

Dr Anne-Laure Blanc, PhD

Pharmacienne responsable secteur Clinique

Boulevard Paderewski 3
CH – 1800 Vevey

T +41 21 923 45 43
F +41 21 923 73 74
E annelaure.blanc@phel.ch

www.phel.ch

Académie Suisse des Sciences Médicales
Maison des Académies
Laupenstrasse 7
3001 Berne

Vevey, le 15 septembre 2017

Prix ASSM « interprofessionnalité » 2017

Madame, Monsieur,

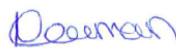
Vous trouverez, ci-joint, notre contribution pour le Prix ASSM « interprofessionnalité » 2017. Il s'agit d'un projet effectué dans le cadre d'une formation post-grade en pharmacie d'hôpital. Il a été réalisé conjointement par les équipes médicales de l'Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais et les pharmaciens et assistantes en pharmacie de la Pharmacie des Hôpitaux de l'Est Lémanique, ainsi que certains pharmaciens d'officine de la région Riviera-Chablais.

Ce projet a été conduit en collaboration avec différents professionnels de la santé (médecins hospitaliers, pharmaciens d'officine, pharmaciens cliniciens hospitaliers et assistantes en pharmacie) avec comme objectif l'amélioration des différentes étapes de la transition des soins impliquant le médicament. Plus précisément, il a eu pour but d'évaluer si une meilleure préparation de la sortie d'hôpital permettait de réduire le nombre de modifications de traitement médicamenteux des patients durant les 30 jours suivant la sortie d'hôpital. Ce projet visait également à documenter et quantifier les interventions ainsi que les difficultés rencontrées par les pharmaciens d'officine liées à une ordonnance de sortie d'hôpital.

En vous remerciant par avance de la considération de notre projet, nous vous adressons, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.



Dr Anne-Laure Blanc
Pharmacienne PFH clinique



Marine Neeman
Pharmacienne FPH clinique



Sophie Maurer
Pharmacienne d'officine



Dr Maria Dobrinias
Pharmacienne FPH clinique



Dr Nicolas Widmer
Pharmacien FPH hôpital et
clinique



Dr Damian Tagan
Médecin FMH



Dr Annelore Sautebin
Médecin FMH



Valérie Rapsode
Pharmacie d'officine
FPH

Résumé du projet

Continuité des soins : différentes interventions pharmaceutiques durant l'hospitalisation optimisent les prescriptions de sortie d'hôpital

Introduction : L'étape de transition liée à la sortie d'hôpital est une étape délicate qui a besoin d'être optimisée pour assurer une sécurité médicamenteuse optimale. La Pharmacie des Hôpitaux de l'est Lémanique (PHEL) et l'Hôpital Riviera Chablais, Vaud-Valais (HRC) ont réalisé une étude pour évaluer si différentes interventions pharmaceutiques conçues pour préparer la sortie du patient amélioreraient la transition des soins.

Méthode : L'étude, qui a duré 6 mois, a pris place dans le service de médecine interne du site du Samaritain de l'HRC à Vevey, ainsi que dans 14 pharmacies d'officine de la région. Les patients du groupe « contrôle » ont été pris en charge selon la procédure habituelle en place. Les patients du groupe « intervention » ont bénéficié d'une combinaison de trois interventions différentes durant leur hospitalisation :

1) *une anamnèse médicamenteuse spécifiquement réalisée par une assistante en pharmacie lors de l'admission du patient à l'hôpital.* Lors de ce projet, cette anamnèse était réalisée de la façon suivante : premièrement un contact avec la pharmacie d'officine du patient était réalisé par l'assistante en pharmacie afin d'obtenir la liste exacte des médicaments habituellement délivrés au patient (y compris les médicaments en vente libre). Puis, une discussion spécifique avec le patient était réalisée afin d'identifier d'éventuels autres traitements chroniques ou des problématiques spécifiques en lien avec le traitement médicamenteux. Finalement, cette liste de médicament était combinée à la liste des médicaments obtenue par le médecin-assistant lors de l'anamnèse d'entrée qui a été réalisée aux urgences.

Cette anamnèse a servi de base à la réconciliation médicamenteuse d'entrée. Le but d'une réconciliation médicamenteuse est de garantir un suivi optimal des traitements lorsque le patient entre à l'hôpital ou en sort, et de tenir compte de l'adaptation de la médication liée à la liste des médicaments disponibles au sein de l'établissement. La réconciliation consiste à comparer la médication prescrite avant et après l'entrée et la sortie de l'hôpital et, si nécessaire, à proposer au médecin hospitalier des adaptations de traitement afin d'optimiser la transition et d'éviter, par exemple, des doublons de médicaments, des oublis de traitements chroniques, des différences de dosages, etc.

2) *une revue de la médication du patient durant l'hospitalisation réalisée par le pharmacien clinicien lors de la visite médicale au lit du patient.* La revue de la médication consiste en l'analyse des médicaments afin d'identifier de différents problèmes potentiels liés au traitement (interactions médicamenteuses, contre-indications, surdosages, précautions, effets

indésirables, etc.). Ces différentes problématiques sont ensuite discutées avec l'équipe médicale et soignante en charge du patient afin d'optimiser la pharmacothérapie.

3) *une réconciliation médicamenteuse de sortie associée à un commentaire d'ordonnance de sortie*, afin de transmettre au patient les informations essentielles quant aux modifications de traitement réalisées durant le séjour hospitalier.

Les résultats suivants ont été comparés entre les deux groupes, bénéficiant ou non de l'ensemble des interventions : le nombre d'interventions pharmaceutiques réalisées par les pharmaciens d'officine, y compris le temps nécessaire à la validation de l'ordonnance de sortie, ainsi que le nombre de changements de médicaments survenus à différentes étapes de la continuité des soins.

Résultats : La comparaison des deux groupes a montré une baisse importante du nombre d'interventions pharmaceutiques réalisées par les pharmaciens d'officine sur chaque ordonnance de sortie dans le groupe « intervention » (n=54) par rapport au groupe contrôle (n=64) : respectivement 1.6 versus 6.9 interventions (réduction de 77% ; $p < 0.0001$) par ordonnance de sortie ; elle a également montré une diminution très significative du temps nécessaire à la validation de l'ordonnance de sortie, ainsi qu'une diminution du nombre d'interventions nécessitant un appel au médecin de l'hôpital (réduction de 75%).

Le nombre de changements de traitements à différentes étapes de la continuité des soins a également diminué de façon significative dans le groupe « intervention » : 40% de changements en moins entre l'admission à l'hôpital et la sortie de l'hôpital ($p < 0.0001$), 66% de changements en moins entre la sortie de l'hôpital et le passage à la pharmacie d'officine ($p < 0.0001$) et 25% de changements en moins entre le passage à la pharmacie d'officine et le prochain rendez-vous chez le médecin traitant ($p < 0.0001$).

Conclusion : Une combinaison d'interventions pharmaceutiques en étroite collaboration avec les équipes médicales durant l'hospitalisation a permis aux patients du groupe « intervention » de subir moins de changements de médication durant les différentes étapes de leur parcours de soins. Le nombre d'interventions pharmaceutiques réalisées par les pharmaciens d'officine sur les ordonnances de sorties a également diminué de manière significative, de même que les dérangements ultérieurs des médecins hospitaliers. Tous ces éléments contribuent à l'amélioration de la continuité des soins et de la sécurité des patients.

Cette étude est, à notre connaissance, la première en Suisse à observer l'impact d'une étroite collaboration entre les pharmaciens d'officine, pharmaciens cliniciens hospitaliers, assistante en pharmacie et équipes médicales hospitalières sur la sécurité de la prise en charge des patients à la sortie de l'hôpital. Deux éléments principaux nous ont permis de mener cette étude efficacement : (1) l'engagement spécifique d'une pharmacienne afin de faire le lien entre les

pharmaciens d'officine et (2) la forte implication et acceptation des pharmaciens cliniciens dans les unités de soins. Le rôle des pharmaciens cliniciens est d'assurer au patient hospitalisé un traitement médicamenteux efficace, sûr et économique en étant actif dans les unités de soins et en collaborant avec les différents professionnels de santé (médecins, infirmiers, ...etc).

De plus, l'HRC étant un hôpital régional de taille humaine, les équipes médicales et soignantes entretiennent une forte collaboration, facilitant ainsi le contact entre les différents intervenants.

Ce projet fait explicitement référence à la Charte de l'ASSM « Collaboration entre les professionnels de la santé » par différents aspects. Tout d'abord, tout au long du projet, le patient était un partenaire actif dans l'optimisation de la transition des soins. En effet, à chaque entrée d'hôpital, l'anamnèse médicamenteuse comprenait un entretien spécifique entre l'assistante en pharmacie et le patient afin de récolter le plus d'informations possibles relatives à son traitement chronique à domicile. A la sortie de l'hôpital, une consultation entre le pharmacien clinicien et le patient était réalisée afin de le sensibiliser à la gestion de son traitement par le biais d'un enseignement ciblé sur ces médicaments.

Ensuite, lors de la sortie d'hôpital, comme le médecin prescripteur, le pharmacien clinicien, l'assistante en pharmacie et le pharmacien d'officine travaillent conjointement, il a été important de définir les compétences de chacun. Ces rôles ont été définis précisément au début du projet :

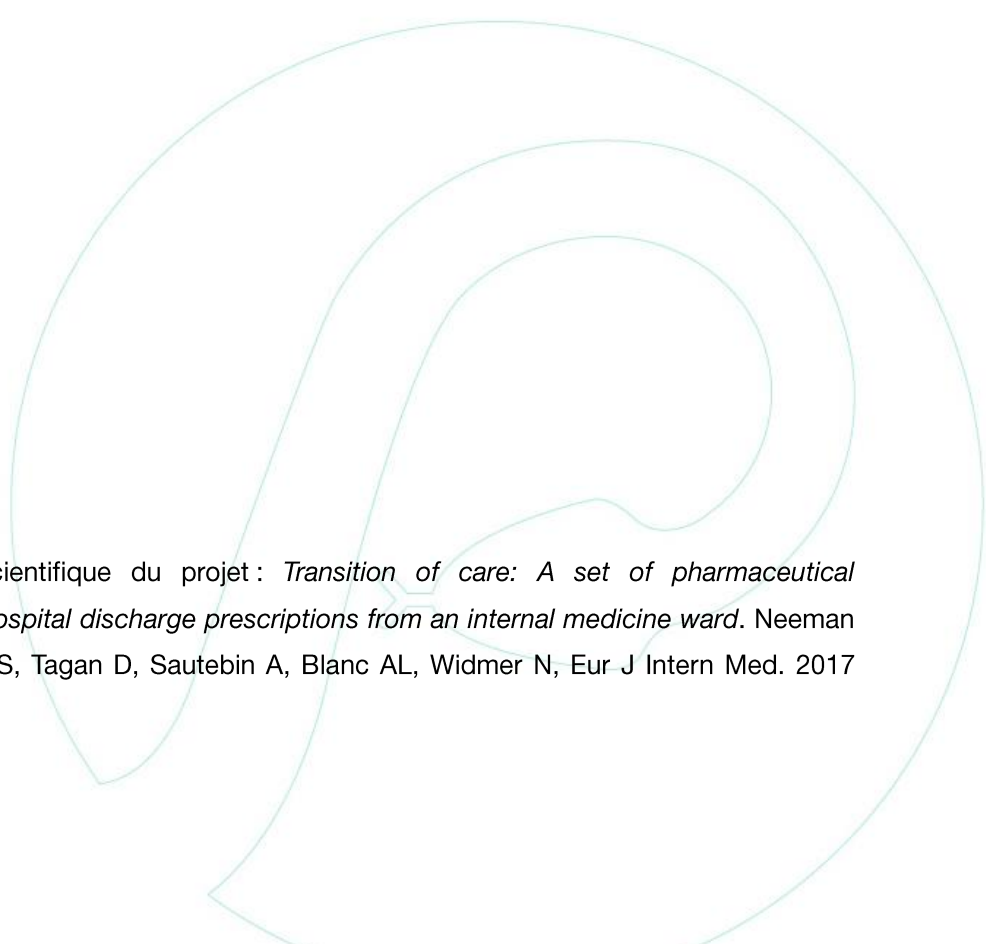
- L'assistante en pharmacie récoltait les données spécifiques à l'anamnèse médicamenteuse d'entrée afin qu'il n'y ait pas de divergences non justifiées avec l'ordonnance de sortie d'hôpital.
- Le pharmacien clinicien effectuait un premier entretien avec le médecin hospitalier puis avec le patient pour clarifier l'ordonnance de sortie et expliquer les éventuels changements de médicaments au patient.
- Le médecin prescrivait l'ordonnance de sortie d'hôpital.
- Le pharmacien d'officine validait l'ordonnance et dispensait les médicaments au patient.

Ce projet met en avant que la collaboration interprofessionnelle avec une implication de la pharmacie hospitalière au moment de la sortie de l'hôpital permet de diminuer les modifications de traitements durant les différentes étapes de la continuité des soins, de réduire le temps passé par les pharmaciens d'officine à valider l'ordonnance de sortie ainsi que le nombre de contacts téléphoniques passés aux médecins hospitaliers. Tous ces éléments contribuent à optimiser la sécurité durant cette phase sensible de la transition des soins.

Différents enseignements ont été tirés de ce travail. Tout d'abord, l'importance de cibler les patients les plus à risques durant les périodes critiques de la continuité des soins a été relevée. En effet, les ressources en pharmaciens et en assistantes en pharmacie n'étant pas suffisantes

pour couvrir tous les patients, il a été défini que dans une démarche ultérieure, les patients de plus de 65 ans, et qui ont plus de 7 médicaments prescrits seront priorités. Ensuite, la nécessité pour les pharmaciens hospitaliers de collaborer de façon plus intense avec les infirmières s'occupant des transferts entre hôpitaux, maisons de retraite, aides à domicile, etc. a été clairement identifiée.

À l'issue de notre travail, une pérennisation et une application routinière des principes de ce projet étaient vivement souhaitées par l'équipe hospitalière ainsi que par les pharmaciens d'officine, cependant le projet n'a, pour l'instant, pas pu être poursuivi à cause d'un manque de financement. Malgré tout, cette étude nous a permis de soulever et d'objectiver diverses problématiques et obstacles associés, comme la gestion du matériel sanitaire lors de la sortie d'hôpital, la prise en charge des sorties des patients résidents en EMS (établissements médico-sociaux) et la communication des changements de traitement pour les patients suivis par le CMS (centre médicaux-sociaux). Cela a également permis de mener à bien des projets additionnels incluant d'autres aspects de la continuité des soins en collaborant avec d'autres services comme les CMS et soins à domicile, partenaires ambulatoires fortement impliqués dans la transition des soins à l'issue d'un séjour hospitalier.



Annexe : publication scientifique du projet : *Transition of care: A set of pharmaceutical interventions improves hospital discharge prescriptions from an internal medicine ward*. Neeman M, Dobrinas M, Maurer S, Tagan D, Sautebin A, Blanc AL, Widmer N, Eur J Intern Med. 2017 Mar;38:30-37