpital vers son lieu de résidence. Les résultats confirment donc l'importance de l'utilisation des enveloppes vertes du projet PACT.

3.3.2.4 Impact des interventions pharmaceutiques (AUDIT 1 – AUDIT 2)

En ce qui concerne la notification des remises d'enveloppes, nous avons fait un bilan fin décembre 2022. Les secrétaires de Gériatrie 1 et Gériatrie 2 continuaient de compléter les fiches récapitulatives pour chaque patient sorti. Sur cette fiche, il était clairement indiqué si le patient a reçu son enveloppe ou non. Ces différentes fiches étaient contenues dans une farde présente dans le bureau des services.

En Médecine, les secrétaires notaient la remise d'enveloppes sur une feuille volante. Certains assistants médecins le notifiaient dans la lettre de sortie qui peut être consultée à partir des dossiers médicaux sur Omnipro tandis que d'autres assistants complétaient la même feuille que les secrétaires.

En Réadaptation-revalidation 1, l'infirmière chef de service complétait un tableau Excel lorsque l'assistant médecin avait rendu l'enveloppe. Pour la Réadaptation-revalidation 2, les assistants médecins notaient la remise d'enveloppe dans la lettre de sortie qui peut être consultée via Omnipro ou sur une feuille volante. Il n'était donc pas facile de savoir où se trouve l'information.

En février 2023, le pharmacien chef de service a communiqué au personnel soignant infirmier et médical que les schémas de médication à l'entrée et une copie des schémas de médication de sortie devaient être conservés dans le dossier médical du patient afin que celui-ci puisse être scanné par le service des archives dans un onglet spécifique du dossier médical informatisé. La traçabilité est ainsi assurée de façon uniforme au sein du CHR Haute Senne.

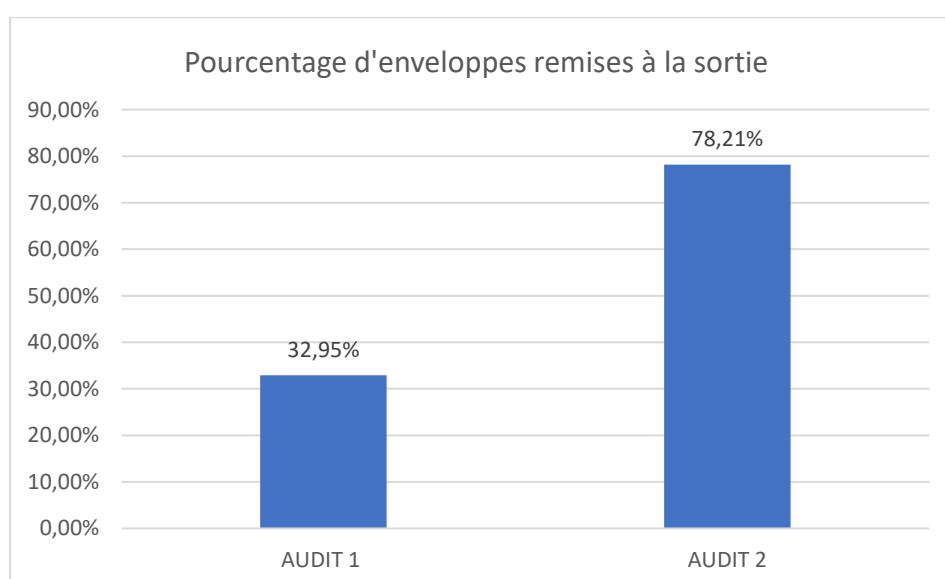
Tableau 3 : Impact des interventions pharmaceutiques

Indicateurs	Groupe pré-intervention	Groupe intervention	p
Nombre de patients sortis	88	78	
Nombre d'enveloppes remises, n (%)	29 (32,95)	61 (78,21)	5,2.10 ^{-9*}

*significatif

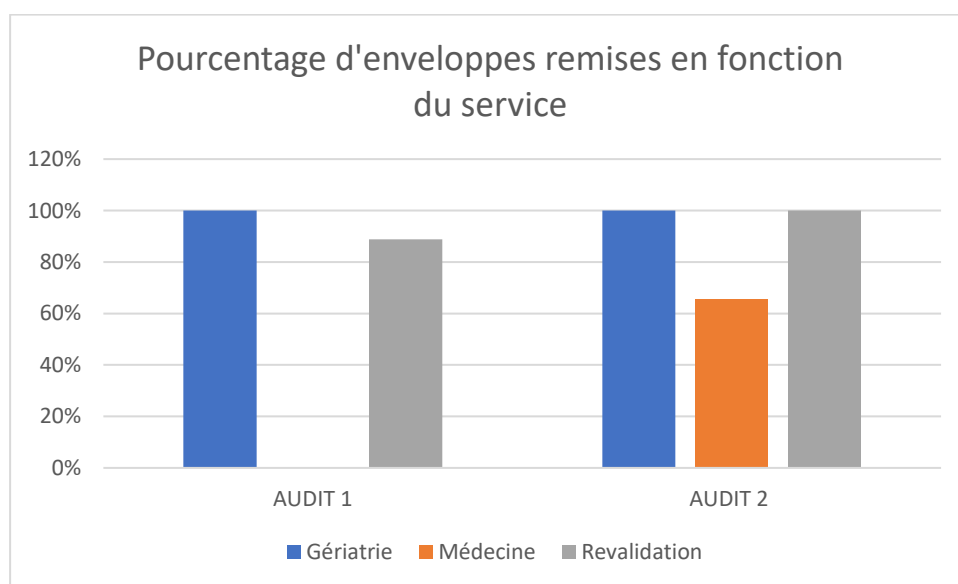
Le tableau 3 reprend le nombre et le pourcentage d'enveloppes remises à la sortie du patient hospitalisé dans le cadre de la réconciliation médicamenteuse. Lors de l'audit 1, 32,95% d'enveloppes vertes ont été remises aux patients en fin d'hospitalisation. Ces chiffres traduisent que la remise des enveloppes était déjà d'application dans certains services. L'état des lieux indique qu'il s'agissait des services de Gériatrie et de Réadaptation-revalidation. Durant l'audit 2, 61 enveloppes ont été remises aux patients sur les 78 sortis d'hospitalisation. Ces résultats montrent que le projet a bien été implémenté dans les différentes unités de soins. Une amélioration statistiquement significative du taux d'enveloppes remises au patient en fin d'hospitalisation ($p < 0,001$) est observée suite à la réalisation des interventions pharmaceutiques.

Figure 3 : Impact des interventions pharmaceutiques



La figure 3 montre une nette amélioration de la remise des enveloppes aux patients sortis entre l'audit 1 et l'audit 2. Une augmentation du taux d'enveloppes remises à la sortie a en effet été constatée passant de 33% à 78%. Les interventions pharmaceutiques ont donc été efficaces pour améliorer la réconciliation médicamenteuse à la sortie. Toutefois, des actions d'amélioration doivent encore être réalisées pour améliorer davantage ces résultats.

Figure 4 : Impact des interventions pharmaceutiques en fonction des services

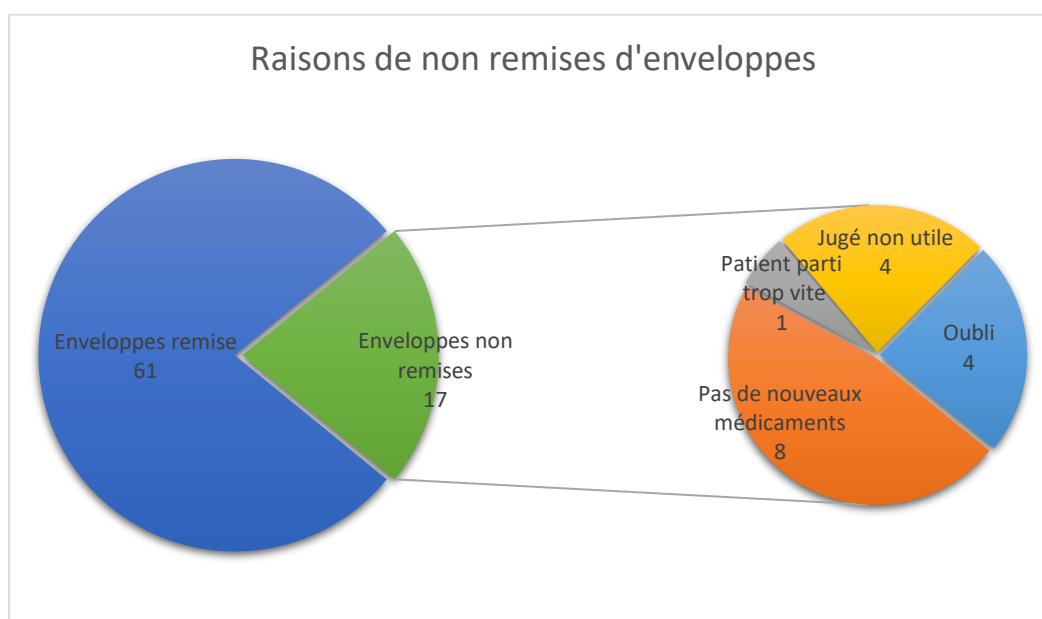


La figure 4 dévoile le pourcentage d'enveloppes remises en fonction du service. En observant les résultats de l'audit 1, il est constaté que la réconciliation médicamenteuse était bien mise en place dans les services de Gériatrie. Cependant, les interventions pharmaceutiques étaient nécessaires dans les deux services de Gériatrie car l'utilisation des enveloppes n'était pas optimale. Il n'y a pas de résultat concernant la qualité de l'utilisation des enveloppes, c'est-à-dire que les enveloppes contiennent bien le schéma de médication et les prescriptions. La réconciliation médicamenteuse selon le PACT n'avait pas encore été implémentée en Médecine, d'où le taux de remise d'enveloppes de 0%. Pour les services de Réadaptation-revalidation, les enveloppes du PACT étaient bien utilisées mais 100% des patients n'avaient pas reçu l'enveloppe lors de l'audit 1.

Les résultats de l'audit 2 permettent de déterminer les types d'interventions les plus efficaces. Les visites de sensibilisation en Gériatrie ainsi que les séminaires en Réadaptation-revalidation ont été bénéfiques. En effet, 100% des patients sortant d'hospitalisation ont bénéficié de l'enveloppe verte. 35% des patients sortant des services de Médecine n'ont pas reçu

l'enveloppe. Lors de l'intervention en temps réel, l'étudiant investigateur rappelait aux assistants médecins ou aux secrétaires de remettre l'enveloppe. Cependant, lorsque l'intervention en temps réel s'est terminée, les assistants ou secrétaires ont dû y penser eux-mêmes. Les raisons pour lesquelles l'enveloppe n'a pas été remise sont détaillées dans la figure 5.

Figure 5 : Raisons des non-remises d'enveloppes à la sortie lors de l'audit 2



La figure 4 indique que les enveloppes qui n'ont pas été remises lors de l'audit 2 concerne les services de Médecine. Malgré le séminaire oral suivi de l'intervention en temps réel en début d'audit dans les deux unités de Médecine, 17 enveloppes n'ont pas été remises. Lorsque la remise d'enveloppe n'était pas notifiée, la lettre de sortie présente dans le dossier médical du patient sur Omnipro était consultée. L'étudiant demandait à l'assistant médecin ayant signé la lettre la raison pour laquelle le patient n'a pas bénéficié de son enveloppe. La figure 5 montre les différentes raisons de « non remise » d'enveloppes. Dans presque la moitié des cas, l'assistant médecin donnait uniquement les renouvellements des prescriptions au patient sans l'enveloppe car il n'y avait pas de changement dans le traitement du patient. Les médicaments pris avant et après hospitalisation restaient inchangés. Néanmoins, si le médecin prescrit les renouvellements en fonction du formulaire thérapeutique, cela peut engendrer certaines erreurs médicamenteuses. Ensuite, 4 des 17 enveloppes non remises ont été un oubli de la part d'un assistant. Il s'agissait toujours du même assistant. Plusieurs rappels ont donc été

réalisés. Presqu'un quart des enveloppes non remises étaient jugées « non utiles » par l'assistant médecin. Il considérait que l'enveloppe n'était pas nécessaire en cas de prescription d'antibiotiques ou d'antidouleurs. Ces nouvelles prescriptions sont des traitements aigus et selon lui, ne nécessitent pas une réconciliation médicamenteuse. Cependant, le schéma de médication doit contenir dans une première partie les médicaments en traitement chronique et dans une deuxième partie, les médicaments pris de façon aiguë ou temporaire. L'enveloppe reste donc pertinente même en cas de traitement aigu. Par exemple, un patient ayant l'habitude de prendre du Dafalgan® se voit prescrire du paracétamol lors de son hospitalisation. Si le patient ignore qu'il s'agit de molécules identiques, il peut y avoir un risque de surdosage. Un nouveau rappel à l'assistant a été effectué et ce point a été approfondi à l'aide de l'annexe 2 qui montre un schéma de médication type. Enfin, la dernière raison est qu'un patient est rentré plus tôt que prévu. L'assistant n'a donc pas eu le temps de lui remettre ses documents de sortie.

3.3.2.5 Plan d'amélioration

L'annexe 8 montre la procédure à suivre pour rédiger un LEAN A3 au CHR Haute Senne. Ci-dessous est présenté le LEAN complété.

Membres du groupe de travail : Valentine Vermaut (Etudiante en master 2 sciences pharmaceutiques), Antonelle Pardo (Pharmacien hospitalier chef de service), Olivier Darquennes (Directeur des soins intégrés), Isabelle Lossignol (Directeur général adjoint)

Thème : La réconciliation médicamenteuse

Date de début : Décembre 2022

Quel est le problème ?

La réconciliation médicamenteuse à la sortie

Quelle est la situation actuelle ?

En Gériatrie 1 et Gériatrie 2 : réconciliation médicamenteuse optimale

- 100% des enveloppes sont remises.

- Utilisation correcte des enveloppes.

En Médecine 1 et Médecine 2 : réconciliation médicamenteuse non acquise

- Toutes les enveloppes ne sont pas remises.
- Si enveloppe remise : utilisation correcte de l'enveloppe.

En Réadaptation-revalidation 1 et Réadaptation-revalidation 2 : réconciliation médicamenteuse optimale

- 100% des enveloppes sont remises.
- Utilisation correcte des enveloppes.

Concernant les autres services d'hospitalisation, une communication au département infirmier et médical a été réalisée par des membres du groupe de travail afin d'implémenter la réconciliation médicamenteuse selon le PACT pour l'ensemble des unités de soins du CHR Haute Senne.

Une procédure est rédigée à cet effet et placée dans le système institutionnel de gestion documentaire.

Quelles sont les causes principales du problème ?

En Médecine 1 et Médecine 2 :

- La personne qui remettait l'enveloppe et les documents de sortie était variable (parfois les secrétaires, parfois les assistants médecins).
- Les assistants médecins changent tous les 6 mois de service : pas de garantie que la réconciliation médicamenteuse sera réalisée par ces nouveaux assistants si une formation ne leur est pas fournie.

Dans les autres services :

- Aucune intervention pharmaceutique en « front office » sur la réconciliation médicamenteuse à la sortie n'a été réalisée.

Quelle est la situation désirée ?

- Tous les services du CHR Haute Senne utilisent les enveloppes vertes pour la réconciliation médicamenteuse à la sortie : système uniforme.
- 90% des patients sortants emportent avec eux une enveloppe verte contenant leurs prescriptions et leur schéma de médication à destination du pharmacien de référence.
- Les enveloppes remises sont notifiées de la même manière pour tous les services.

Quelles sont les mesures à prendre ?

En Médecine 1 et Médecine 2 :

- Redéfinir la personne qui remet les enveloppes : les secrétaires et non pas les assistants médecins comme indiqué dans la procédure institutionnelle. Il est en effet plus judicieux que ce soient les secrétaires car les assistants médecins ne restent que six mois dans le service.
- Formation des assistants médecins à leur arrivée au CHR Haute Senne.

Dans les autres services :

- Effectuer des interventions pharmaceutiques en « front office » afin de développer la réconciliation médicamenteuse à la sortie au moyen du système d'enveloppes vertes.

Qui fait quoi, quand, où, date ?

En Médecine 1 et Médecine 2 :

- Inclure la réconciliation médicamenteuse selon le PACT dans la formation des nouveaux assistants médecin (Direction Médicale) : une fois tous les 6 mois.
- Visites de sensibilisation pour redéfinir la personne qui remet les enveloppes (Pharmacien) : mi-mai 2023.

Dans les autres services :

- Interventions pharmaceutiques en « front office » pour augmenter l'adhérence au projet de réconciliation médicamenteuse selon le PACT en sortie d'hospitalisation (Pharmacien) : mi-mai 2023.

Quels sont les résultats obtenus ?

Ils ne sont pas encore disponibles actuellement.

Comment assurer que la situation perdure ?

Se maintenir aux mesures prises dans les temps impartis.

3.3.2.6 Forces et limites de l'étude

Diverses limites existent dans cette étude. Premièrement, par manque de temps, l'étudiant investigateur n'a pas eu l'occasion de réaliser un audit sur un troisième groupe. Ce groupe « post-intervention » aurait permis de déterminer si l'utilisation des enveloppes est toujours d'application après un certain temps. Toutefois, l'utilisation de l'outil LEAN A3 Toyota permet de constituer un plan d'action structuré visant la pérennité du projet.

Ensuite, l'étude a été réalisée uniquement en milieu hospitalier et ne portait donc pas sur le taux d'enveloppes vertes remises au pharmacien de référence par le patient après son hospitalisation. Aussi, le délai entre la sortie d'hospitalisation et la remise des enveloppes au pharmacien de référence n'a pas pu être déterminé dans cette étude. En 2018, une étude similaire a été réalisée en Flandre par le projet pilote « Zorgzaam Leuven ». L'action était nommée « Groene Envelop ». Le patient recevait également une enveloppe contenant les prescriptions et le schéma de médication à sa sortie d'hôpital. Celui-ci était chargé de la déposer à son pharmacien de référence afin que ce prestataire de soin réalise la réconciliation médicamenteuse. L'étude a rapporté que sur les 2744 patients ayant reçu cette enveloppe verte à la sortie, 697 l'ont remise à leur pharmacien de référence. 71,4% de ces patients ont rendu cette enveloppe dans les 24 heures suivant leur sortie de l'hôpital. Ils se sont donc rendu en premier lieu chez leur pharmacien de référence avant de se rendre chez leur MT (90). Ces résultats sont interpellant. Depuis 2018, le concept de pharmacien de référence a continué de se faire connaître. Nous pouvons donc espérer que davantage de patients se rendent à la pharmacie pour remettre cette enveloppe après une hospitalisation, le but étant d'éviter un maximum d'erreurs médicamenteuses.

La réconciliation médicamenteuse a pour objectif de diminuer les erreurs médicamenteuses, et par conséquent de réduire les réadmissions. Si le temps n'était pas limité, l'indicateur « Taux de ré-hospitalisations dans les 30 jours après la sortie » aurait pu faire l'objet de cette étude. Cet indicateur aurait permis de déterminer si la mise en place de la réconciliation

médicamenteuse à la sortie par le pharmacien d'officine ouverte au public diminuait le taux de visites aux urgences après hospitalisation. Une étude de 2020 a montré que le taux de réadmissions dans le 30 jours était réduit lorsque le pharmacien communautaire était impliqué dans le suivi du patient après l'hôpital. Ce taux était de 8,5% pour les patients ayant bénéficié de l'implication du pharmacien d'officine contre 23,3% pour les patients n'ayant reçu aucun service (91).

En outre, dans ce travail, nous n'avons pas pu évaluer si le développement de ce projet au sein de l'hôpital permettait de réduire les coûts évitables. A notre connaissance, il n'y a pas dans la littérature d'étude évaluant si la réconciliation médicamenteuse réalisée par les pharmaciens d'officine a un impact économique positif. Les pharmaciens d'officines sont rémunérés par le PACT pour réaliser la réconciliation médicamenteuse. De plus, ils reçoivent un honoraire par l'INAMI pour accompagner le patient en tant que pharmacien de référence. Des recherches devraient être approfondies afin de déterminer si les coûts évités grâce à la réalisation de la réconciliation médicamenteuse compensent ces rémunérations.

Concernant le renouvellement du financement du projet par les autorités, celui-ci est encore incertain. Lorsque les autorités ne financeront plus les projets de soins intégrés tel que le projet PACT, une solution devra être engagée par le CHR Haute Senne. L'hôpital devra peut-être lui-même créer ses propres enveloppes et financer le projet de réconciliation médicamenteuse. Cela représente un certain coût pour l'hôpital. Des études devraient être réalisées afin de déterminer les coûts qui seraient impactés directement à l'hôpital.

Une démarche de Benchmarking a été engagée. Cette approche visait à connaître la manière dont le système d'enveloppes a été mis en place dans les autres hôpitaux partenaires du projet PACT, à savoir le CHU Tivoli et le groupe Jolimont. Un questionnaire à choix multiples a été envoyé par courriel (Annexe 9). Cependant, il est apparu que des changements dans le personnel hospitalier ont représenté des freins au bon suivi de cette demande et le questionnaire n'a ainsi pas pu être complété.

Pendant le déroulement du travail à l'hôpital, nous avons reçu la suggestion d'action correctrice suivante de la part d'un membre du personnel administratif : envoyer le nouveau schéma de médication directement au pharmacien de référence par la poste ou de manière

informatique. Cela permettrait de s'assurer que le pharmacien de référence reçoive le nouveau schéma de médication défini après hospitalisation. Cependant, l'enveloppe doit être remise par le patient à la pharmacie de son choix car il a le droit de choisir la personne qui va traiter ses données et le patient doit être présent au moment de la réconciliation afin de recevoir les informations importantes concernant son nouveau traitement. En ce qui concerne le transfert de manière informatique, l'idéal serait la création d'une plateforme commune où le schéma de médication serait consultable par tous les prestataires de soins. Actuellement, un système informatisé de partage d'informations à propos des médications n'est pas encore uniformisé dans notre pays. Il existe quatre réseaux de santé qui permettent de partager des informations entre prestataires de soins de manière numérique. Il s'agit de systèmes de partage de données régionales. En Wallonie, le système s'appelle « Réseau Santé Wallon ». Un schéma reprenant tous les médicaments consommés par le patient est partagé sur cette plateforme. Il est accessible par tous les prestataires de soins ayant un lien thérapeutique avec le patient si ce dernier donne son consentement. Les pharmaciens ou les prescripteurs doivent créer le schéma de médication dans ce système de partage de données. Il n'y a qu'un seul schéma présent qui doit être actualisé à chaque modification. La continuité des soins serait garantie grâce à cette liste perpétuellement complète et actualisée. Les informations seraient plus facilement échangées entre les différents prestataires de soins et les soins seraient donc de meilleures qualités (92). Cependant, ce réseau est très peu utilisé par les patients et les prestataires de soins belges. Aussi, en l'absence de rappel, le patient risque de ne pas se rendre chez son pharmacien de référence pour effectuer la réconciliation médicamenteuse. L'avantage du modèle papier en tant que rappel dans le projet PACT est qu'il permet de toucher tous les types de patients, y compris ceux qui sont moins connectés informatiquement.

Dans cette étude réalisée au CHR Haute Senne, ce sont des enveloppes vertes qui permettent de partager les informations à propos de la médication des patients du milieu hospitalier vers la pharmacie de ville. Ce système permet aux pharmaciens d'officines ouvertes au public de participer au suivi des soins pharmaceutiques de leurs patients hospitalisés grâce à la réalisation de la réconciliation médicamenteuse à l'officine. Ce projet met en avant le rôle de pharmacien de référence et participe à l'évolution du pharmacien d'officine. En effet, ce système met l'accent sur la pharmacie clinique qui se développe davantage en officine. De plus, les enveloppes vertes ouvrent une discussion entre le patient et le pharmacien.

L'enveloppe verte indique que le patient a été hospitalisé ce qui invite le pharmacien à s'informer sur son hospitalisation. Cet échange permet au pharmacien de connaître la raison de l'hospitalisation du patient et de comprendre les changements éventuels dans la médication. En tant que pharmacien de référence, il va donc porter une attention particulière au patient ramenant cette enveloppe et va surveiller davantage sa médication lors des futures délivrances.

4. Conclusion et perspectives

L'objectif de cette étude était de développer les soins pharmaceutiques transmuraux au sein du CHR Haute Senne. La réconciliation médicamenteuse a été définie selon une méthodologie structurée proposée par le projet PACT, projet de soins intégrés. Des enveloppes utilisées à l'entrée et à la sortie de l'hôpital servent de moyen de communication entre le CHR Haute Senne et le milieu ambulatoire.

Lors du développement de ce projet au CHR Haute Senne, nous avons parfois été confrontés à de la résistance au changement. Plusieurs arguments ont dû être mis en avant lors des interventions pharmaceutiques afin d'implémenter le projet auprès des membres du personnel concerné. De tels changements prennent donc du temps pour être implémentés de façon efficace et de nouvelles actions de sensibilisation apparaissent encore nécessaires afin d'améliorer et de pérenniser l'application de cette nouvelle méthodologie de réconciliation médicamenteuse transmurale. Un plan d'action a ainsi été élaboré à la fin de ce travail afin de poursuivre le projet au vu des résultats encourageants obtenus à la suite des audits réalisés en sortie d'hospitalisation dans les trois unités de soins pilotes.

Ce projet mis en place apparaît très intéressant pour résoudre les problèmes de médication liés à la transition entre les différents établissements. Ce travail indiquait en effet qu'un nombre non négligeable de changements étaient opérés dans la médication des patients en cours d'hospitalisation. Ce système d'enveloppes devrait ainsi permettre d'assurer la continuité des soins du patient et de sécuriser la prise de ses médicaments. Une solution d'avenir serait le partage électronique du schéma de médication sur une plateforme unique. Un système commun de partage d'informations à propos de la santé et de la médication du patient devrait être mis en place. Cette plateforme serait accessible par tous les prestataires de soins belges présents dans les hôpitaux, les pharmacies, les cabinets. Les informations à propos de la santé et de la médication du patient seraient ainsi rapidement et facilement accessibles. Des projets de la sorte sont en cours de développement en Belgique mais actuellement il n'existe aucun système uniforme de partage d'informations entre prestataires de soins pour l'ensemble du pays.

Enfin, le développement de ce projet au CHR Haute Senne a permis de mettre en évidence le rôle important que pourrait jouer un pharmacien clinicien coordinateur de soins intégrés. De plus, ce sujet a suscité de nombreux questionnements sur l'interruption des soins du patient

lors de ses transitions entre différents systèmes de soins. Ce travail cible un problème de santé public. Du travail est encore à fournir pour assurer une continuité optimale des soins du patient mais ce mémoire montre que nous sommes sur la bonne voie.

5. Bibliographie

1. Moges TA, Akalu TY, Sema FD. Unintended medication discrepancies and associated factors upon patient admission to the internal medicine wards: identified through medication reconciliation. BMC Health Services Research [Internet]. 2022 [cité 4 mai 2023];22. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9571466/>
2. Notifier une erreur médicamenteuse, réelle ou potentielle | AFMPS [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur: https://www.afmps.be/fr/notifier_une_erreur_medicamenteuse_reelle_ou_potentielle
3. WHO. Medication Safety in Transitions of Care [Internet]. 2019 [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325453/WHO-UHC-SDS-2019.9-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
4. Guimaraes R, Metzger S, Descles V, Derippe T, Dacosta-Noble E, Greder-Belan A, et al. La conciliation médicamenteuse dans le parcours de soins du patient : mise en place de la conciliation de sortie au centre hospitalier de Versailles. Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien. 1 déc 2017;52(4):379-80.
5. Soins pharmaceutiques transmuraux [Internet]. SPF Santé publique. 2016 [cité 4 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/qualite-des-soins/soins-pharmaceutiques/soins-pharmaceutiques>
6. Gallagher D, Greenland M, Lindquist D, Sadolf L, Scully C, Knutsen K, et al. Inpatient pharmacists using a readmission risk model in supporting discharge medication reconciliation to reduce unplanned hospital readmissions: a quality improvement intervention. BMJ Open Qual. mars 2022;11(1):e001560.
7. Robinson EG, Hedna K, Hakkarainen KM, Gyllensten H. Healthcare costs of adverse drug reactions and potentially inappropriate prescribing in older adults: a population-based study. BMJ Open. 23 sept 2022;12(9):e062589.
8. McNab D, Bowie P, Ross A, MacWalter G, Ryan M, Morrison J. Systematic review and meta-analysis of the effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation in the community after hospital discharge. BMJ Qual Saf. avr 2018;27(4):308-20.
9. Haute Autorité de Santé. Mettre en oeuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. févr 2018 [cité 24 févr 2023]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sant_e.pdf
10. Versonne M. De la revue de médication à la revue de l'utilisation des médicaments [Internet]. Site-LePharmacien-FR. 2022 [cité 9 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.lepharmacien.be/actualite/de-la-revue-de-medication-a-la-revue-de-l-utilisation-des-medicaments/article-normal-61123.html>
11. Darcis E, Germeys J, Stragier M, Cortoos P. The impact of medication reconciliation and review in patients using oral chemotherapy. J Oncol Pharm Pract. mars 2023;29(2):270-5.

12. De Bock L, Tommelein E, Baekelandt H, Maes W, Boussery K, Somers A. The Introduction of a Full Medication Review Process in a Local Hospital: Successes and Barriers of a Pilot Project in the Geriatric Ward. *Pharmacy (Basel)*. 28 févr 2018;6(1):21.
13. Dias Fernandes B, Coutinho Ribeiro L, Pereira Dos Santos JC, Rocha Ayres L, Chemello C. Medication Reconciliation at hospital admission and discharge: Evaluation of fidelity and process outcomes in a real-world setting. *Int J Clin Pract*. oct 2021;75(10):e14656.
14. Lester PE, Sahansra S, Shen M, Becker M, Islam S. Medication Reconciliation: An Educational Module. *MedEdPORTAL*. 1 nov 2019;15:10852.
15. Kulshrestha A, Singh J. Inter-hospital and intra-hospital patient transfer: Recent concepts. *Indian J Anaesth*. juill 2016;60(7):451-7.
16. Louiset M, Gainvorste D. Les points de transition. 26 janv 2018 [cité 14 avr 2023]; Disponible sur: https://www.chrn.be/sites/default/files/09h50_-_paqs-20170126-sisu.pdf
17. Vaghasiya MR, Poon SK, Gunja N, Penm J. The Impact of an Electronic Medication Management System on Medication Deviations on Admission and Discharge from Hospital. *Int J Environ Res Public Health*. 19 janv 2023;20(3):1879.
18. Alqenae FA, Steinke D, Keers RN. Prevalence and Nature of Medication Errors and Medication-Related Harm Following Discharge from Hospital to Community Settings: A Systematic Review. *Drug Saf*. 2020;43(6):517-37.
19. Belda-Rustarazo S, Cantero-Hinojosa J, Salmeron-García A, González-García L, Cabeza-Barrera J, Galvez J. Medication reconciliation at admission and discharge: an analysis of prevalence and associated risk factors. *Int J Clin Pract*. nov 2015;69(11):1268-74.
20. Khalilipalandi S, Breton M, Breuker C, Cossette B. Transitions de soins pharmaceutiques chez les personnes âgées : une évaluation de la mise en place. *Sante Publique*. 28 déc 2022;34(4):517-25.
21. Fernandes BD, Almeida PHRF, Foppa AA, Sousa CT, Ayres LR, Chemello C. Pharmacist-led medication reconciliation at patient discharge: A scoping review. *Res Social Adm Pharm*. mai 2020;16(5):605-13.
22. Eibergen L, Janssen MJA, Blom L, Karapinar-Çarkit F. Informational needs and recall of in-hospital medication changes of recently discharged patients. *Res Social Adm Pharm*. févr 2018;14(2):146-52.
23. SPW. 1 [Internet]. Wallex. [cité 8 mars 2023]. Disponible sur: <http://wallex.wallonie.be/cms/render/live/fr/sites/wallex/contents/acts/6/6449/1.html>
24. Wang JS, Fogerty RL, Horwitz LI. Effect of therapeutic interchange on medication reconciliation during hospitalization and upon discharge in a geriatric population. *PLoS One*. 19 oct 2017;12(10):e0186075.
25. Réseau des Comités médico-pharmaceutiques. Recommandations et procédures d'appui à la gestion des médicaments. nov 2006 [cité 13 mars 2023]; Disponible sur:

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/recommandations_et_procedures_dappui_-_novembre_2006.pdf

26. Hoel RW, Giddings Connolly RM, Takahashi PY. Polypharmacy Management in Older Patients. *Mayo Clin Proc.* janv 2021;96(1):242-56.
27. Dovjak P. Polypharmacy in elderly people. *Wien Med Wochenschr.* avr 2022;172(5-6):109-13.
28. Espérance de vie et mortalité en Wallonie [Internet]. Iweps. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/esperance-de-vie-et-mortalite/>
29. Berete F, Demarest S, Charafeddine R, De Ridder K, Vanoverloop J, Van Oyen H, et al. Predictors of nursing home admission in the older population in Belgium: a longitudinal follow-up of health interview survey participants. *BMC Geriatr.* 20 oct 2022;22:807.
30. Di Mascio T, Correard F, Montaleytang M, Honoré S, Couderc AL, Villani P, et al. Identification de facteurs de risque d'erreurs médicamenteuses en service de gériatrie : aide à la priorisation de la conciliation médicamenteuse. *Le Pharmacien Clinicien.* 1 déc 2022;57(4):e175.
31. O'Mahony D, Gudmundsson A, Soiza RL, Petrovic M, Cruz-Jentoft AJ, Cherubini A, et al. Prevention of adverse drug reactions in hospitalized older patients with multi-morbidity and polypharmacy: the SENATOR* randomized controlled clinical trial. *Age and Ageing.* 1 juill 2020;49(4):605-14.
32. Freedman A, McDougall L. Liste de vérification 5 de fragilité. *Can Fam Physician.* janv 2019;65(1):e47-50.
33. Berthe A, Fronteau C, Le Fur É, Morin C, Huon JF, Rouiller-Furic I, et al. Medication reconciliation: a tool to prevent adverse drug events in geriatrics medicine. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 1 mars 2017;15(1):19-24.
34. De Bock L, Tommelein E, Baekelandt H, Maes W, Boussery K, Somers A. The Introduction of a Full Medication Review Process in a Local Hospital: Successes and Barriers of a Pilot Project in the Geriatric Ward. *Pharmacy (Basel).* 28 févr 2018;6(1):21.
35. Dumitrescu I, Casteels M, De Vlieghe K, Dilles T. High-risk medication in community care: a scoping review. *Eur J Clin Pharmacol.* mai 2020;76(5):623-38.
36. Haute Autorité de Santé. Médicaments à risque. 11 juin 2021 [cité 13 avr 2023]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-07/flash_medicament_risque_sous-estimer_le_risque_cest_risque.pdf
37. Saedder EA, Brock B, Nielsen LP, Bonnerup DK, Lisby M. Identifying high-risk medication: a systematic literature review. *Eur J Clin Pharmacol.* juin 2014;70(6):637-45.

38. SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement. Guide de soutien pour une politique de gestion des médicaments à haut risque dans le cadre du programme pluriannuel qualité et sécurité des patients 2013-2017.
39. Pharmacie clinique [Internet]. SPF Santé publique. 2016 [cité 9 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/qualite-des-soins/soins-pharmaceutiques/pharmacie-clinique>
40. Dreischulte T, van den Bemt B, Steurbaut S, European Society of Clinical Pharmacy. European Society of Clinical Pharmacy definition of the term clinical pharmacy and its relationship to pharmaceutical care: a position paper. *Int J Clin Pharm*. août 2022;44(4):837-42.
41. La pharmacie clinique à l'hôpital : vision et objectifs [Internet]. CHU Brugmann. [cité 10 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.chu-brugmann.be/fr/news/20170324-pharmaclin.asp>
42. Le pharmacien clinicien, partenaire d'une meilleure utilisation des médicaments à l'hôpital et en continuité avec la première ligne [Internet]. Minerva Website. [cité 10 mars 2023]. Disponible sur: <http://www.minerva-ebm.be/FR/Article/2096#ref>
43. Kiesel EK, Drey M, Pudritz YM. Influence of a ward-based pharmacist on the medication quality of geriatric inpatients: a before-after study. *Int J Clin Pharm*. avr 2022;44(2):480-8.
44. Ravn-Nielsen LV, Duckert ML, Lund ML, Henriksen JP, Nielsen ML, Eriksen CS, et al. Effect of an In-Hospital Multifaceted Clinical Pharmacist Intervention on the Risk of Readmission: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 1 mars 2018;178(3):375-82.
45. Chan LEJ, Soong JL, Lie SA. A cost avoidance study of critical care pharmacists' interventions in a tertiary institution in Singapore. *Am J Health Syst Pharm*. 21 févr 2023;80(5):267-83.
46. Redmond P, Grimes TC, McDonnell R, Boland F, Hughes C, Fahey T. Impact of medication reconciliation for improving transitions of care. *Cochrane Database Syst Rev*. 23 août 2018;8(8):CD010791.
47. Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JAE. Pharmacy-led medication reconciliation programmes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Pharm Ther*. avr 2016;41(2):128-44.
48. Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JAE. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 23 févr 2016;6(2):e010003.
49. Choi YJ, Kim H. Effect of pharmacy-led medication reconciliation in emergency departments: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Pharm Ther*. déc 2019;44(6):932-45.
50. Rudawsky N, Patel HU. Impact of a Transition of Care Pharmacist in a Community Hospital Discharge Model. *J Healthc Qual*. 1 déc 2022;44(6):347-53.

51. LOI - WET [Internet]. [cité 9 mars 2023]. Disponible sur: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2015010811
52. Mantzourani E, Nazar H, Phibben C, Pang J, John G, Evans A, et al. Exploring the association of the discharge medicines review with patient hospital readmissions through national routine data linkage in Wales: a retrospective cohort study. *BMJ Open*. 9 févr 2020;10(2):e033551.
53. Ilardo ML, Speciale A. The Community Pharmacist: Perceived Barriers and Patient-Centered Care Communication. *Int J Environ Res Public Health*. janv 2020;17(2):536.
54. APB. Entretien d'accompagnement de Nouvelle Médication. 13 nov 2013 [cité 14 mars 2023]; Disponible sur: http://www.appl.be/upload/enm_presentation_unions_professionnelles_finale.pdf
55. sante agence federale des medicaments et des produits de. Arrêté Royal du 21/01/2009 arrete royal portant instructions pour les pharmaciens [Internet]. etaamb.openjustice.be. *Moniteur Belge*; 2009 [cité 11 mars 2023]. Disponible sur: https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-21-janvier-2009_n2009018031.html
56. Malades chroniques : Suivi personnalisé par un pharmacien de référence - INAMI [Internet]. [cité 11 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/maladies/chroniques/Pages/suivi-personnalise-pharmacien-reference.aspx>
57. Un nouveau service du pharmacien pour le patient asthmatique chronique : l'entretien d'accompagnement de bon usage des médicaments (BUM) - INAMI [Internet]. [cité 11 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/sante/pharmaciens/Pages/entretien-pharmacien-patient-asthmatique-info-pharmacien.aspx>
58. Pré-trajet diabète: un nouveau BUM en officine - UPHOC | Union Pharmaceutique du Hainaut Occidental et Central [Internet]. [cité 11 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.uphoc.com/2018/03/pre-trajet-diabete-un-nouveau-bum-en-officine/>
59. Caerels V. Départ en flèche [Internet]. *Site-LePharmacien-FR*. 2023 [cité 11 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.lepharmacien.be/magazine/depart-en-fleche/article-opinion-66859.html>
60. Schulz M, Griese-Mammen N, Müller U. Clinical pharmacy services are reimbursed in Germany: challenges of real world implementation remain. *Int J Clin Pharm*. févr 2023;45(1):245-9.
61. Prescription en dénomination commune internationale (DCI) et substitution | AFMPS [Internet]. [cité 11 mars 2023]. Disponible sur: https://www.afmps.be/fr/humain/medicaments/medicaments/bon_usage/prescription_e_n_dci

62. sociale service public federal securite. Loi du 09/08/2020 modifiant l'arrete royal du 16 septembre 2013 fixant une intervention specifique dans le cout des contraceptifs pour les femmes n'ayant pas atteint l'age de 25 ans afin d'accroitre l'accessibilite financiere des femmes ayant recours a la contraception d'urgence [Internet]. etaamb.openjustice.be. Moniteur Belge; 2020 [cite 11 mars 2023]. Disponible sur: https://etaamb.openjustice.be/fr/loi-du-09-aout-2020_n2020203572.html
63. Vaccin contre la grippe : les personnes de 50 ans et plus peuvent se faire delivrer le vaccin sans prescription prealable en pharmacie | AFMPS [Internet]. [cite 11 mars 2023]. Disponible sur: https://www.afmps.be/fr/news/vaccin_contre_la_grippe_les_personnes_de_50_ans_et_plus_peuvent_se_faire_delivrer_le_vaccin
64. La vaccination en pharmacie se confirme un peu partout en Europe. Et en Belgique ? - Medi-Sphere [Internet]. [cite 14 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/la-vaccination-en-pharmacie-se-confirme-un-peu-partout-en-europe-et-en-belgique.html>
65. Merks P, Jakubowska M, Drelich E, Świczkowski D, Bogusz J, Bilmin K, et al. The legal extension of the role of pharmacists in light of the COVID-19 global pandemic. Res Social Adm Pharm. janv 2021;17(1):1807-12.
66. Un certificat de rétablissement après un test rapide positif [Internet]. [cite 11 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.apb.be/fr/corp/sante-publique/Info-Corona/Testing-Covid/Pages/Certificat-de-retablissement-apres-test-antigenique.aspx>
67. Les pharmaciens peuvent désormais vacciner contre la COVID-19... [Internet]. [cite 11 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.apb.be/fr/corp/media-room/Relations-publiques/communique-de-presse/Pages/Les-pharmaciens-peuvent-desormais-vacciner-contre-COVID-19.aspx>
68. Groupement Pharmaceutique de l'Union Européenne. Position du GPUE sur le rôle des pharmaciens d'officine dans la lutte contre la COVID-19 : les leçons tirées de la pandémie. 27 mai 2021 [cite 14 mars 2023]; Disponible sur: <https://www.pgeu.eu/wp-content/uploads/2021/05/GPUE-PP-le%C3%A7ons-tir%C3%A9es-de-la-pand%C3%A9mie-COVID-19.pdf>
69. Pharmacien de référence - UPHOC | Union Pharmaceutique du Hainaut Occidental et Central [Internet]. [cite 17 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.uphoc.com/membres/pharmacien-de-reference/>
70. Pharmacien de référence: pour un meilleur suivi des patients chroniques [Internet]. [cite 17 mars 2023]. Disponible sur: https://www.apb.be/fr/corp/media-room/Relations-publiques/communique-de-presse/Pages/Pharmacien-de-reference_nouveau-service-pour-meilleur-suivi-patients-chroniques.aspx
71. APPL. Le concept de pharmacien de référence. 27 juin 2017 [cite 14 mars 2023]; Disponible sur: <https://www.webphar.net/information/appl/CCP-Pharmacien%20de%20r%C3%A9f%C3%A9rence%20-%20Clean%20-%2020170624.pdf>

72. Accompagner les patients chroniques en tant que pharmacien de référence - INAMI [Internet]. [cité 17 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/pharmaciens/Pages/pharmacien-reference-accompagner-patients-chroniques.aspx>
73. Integreo [Internet]. Integreo. [cité 29 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.integreo.be/fr>
74. Lambert A-S, Op de Beeck S, Herbaux D, Macq J, Rappe P, Schmitz O, Schoonvaere Q, Van Innis A.L, Vandenbroeck P, De Grootte J, Schoonaert L, Vercruyssen H, Vlaemynck M, Bourgeois J, Lefèvre M, Van den Heede K, Benahmed N. Vers des soins (plus) intégrés en Belgique – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d’Expertise des Soins de Santé (KCE). 2022. KCE Reports 359Bs. D/2022/10.273/51.
75. Soins intégrés [Internet]. SPF Santé publique. 2016 [cité 29 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/reseaux-de-soins/maladies-chroniques/soins-integres-en-faveur>
76. admin-kce. Soins chroniques [Internet]. Vers une Belgique en bonne santé. 2022 [cité 19 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-chroniques>
77. Chambre des représentants de Belgique. Note de politique générale. 28 oct 2022 [cité 13 mars 2023]; Disponible sur: <https://www.dekamer.be/FLWB/PDF/55/2934/55K2934012.pdf>
78. Feu vert pour poursuivre le développement d’exemples remarquables de soins intégrés | Frank Vandenbroucke [Internet]. [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: <https://vandenbroucke.belgium.be/fr/feu-vert-pour-poursuivre-le-d-veloppement-dexemples-remarquables-de-soins-int-gr-s>.
79. Integreo [Internet]. Integreo. [cité 19 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.integreo.be/fr>
80. Soins intégrés en faveur des malades chroniques - INAMI [Internet]. [cité 19 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/information-tous/plan-interfederale-soins-integres/Pages/soins-integres-malades-chroniques.aspx>
81. Plan interfédéral Soins intégrés - INAMI [Internet]. [cité 29 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/information-tous/plan-interfederale-soins-integres/Pages/default.aspx>
82. Rocks S, Berntson D, Gil-Salmerón A, Kadu M, Ehrenberg N, Stein V, et al. Cost and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis. Eur J Health Econ. nov 2020;21(8):1211-21.
83. PACT Santé | La santé intégrée [Internet]. [cité 15 mars 2023]. Disponible sur: <https://pactsante.be/>


84. Claeys C, Dufrasne M, De Vriese C, Nève J, Tulkens PM, Spinewine A. [Information transmission to the community pharmacist after a patient's discharge from the hospital: setting up of a written medication discharge form, prospective evaluation of its impact, and survey of the information needs of the pharmacists]. *J Pharm Belg.* mars 2015;(1):42-54.
85. Veeren JC, Rogers PJ, Taylor ADJ, Weiss MC. Community pharmacists' attitudes towards, and experiences of, providing medication reviews after hospital discharge: a questionnaire survey. *Int J Pharm Pract.* 31 déc 2022;30(6):526-33.
86. Agency V [Creative. CHR Haute Senne [Internet]. 2021 [cité 10 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.chrhautesenne.be/fr>
87. Méthode de Développement des Systèmes d'Information Décisionnels : Roue de Deming - Archive ouverte HAL [Internet]. [cité 18 mars 2023]. Disponible sur: <https://hal.science/hal-00479503/>
88. Cycle PDCA / La roue de Deming - Certification QSE [Internet]. [cité 18 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.certification-qse.com/cycle-pdca-roue-de-deming/>
89. Demetrescoux R. Outil 17. Le A3. BaO La Boite a Outils. 2019;2:62-3.
90. De meilleurs soins grâce à des enveloppes | FarmaFlux [Internet]. [cité 10 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.farmaflux.be/fr-BE/Blogs/de-meilleurs-soins-grace-a-des-enveloppes~161FR>
91. Wilcock M, Sibley A, Blackwell R, Kluttgens B, Robens S, Bastian L. Involving community pharmacists in transfer of care from hospital: Indications of reduced 30-day hospital readmission rates for patients in Cornwall. *Int J Pharm Pract.* 9 juill 2020;28(4):405-7.
92. Le contexte de l'e-santé en Belgique | Réseau Santé Wallon [Internet]. [cité 2 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.reseausantewallon.be/professionnels-de-la-sante/jeminforme/le-contexte-de-lesante-en-belgique/>

6. Annexes

6.1 Annexe 1 : Enveloppe bleue




6.2 Annexe 2 : Contenu enveloppe bleue



Mieux vivre
grâce aux
soins intégrés



service public fédéral
SANTÉ PUBLIQUE,
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT



INAMI-RIZIV



À l'attention du pharmacien

Madame, Monsieur, la-le pharmacien-ne,
Concerne : schéma de médication pour l'hospitalisation

En tant que pharmacien de référence (cfr critères INAMI), vous êtes susceptible de fournir un schéma de médication à jour. Votre patient ou son aidant-proche vous remet une enveloppe « bleue » pré-hospitalisation.

Afin d'aider le patient, vous placerez dans cette enveloppe :

- 1) Le **schéma de médication** complet et à jour. Notez qu'il est très important pour votre patient d'y mentionner TOUS les médicaments, compléments ou autres consommés. Une fiche mémo est également disponible dans l'enveloppe. N'hésitez pas à mentionner les points d'attention et les allergies éventuelles de votre patient ;
- 2) La **carte santé** complétée. Cette carte présente dans l'enveloppe reprendra les coordonnées de son équipe de soins (à minima le pharmacien de référence et le médecin traitant).

Le patient remettra ensuite cette enveloppe à l'équipe qui l'accueille le jour de son hospitalisation.

Cette action est tarifée 10€ HTVA. Pour cela, que devez-vous faire ?

- 1) Scanner le CNK de l'enveloppe bleue ;
- 1) Compléter le questionnaire d'évaluation en ligne en scannant le QR Code ou via le lien : <https://pactsante.be/enveloppe-bleue-questionnaire-devaluation/>
Pour accéder au questionnaire, introduisez le CNK présent sur l'enveloppe ;
- 2) Communiquer le NISS du patient via le site de l'UPHOC : <https://www.uphoc.com/actions-pact-2022-communication-niss/> ou via Anne Santi pour Multipharma.



Des questions ? Vous pouvez appeler les Pharmaciens Coach du PACT :

Zone 1 : Braine-le-Comte, Écaussinnes, Le Rœulx, Manage, Morlanwelz, Seneffe et Soignies.
Céline POOLS : Portable : 0494/05 36 33 - Mail : pharmacoach@pactsante.be

Zone 2 : Anderlues, Binche, Chapelle-lez-Herlaimont, Estinnes, et La Louvière.
Benoît DERASSE : Portable : 0477/89 52 08 - Mail : pharma@pactsante.be

Cette action pilote de continuité des soins est une initiative du PACT. Elle est réalisée grâce à la collaboration avec l'UPHOC, l'OPHACO et les hôpitaux partenaires CHU Tivoli, Jolimont et CHR Haute Senne.

PACT asbl - Plan d'Accompagnement Concerté Transversal
Soins intégrés en faveur des malades chroniques pour la région du Centre Hainaut
34, avenue Max Buset à 7100 La Louvière
N° 0726817733 RPM - Mons
info@pactsante.be - <http://pactsante.be>

Fiche mémo: Le schéma de médication doit contenir l'ENSEMBLE des médicaments pris par le patient.

Ci-dessous, un exemple des informations à mentionner :

Traitement CHRONIQUE

Médicament (nom et voie d'administration)	Molécule	Dosage	Posologie	Moment de prise				Indication	Remarques
				Matin	Midi	Soir	Couché		
Asaflow comprimé	Acide acétylsalicylique	80mg	1comp. 1x/j	•				Prévention cardio-vasculaire (fluidifie le sang et évite la formation de caillots)	Prise pendant le repas ; comprimé à avaler en entier

Traitement AIGU ou TEMPORAIRE

Médicament (nom et voie d'administration)	Molécule	Dosage	Posologie	Moment de prise				Indication	Remarques
				Matin	Midi	Soir	Couché		
Dafalgan comprimé effervescent	Paracétamol	500mg	1comp. 3x/j	•	•	•		Antidouleur	Depuis une semaine (01/07/2022) ; si nécessaire ; max. 2g/j

Des changements de traitement récents ont-ils été effectués ? Si oui, veuillez détailler (médicament concerné / ajout, retrait, modification / ...)
Dans le schéma de médication, avez-vous indiqué les éventuels médicaments suivants ?

- Les médicaments sous ordonnance
- Les médicaments sans ordonnance
- Les médicaments achetés sur internet
- Les médicaments préparés à la pharmacie
- Patchs
- Aérosols
- Puffs
- Crème
- Gouttes
- Injections
- Suppositoires
- ...



Mieux vivre
grâce aux
soins intégrés



À l'attention de l'équipe hospitalière

Madame, Monsieur,

Concerne : schéma de médication pour l'hospitalisation.

Votre patient ou son aidant-proche vous remet une enveloppe bleue pré-hospitalisation.

Que contient cette enveloppe ?

- 1) Le **schéma de médication** complet et à jour, réalisé par le pharmacien de référence de votre patient ;
- 2) La **carte santé du patient** qui reprend les coordonnées de son équipe de soins. Ces informations seront utiles pour préparer la sortie de l'hôpital du patient. Vous pouvez désormais compter sur l'équipe de soins du patient.

Pour toute question, vous pouvez appeler la Pharmacienne Clinicienne du PACT :

Odile VANRÔME : Portable : 0460/95 48 24 - Mail : transmural@pactsante.be

Cette action pilote de continuité des soins est une initiative du PACT. Elle est réalisée grâce à la collaboration avec l'UPHOC, l'OPHACO et les hôpitaux partenaires CHU Tivoli, Jolimont et CHR Haute Senne.

PACT asbl - Plan d'Accompagnement Concerté Transversal
Soins intégrés en faveur des malades chroniques pour la région du Centre Hainaut
34, avenue Max Buset à 7100 La Louvière
N° 0726817733 RPM - Mons
info@pactsante.be - <http://pactsante.be>

6.3 Annexe 3 : Enveloppe verte



6.4 Annexe 4 : Contenu enveloppe verte



Mieux vivre grâce aux soins intégrés

À l'attention du pharmacien

Madame, Monsieur, le-la pharmacien-ne,

Concerne : réconciliation médicamenteuse post - hospitalisation

Votre patient ou son aidant-proche vous remet **une enveloppe verte** post-hospitalisation.

Cette enveloppe contient les prescriptions du patient pour le suivi ambulatoire et s'il y a lieu, le schéma de médication de l'hôpital afin de le comparer avec le schéma de médication en votre possession.

Le but est d'éviter les discordances, d'assister le patient ou son aidant-proche dans la bonne compréhension de son traitement et d'encourager un contact avec le médecin généraliste pour éventuellement rétablir des traitements suspendus le temps de l'hospitalisation.

Cette action est évaluée via un formulaire en ligne et votre participation est tarifée 21 euros HTVA.

Que devez-vous faire pour cela ?

- 1) Scanner le **CNK** de l'enveloppe et réaliser les 5 étapes décrites au verso.
- 2) Communiquer le **schéma mis à jour** (l'imprimer) et le remettre au patient pour sa visite chez le généraliste.
- 3) Compléter le **questionnaire d'évaluation** en scannant le QR code ou en allant sur <https://pactsante.be/professionnel-de-la-sante/pharmaciens/>
- 4) Inscrire le patient comme suit :
 - **via le site de l'UPHOC** : UPHOC ACTIONS PACT 2022 - communication NISS
 - **via Anne Santi** pour Multipharma



NB : **Un e-learning accrédité** est également disponible sur le site de l'uphoc.

Des questions ? vous pouvez appeler la Pharmacienne Coach du PACT :
Céline POOLS : Portable : 0494/05 36 33 - Mail : pharmaccoach@pactsante.be

Cette action pilote de continuité de soins est une initiative du PACT. Elle est réalisée grâce à la collaboration avec l'UPHOC, l'OPHACO, les hôpitaux partenaires CHU Tivoli, Jolimont et CHR Haute Senne.

Anne-Françoise Raedemaeker
Coordination générale
Pact



Jean-Pol Cirriez
Pharmacien coordinateur
Uphoc



Anne Santi
Pharmaceutical care manager
Ophaco



PACT asbl - Plan d'Accompagnement Concerté Transversal -
Soins intégrés en faveur des malades chroniques pour la région du Centre Hainaut

34, avenue Max Buset à 7100 La Louvière
N° 0736817733 RPM - Mons
info@pactsante.be - <http://pactsante.be>



La réconciliation médicamenteuse en 5 étapes

1. Prise en charge

De quel patient s'agit-il?
Pourquoi le patient est-il rentré à l'hôpital?
Quand le patient est-il sorti de l'hôpital?
Le patient est-il déjà allé chez le **médecin**?
Dispose-t-il des soins **d'une infirmière à domicile**?

2. Collecte de toutes les informations sur la médication du patient

Historique médicamenteux, consultation du DPP
Schéma de médication disponible
Prescription à la sortie
Schéma de médication à la sortie
Médicaments de transition

3. Comparaison des informations reçues aux étapes 1 et 2

Vérifier si il y a la présence **d'informations contradictoires** entre les différentes sources?
(Autres spécialités? Autres posologies?)
Vérifier la présence de **problèmes liés aux médicaments**
(utilisation, choix du médicament, interactions, choix du dosage...)

4. Mise en oeuvre des actions utiles

Les actions prises seront fonction de la situation, **MAIS TOUJOURS**
Mener une discussion avec le patient et/ou l'aidant proche
Veiller à une **mise à jour du schéma de médication**
Rappeler **de prendre contact avec le MG**
Contact le MG ou l'hôpital en cas d'incohérence dans le traitement

5. Accompagnement sur mesure de la médication

Délivrance des médicaments avec les **conseils de première délivrance ou de suivi** si nécessaire
Parcourir le **(nouveau) schéma** de médication et le **remettre** dans le carnet de bord à l'attention du généraliste
Vérifier l'**adhésion thérapeutique** et donner un conseil sur mesure
Vérifier si tout est **clair** avec le patient
Encourager le patient à se rendre chez son médecin généraliste le plus rapidement possible

© Copyright Zorgzaam Leuven



Mieux vivre
grâce aux
soins intégrés

Complétez l'évaluation en ligne sur
notre site [Pactsante.be/professionnels](https://pactsante.be/professionnels)
de la santé

Ce formulaire requiert un mot de passe
Pour accéder au formulaire, introduire
les chiffres du CNK de l'enveloppe
Merci de votre collaboration !

6.5 Annexe 5 : Carte santé

 **Mieux vivre grâce aux soins intégrés**

▼ Plus d'infos sur
@pactsante.be
pact@pactsante.be



Nom :
Prénom :
NISS:
Points d'attention à mentionner :

Personne à contacter en cas d'urgence
Nom :
Tél. :
Mon mandataire de santé
Nom :
Tél. :

J'ai rempli les déclarations suivantes :

- Non acharnement thérapeutique
- Demande anticipée d'euthanasie
- Don d'organes
- Don de mon corps à la science
- Volontés en matière de funérailles

Médecin généraliste
Nom :
Tél. :

Pharmacien de référence
Nom :
Tél. :

Médecin spécialiste
Nom :
Tél. :

Hôpital de référence

Zéroil JGH Louvain CHR Wallonie

Infirmier
Nom :
Tél. :
Kinésithérapeute
Nom :
Tél. :

Service social ou service à domicile
Nom :
Tél. :
Autres aides à domicile
Nom :
Tél. :

6.6 Annexe 6 : Communiqué aux anesthésistes



Centre Hospitalier Régional de la Haute Senne
Pharmacie +32-67-34 87 60

Communication Pharmacie
Soignies, le 06 décembre 2022

Ph. Sophie Blondelle
Ph. Alice Carlier
Ph. Stéphanie Jabbour
Ph. Caroline Mahy
Ph. Antonelle Pardo

Soignies, le 06 décembre 2022

A l'attention des Médecins,
A l'attention du Département infirmier,

Remplacement du document reprenant le traitement médicamenteux à remettre lors de la consultation d'anesthésie pré-opératoire par l'enveloppe du PACT

Feuille présente dans la fardes de préadmission

Contenu enveloppe du PACT

Avant sa consultation avec l'anesthésiste, le patient doit se rendre chez son pharmacien de référence ou son médecin traitant avec cette enveloppe afin de recevoir son schéma de médication complet et à jour.

Cette enveloppe contenant le schéma est à remettre lors de la consultation d'anesthésie pré-opératoire.

Veuillez svp relayer cette information auprès de vos équipes.
Nous restons à votre disposition pour tout complément d'information.

La Pharmacie

Chaussée de Braine 49
7060 Soignies
Tél. : 067.348.431
Fax : 067.348.787

info@chrhautesenne.be
www.chrhautesenne.be

Association régie par la loi du 8 juillet
1978 ayant adopté la forme d'une
association sans but lucratif
N° d'agrément : 7.10007.33.000
N° d'entreprise : BE 0256.981407



6.7 Annexe 7 : Communiqué au MRS



Centre Hospitalier Régional de la Haute Senne
Pharmacie +32-67-34 87 60



Communication Pharmacie
Soignies, le 08 décembre 2022
Ph. Sophie Blondelle
Ph. Alice Carlier
Ph. Stéphanie Jabbour
Ph. Caroline Mahy
Ph. Antonelle Pardo

Soignies, le 22 Novembre 2022

Bonjour Madame, Monsieur,

Suite à la réunion des maisons de repos et de soins du 06.12.2022 au CHR Haute Senne, voici les enveloppes bleues du projet PACT.

Pour rappel, ces enveloppes doivent contenir :

Le schéma de médication du patient complet et à jour.

Ce schéma reprend les médicaments chroniques, les compléments alimentaires ou autres consommées et est réalisé par le médecin généraliste ou par le pharmacien de référence.

L'enveloppe complétée est à donner :

- Lors d'une hospitalisation programmée : aux personnes prenant en charge votre patient le jour de son hospitalisation.
- Lors d'une hospitalisation non programmée : aux urgences.

Pour exemple :

Lorsque votre stock d'enveloppes bleues est épuisé, vous pouvez contacter les archives du CHR Haute Senne via l'adresse email ARCHIVES@chrhautesenne.be (disponibles du lundi au vendredi de 8h à 16h).

Nous vous remercions pour votre collaboration et restons à votre disposition pour tout complément d'information.

La Pharmacie du CHR Haute Senne

Chaussée de Braine 49
7060 Soignies
Tél. : 067.348.411
Fax : 067.348.787

info@chrhautesenne.be
www.chrhautesenne.be

Association régie par la loi du 8 juillet
1976 ayant adopté la forme d'une
association sans but lucratif
N° d'agrément : 71000733.000
N° d'entreprise : BE 0295.981407





FICHE OUTIL A3

Définition:

Le A3 est un outil de résolution de problèmes utilisé comme un moyen "d'aligner" toutes les forces vives d'une entreprise sur l'atteinte de ses objectifs stratégiques et opérationnels.

Principes:

Le format A3 permet de structurer le collaborateur désireux de résoudre un problème dans une démarche d'amélioration continue. Il oriente la résolution du problème au travers de points prioritaires, évitant ainsi une dispersion des forces. Il analyse la problématique et sa résolution au moyen de 8 questions.

Logique:



Format:

A3 découpé en 8 cases reprenant les différentes questions.

Intérêts:

- Passer aisément de la perception d'un problème à une définition claire de celui-ci
- Piloter la résolution de problème méthodiquement par l'intégration de différents outils (5M, Gantt, PDCA,...)
- Avoir une vision structurée, claire et détaillée des différentes étapes de la situation

Méthodologie:

Résolution du problème au travers de 8 étapes (répondre aux questions):

- Quel est le problème?
- Quelle est la situation actuelle?
- Quelle est la cause principale du problème?
- Quelle est la situation désirée?
- Quelles sont les mesures à prendre?
- Qui fait quoi, quand, où, date?
- Quels sont les résultats obtenus?
- Comment assurer que la situation perdure?

Finalité:

Nom du groupe de travail		Date	
1. Quel est le problème?		2. Quel est le problème principal?	
3. Quelles sont les causes possibles?		4. Quelles sont les causes principales?	
5. Quelles sont les mesures à prendre?		6. Qui fait quoi, quand, où, date?	
7. Quels sont les résultats obtenus?		8. Comment assurer que la situation perdure?	

Questionnaire pour les données de benchmark

➤ Pour les enveloppes bleues :

Quelles unités de soins ont été ciblées pour la délivrance de ces enveloppes ?

À qui ces enveloppes sont-elles délivrées ?

- Aux patients
- Aux proches des patients
- Autre :

A quel moment du parcours patient ces enveloppes sont-elles délivrées aux patients/proches ?

- En pré-admission
- En hospitalisation
- Aux urgences
- Autre :

Quelles fonctions occupent les personnes qui délivrent ces enveloppes aux patients/proches ?

- Secrétaires en service d'hospitalisation
- Secrétaires en pré-admission
- Médecins en service d'hospitalisation
- Médecins en pré-admission
- Infirmiers en service d'hospitalisation
- Infirmiers en pré-admission
- Autre :

Quelles interventions ont été faites pour mettre en place ces enveloppes auprès du personnel ?

Des patients ont-ils rapporté ces enveloppes complétées par leur pharmacien de référence ?

- Oui
- Non

Auriez-vous des résultats chiffrés à nous communiquer ?

➤ Pour les enveloppes vertes :

Quelles unités de soins ont été ciblées pour la délivrance de ces enveloppes ?

À qui ces enveloppes sont-elles délivrées ?

- Aux patients
- Aux proches des patients
- Autre :

Quelles fonctions occupent les personnes qui délivrent ces enveloppes aux patients/proches ?

- Secrétaires en service d'hospitalisation
- Médecins en service d'hospitalisation
- Infirmiers en service d'hospitalisation
- Autre :

Quelles interventions ont été faites pour mettre en place ces enveloppes auprès du personnel ?

Des patients sont-ils sortis de l'hôpital avec ces enveloppes complétées par leur médecin de l'hôpital ?

- Oui
- Non

Auriez-vous des résultats chiffrés à nous communiquer ?

7. Formulaire d'évaluation

Formulaire d'évaluation | Mémoires 20.....-20.... | Evalueur :

Nom et prénom de l'étudiant :

Grille n°1 : Production écrite – Lecteurs					Note attribuée						
	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20/20
Critères	Inacceptable	Insuffisant	Satisfaisant	Très bien		Commentaires					
Qualité formelle Table des matières <input type="checkbox"/> Structure <input type="checkbox"/> Orthographe/syntaxe <input type="checkbox"/>	Non-respect de plus de deux critères	Non-respect de deux critères	Non-respect d'un critère	Respect de tous les critères							
Bibliographie Quantité <input type="checkbox"/> Qualité <input type="checkbox"/> Référencement <input type="checkbox"/>	Quantité insuffisante Sources non fiables Trop d'erreurs de référencement	Deux critères moyennement respectés	Un critère moyennement respecté	Les trois critères sont respectés							
Qualité contenu 1. Introduction <input type="checkbox"/> 2. Objectif(s) du travail <input type="checkbox"/> 3. Corps du sujet ou Partie expérimentale <input type="checkbox"/> 4. Conclusion <input type="checkbox"/> 5. Bibliographie <input type="checkbox"/> Résumé <input type="checkbox"/>	Majorité des parties mauvaises / Manque crucial de contenu	Deux à trois parties sont de moins bonne qualité / en dessous du niveau	Une à deux partie(s) de moins bonne qualité / une partie est en dessous du niveau	Toutes les parties sont de bonne qualité							
Rigueur scientifique	Erreur importante	Rigueur scientifique fort imprécise	Détails à améliorer au niveau de la rigueur scientifique	Rigueur scientifique respectée							
Point bonus	Pas d'originalité particulière			Originalité à souligner							

Grille n°2 : Défense orale – Membres du jury					Note attribuée
2 4 6 8 10 12 14 16 18 20				/20
Critères	Inacceptable	Insuffisant	Satisfaisant	Très bien	Commentaires
Support Lisibilité Illustrations Orthographe	Plus de deux critères ne sont pas respectés	Deux critères ne sont pas respectés	Un des critères n'est pas respecté	Tous les critères sont respectés	
Qualité oratoire fluidité, captive le jury	Difficulté de compréhension du discours / Lit son texte	Problème de voix mais discours relativement compréhensible/ Lit son texte	Discours fluide mais manque d'assurance	Discours fluide et captivant (bonnes constructions des phrases)	
Qualité du contenu liens entre l'écrit et l'oral MAIS sans redite/copier-coller du document écrit	Redite de l'écrit / pas de valeur ajoutée / Erreurs importantes dans la présentation	Liens insuffisants / erreurs importantes à légères dans la présentation	Liens intéressants erreurs légères dans la présentation	Liens intéressants et pertinents pour la présentation / Valeur ajoutée suite à l'écrit / Pas ou très peu d'erreurs dans la présentation	
Rigueur scientifique	La rigueur scientifique n'est pas suffisamment présente	La rigueur scientifique n'est que partielle	La rigueur scientifique est majoritairement présente	La rigueur scientifique est impeccable	
Point bonus	Pas d'originalité particulière		Originalité à souligner		

Grille n°3 : Séance de questions réponses – Membres du jury					Note attribuée
2 4 6 8 10 12 14 16 18 20				/20
Critères	Inacceptable	Insuffisant	Satisfaisant	Très bien	Commentaires
Réponses aux questions du jury / des professionnels	Réponses erronées ou erreur importante	Réponses majoritairement à compléter ou nuancer	Réponses majoritairement intéressantes	Réponses intéressantes et pertinentes	
Point bonus	Pas d'originalité particulière		Originalité à souligner		

Résultat final

Y a-t-il une information importante que le promoteur souhaiterait partager avec le jury avant d'attribuer la note ?

/20

Commentaires / décisions prises :