



Continuité du traitement médicamenteux entre l'hôpital et le domicile

Rapport KCE 131B

Anne Spinewine, Veerle Foulon, **Coraline Claeys**, Jan De Lepeleire, Pierre Chevalier, Francisca Desplenter, De Winter Sabrina, Christophe Dumont, Valérie Lacour, Steven Simoens, Cécile Dubois and Paulus Dominique

Équipe KCE 'seamless care'

Présentation - Structure

- Notre contexte
- Introduction :
 - Continuité du traitement médicamenteux ou « seamless care »?
 - Un cas typique
 - Identification des problèmes : étude qualitative
- Solutions
 - Initiatives internationales
 - Situation en Belgique
 - Solutions identifiées : étude qualitative
- Fondements d'un système optimal

NOTRE CONTEXTE...

Notre contexte

Conduite d'un projet subsidié et supervisé par le Centre Fédéral d'Expertise en soins de santé (KCE):

« Continuité du traitement médicamenteux entre l'hôpital et le domicile »

Buts du projet:

- Proposer un système visant à améliorer la continuité des soins, en particulier les traitements médicamenteux, aussi bien à l'admission qu'à la sortie de l'hôpital
- En analysant les données internationales et belges

Notre contexte

Centre Fédéral d'Expertise en soins de santé(KCE)?



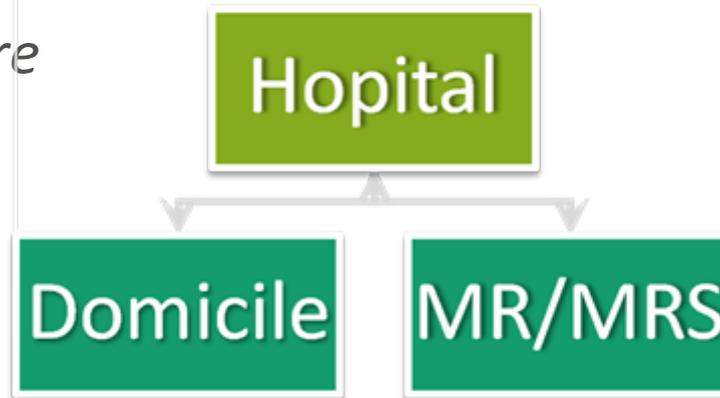
www.kce.fgov.be

- Existe depuis 2003
- Mission: produire des rapports pour supporter les décisions du gouvernement
- PAS impliqué dans les décisions & implémentation
- ➔ Evaluation des pratiques cliniques et développement de guidelines
- ➔ Evaluation des technologies médicales et médicaments
- ➔ Etude de l'organisation et du financement des systèmes de soins

Pourquoi cette étude?

Problèmes liés aux médicaments résultant d'une discontinuité des soins :

Données littérature



- À l'admission, au moins une erreur dans l'historique médicamenteux pour 27 – 54% des patients
- 63,7% des patients sortant de l'hôpital font l'expérience d'un problème lié aux médicaments
- 60% des réadmissions non programmées des patients âgés pourraient être évitées par une intervention plus efficace à la sortie de l'hôpital

Projet KCE: structure

Données internationales

- Revue systématique de la littérature sur l'impact et le cout-efficacité des initiatives
- Initiatives à l'étranger: au niveau national ou régional

Données belges

- Initiatives belges: résumé des données sur les problèmes liés aux médicaments et les initiatives visant à améliorer la continuité des soins
- Changements médicamenteux après la sortie de l'hôpital: données IMA
- Etude qualitative: perception des prof. de santé sur les approches pour améliorer la continuité

INTRODUCTION

CONTINUITÉ DU TRAITEMENT

MÉDICAMENTEUX OU “SEAMLESS CARE”?

Seamless care : définition

➤ Différentes définitions (Canada, Australie, US)

➤ Définition de travail:

“La continuité souhaitable des soins dispensés à un patient dans le système de soins de santé parmi l'éventail de soignants et d'environnements.”

“**Eventail de soignants**” réfère au soins multidisciplinaires et comment les membres des différentes professions de santé interagissent pour dispenser les soins de façon globale au patient.

“**Environnements**” réfère aux différents sites de soins de santé (hôpital et première ligne – domicile, maison de revalidation et de repos), et la transition entre eux.

Seamless care : définition

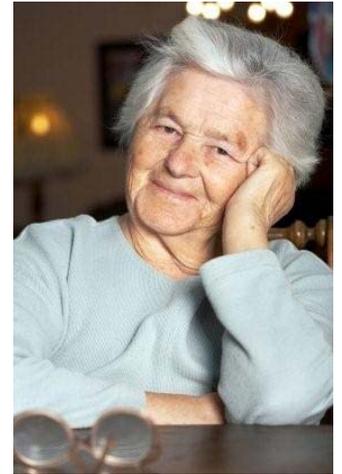
Les caractéristiques les plus importantes:

- (1) Avoir un **processus du soins** et les **responsabilités** des différents soignants **bien définis**,
- (2) Obtenir un **historique médicamenteux** exact,
- (3) Développer un **plan de traitement** à l'admission et à la sortie faisant partie de la prise en charge globale,
- (4) Dispenser une **quantité adéquate de médicaments** à la sortie,
- (5) S'assurer que le **patient a bien été éduqué** sur le plan de traitement de sortie, et
- (6) **Communiquer** les informations relative au suivi de la prise en charge

INTRODUCTION
UN CAS TYPIQUE...

Un cas typique...

- Maria, 80 ans
- Mariée
- Vit au domicile
- Son mari prépare les médicaments: pilulier semainier
- Admise en gériatrie à cause de l'apparition de douleurs et de problème de perte de mémoire
- Historique médicamenteux à l'admission basé sur les informations de
 - Patient
 - MG
 - Pharmacien d'officine



Un cas typique...

- Après la sortie de l'hôpital, son mari prépare les médicaments en se basant sur la liste de l'hôpital
- 18 jours après la sortie: visite à la pharmacie avec les prescriptions du gériatre en formation (reçues à la sortie de l'hôpital)





	Historique médicamenteux à l'admission	Lettre de sortie	Liste patient 15 jours après la sortie	Pharmacien d'officine 18 jours après la sortie
Omeprazole	20 mg matin	20 mg matin	20 mg matin	-
Lorazepam	2,5 mg coucher	1,25 mg coucher	2,5 mg coucher	-
Tetrazepam	-	25 mg soir	Non pris	Délivré
Tranxene	10 mg matin+soir	-	-	-
Trazodone	50 mg au coucher	-	-	-
Paroxetine	30 mg matin	20 mg matin	30 mg matin	20 mg délivré
Venlafaxine	150 mg matin	75 mg matin	Utilisation ancienne boites de 150 mg	75 mg délivré
MS Contin 10 (morphine)	1 matin + 1 soir	1 matin + 1 soir	1 matin + 1 soir	-
MS Contin 30 (morphine)	1 matin + 1 soir	1 matin + 1 soir	1 matin+ 1 soir	-
MS Direct (morphine)	-	-	Si nécessaire	-
Meloxicam	15 mg après-midi	-	-	-
Tramadol (Retard)	200 mg matin	-	-	-
Paracetamol	-	1 g: 1 matin + 1 AM + 1 soir + 1 nuit	Non pris	1 g délivré
Dulcolax picosulphate	1 matin + 1 après-midi+ 1 soir	1 matin + 1 AM + 1 soir. Essayer de diminuer.	1 matin + 1 après-midi	-
Risedronate	35 mg chaque dimanche	35 mg chaque dimanche	35 mg chaque dimanche	-
Calcium forte	-	500 mg après-midi + soir	Non pris	-
D-Cure (Vitamin D)	-	1 chaque semaine, après 4 semaines 1/mois	Non pris	Délivré

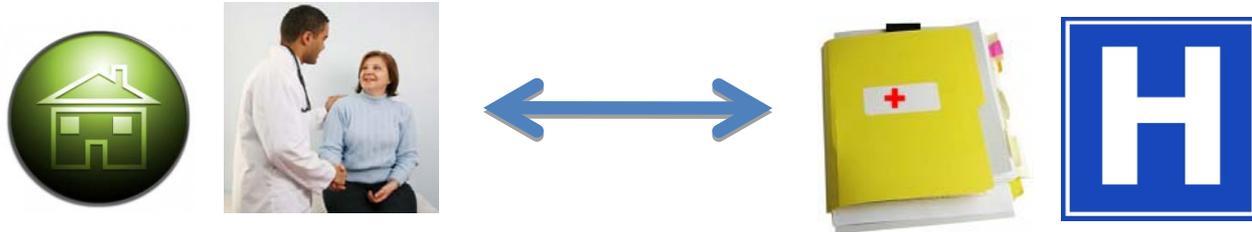


	Historique médicamenteux à l'admission	Lettre de sortie	Liste patient 15 jours après la sortie	Pharmacien d'officine 8 jours après la sortie
Omeprazole	20 mg matin	20 mg matin	20 mg matin	-
Lorazepam	2,5 mg coucher	1,25 mg coucher	2,5 mg coucher	-
Tetrazepam	-	25 mg soir	Non pris	Délivré
Tranxene	10 mg matin+soir	-	-	-
Trazodone	50 mg au coucher	-	-	-
Paroxetine	30 mg matin	20 mg matin	30 mg matin	20 mg délivré
Venlafaxine	150 mg matin	75 mg matin	Utilisation ancienne boites de 150 mg	75 mg délivré
MS Contin 10 (morphine)	1 matin + 1 soir	1 matin + 1 soir	1 matin + 1 soir	-
MS Contin 30 (morphine)	1 matin + 1 soir	1 matin + 1 soir	1 matin+ 1 soir	-
MS Direct (morphine)	-	-	Si nécessaire	-
Meloxicam	15 mg après-midi	-	-	-
Tramadol (Retard)	200 mg matin	-	-	-
Paracetamol	-	1 g: 1 matin + 1 AM + 1 soir + 1 nuit	Non pris	1 g délivré
Dulcolax picosulphate	1 matin + 1 après-midi+ 1 soir	1 matin + 1 AM + 1 soir. Essayer de diminuer.	1 matin + 1 après-midi	-
Risedronate	35 mg chaque dimanche	35 mg chaque dimanche	35 mg chaque dimanche	-
Calcium forte	-	500 mg après-midi + soir	Non pris	-
D-Cure (Vitamin D)	-	1 chaque semaine, après 4 semaines 1/mois	Non pris	Délivré

Discordances médicamenteuses

Des *discordances médicamenteuses non médicalement justifiées* sont:

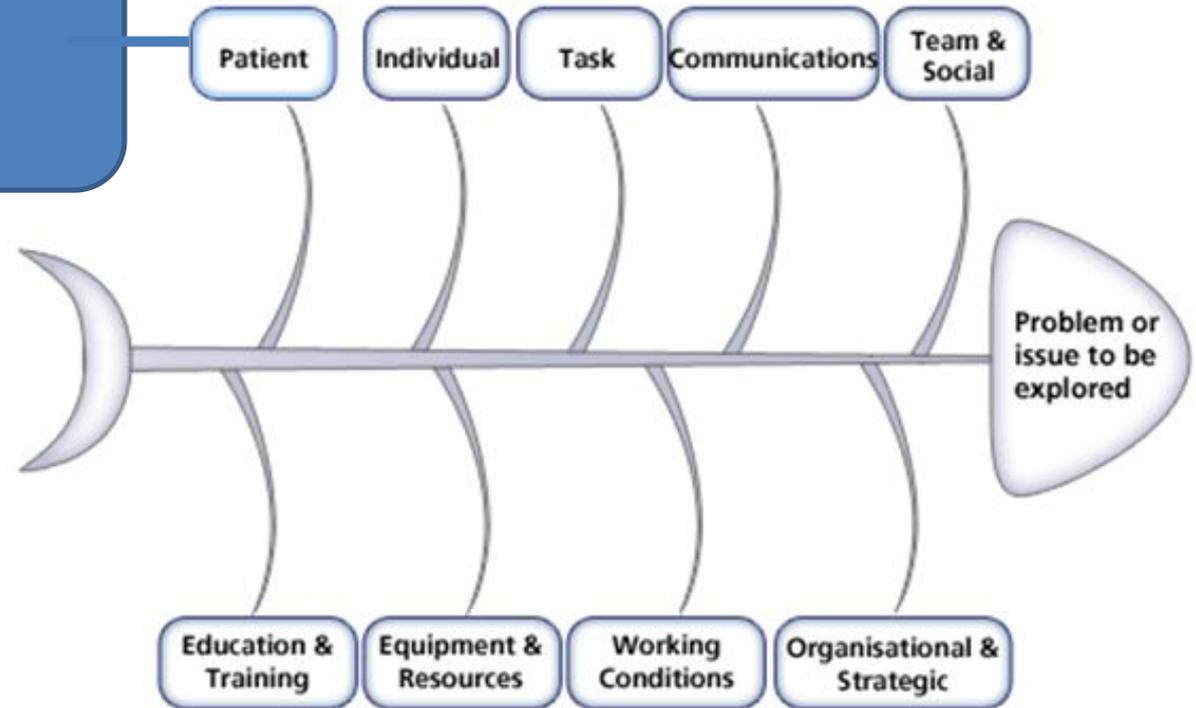
- Des différences inexplicables entre les différents traitements médicamenteux de différents sites de soins



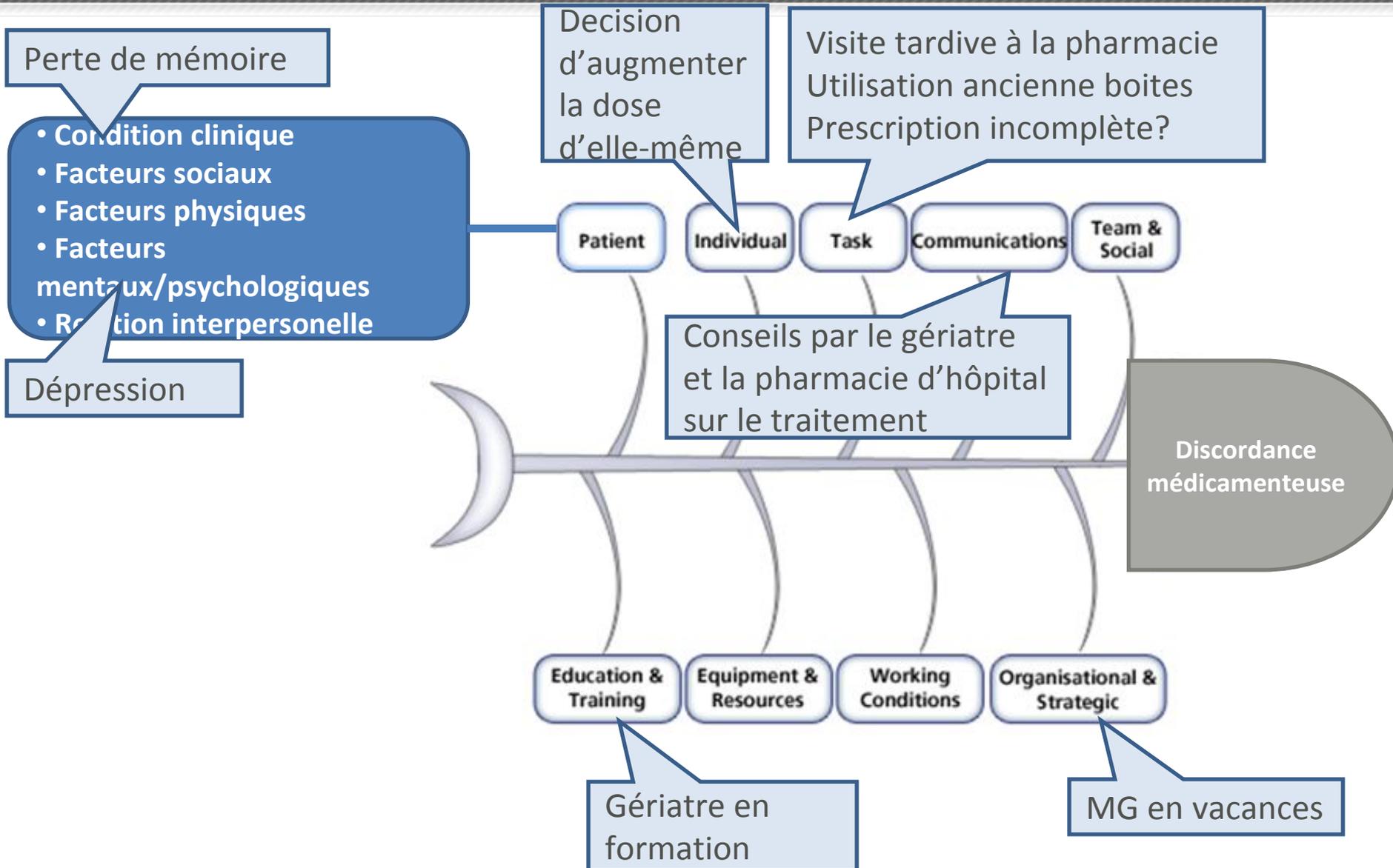
- Des erreurs médicamenteuses liées au transfert du patient entre secteurs de soins
- Peuvent mener aux **EIMs** → conséquences patient, coût, ...

Facteurs favorisants

- Condition clinique
- Facteurs sociaux
- Facteurs physiques
- Facteurs mentaux/psychologiques
- Relation interpersonnelle



Facteurs favorisants



INTRODUCTION

IDENTIFICATION DES PROBLÈMES

RESULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Etude qualitative: objectifs

Inventorier:

- Les principaux problèmes dans la gestion des médicaments lors de la transition entre secteurs de soins vécus par les professionnels de santé et les patients
- Les solutions pour améliorer la gestion des médicaments lors de la transition entre secteurs de soins proposées par les professionnels de santé, patients, organisations professionnelles et autorités (INAMI & SPF), leur niveau de priorité et leur faisabilité en Belgique

Étude qualitative: méthode

- 2 types de groupes focaux:
 - 9 groupes focaux avec professionnels de santé/patients
 - 2 groupes focaux avec organisations professionnelles/INAMI
- Discussions enregistrées, transcrites et analysées en utilisant une approche par thématiques



Étude qualitative: méthode

Date	Localisation	Langue	Participants
16/12/2009	Charleroi	Français	Prof. santé
16/12/2009	leper	Neerlandais	Prof. santé
05/01/2010	Duffel	Neerlandais	Prof. santé
07/01/2010	Eeklo	Neerlandais	Prof. santé
08/01/2010	Ottignies	Français	Prof. santé
14/01/2010	Liège	Français	Prof. santé
15/01/2010	Genk	Neerlandais	Prof. santé
21/01/2010	Libramont	Français	Prof. santé
28/01/2010	Bruxelles	Neerlandais /Français	Prof. santé
02/02/2010	Bruxelles	Neerlandais /Français	Org. prof. & autorités
04/02/2010	Bruxelles	Neerlandais /Français	Org. prof. & autorités

Problèmes identifiés

- Problèmes à l'**admission**: par ex. une liste de médicaments incomplète, l'absence d'information lors d'urgence ;
- Problèmes lors de la **sortie** de l'hôpital: par ex. un patient peu ou non informé, un manque de communication avec le MG, des réserves insuffisantes de médicaments pour le week-end ;
- Problèmes liés aux **professionnels**: par ex. un avis du MG différent de celui du spécialiste, un manque d'assistance au patient pour sa prise de médicaments ;
- Problèmes liés **aux patients et familles**: par ex. une incompréhension du traitement, une non compliance ;
- Problèmes liés au **processus**: par ex. des documents illisibles, une substitution par les professionnels de la santé.

SOLUTIONS ?

EVIDENCE DE LA LITTERATURE (RECHERCHE DANS LITERATURE DE
1995→JUILLET 2009)

EVIDENCE DE L'ANALYSE D'INITIATIVES RÉGIONALES OU NATIONALES DANS
UNE SÉLECTION DE PAYS (LITTERATURE GRISE)

Méthode

1. Revue systématique littérature référencée:

- Recherche structurée
- Bases de données: *Medline, EMBASE, the Cochrane Database of Systematic Reviews, CINAHL, IPA*
- Critères d'inclusion: *Date de publication (1995 → ...), langue, patients admis et/ou sortant de l'hôpital, intervention centrée sur la continuité des traitements médicamenteux, étude expérimentale (groupes systématique ou méta-analyse. expérimentale ou quasi-parallèles), revue*
- Extraction données: *par un chercheur dans formulaire pré-testé; vérification par second chercheur et consensus si désaccord*
- Évaluation qualité étude (grille KCE) – revue (« Dutch Cochrane Grid »)

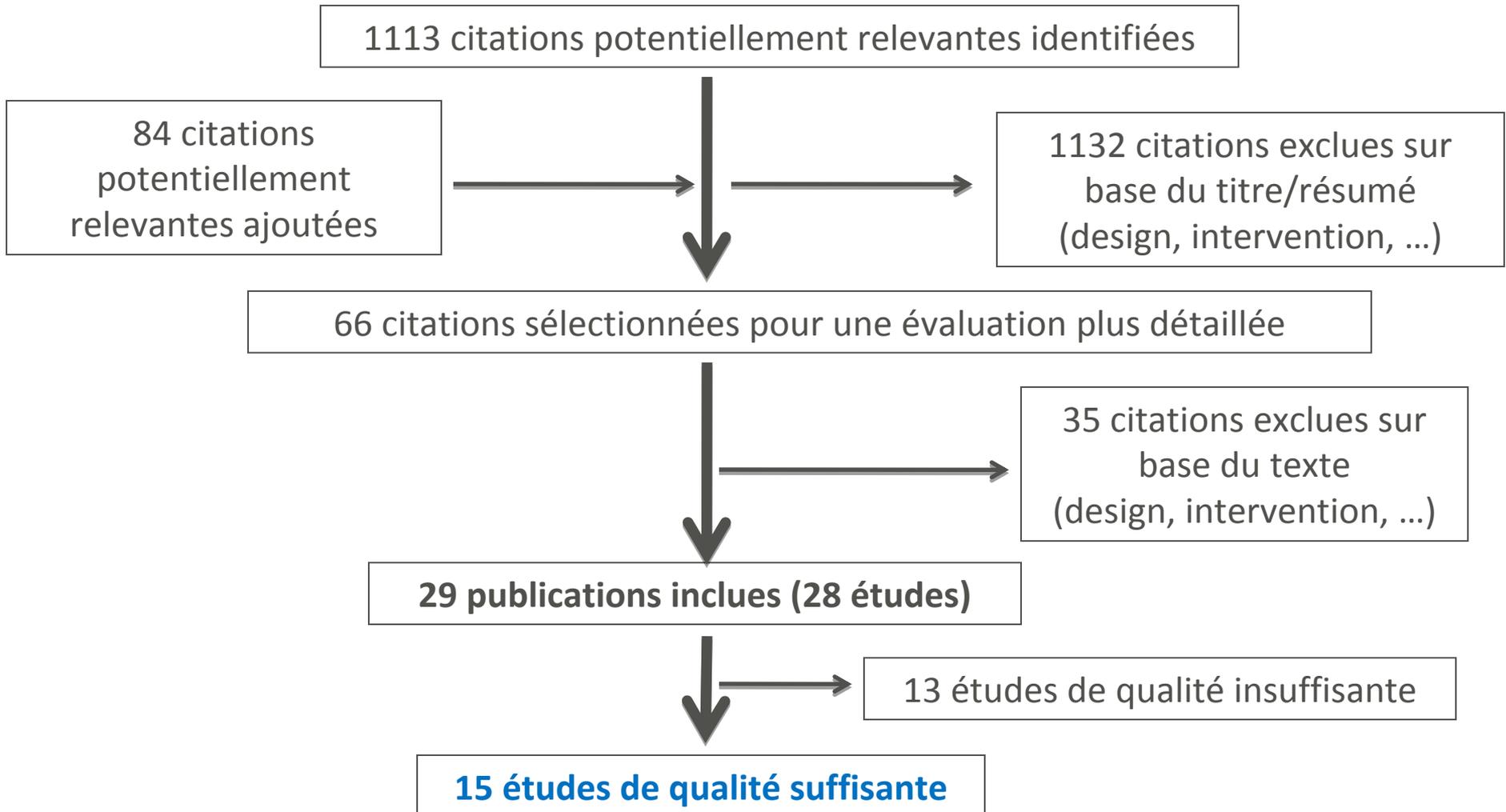
Méthode

2. Revue littérature grise:

- 7 pays sélectionnés: *Australie, Canada, Danemark, France, Pays-Bas, UK, US*
- Initiatives aux niveaux régional et national: *description, facteurs de succès et d'échec*
- Recherche structurée: *sites internet (organisations scientifiques, professionnelles et politiques) + sources revue systématique*
- Experts nationaux:
 - 1. validation sources d'information*
 - 2. validation données extraites*
 - 3. système de soins de santé*

Résultats

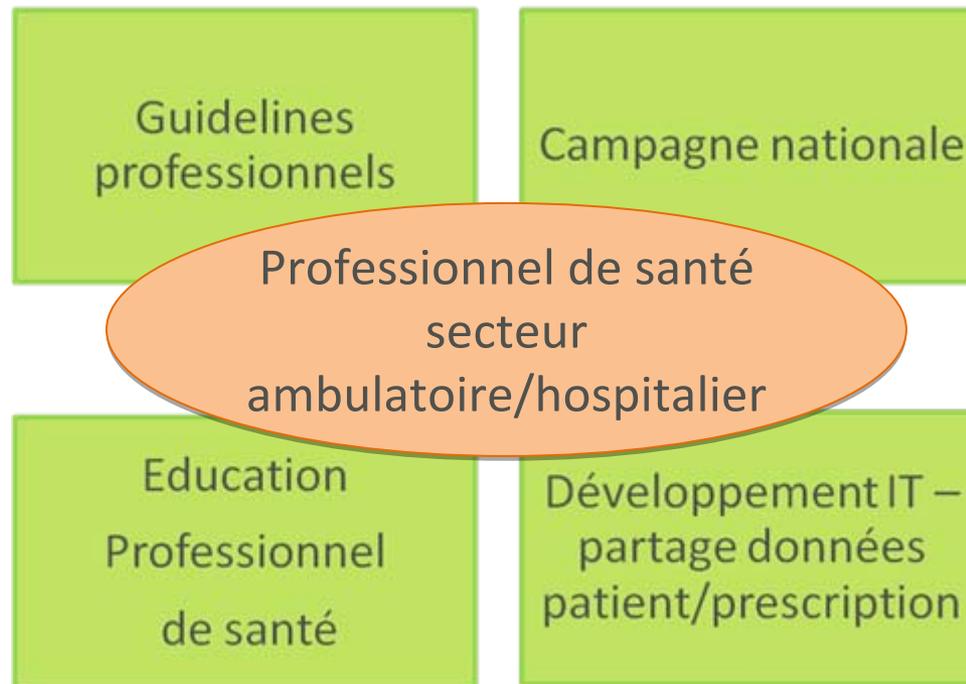
1. Revue systématique littérature référencée:



Résultats

2. Revue littérature grise:

- Initiatives nationales et/ou régionales ds ts les pays
- Implémentation début 2000
- Impact : Implémentation en pratique, nombre EIMs
- Type/professionnels concernés:



Résultats

2. Revue littérature grise: Exemples

Canada

Guidelines nationaux (ré)conciliation médicaments
Campagne « Safer Health Car now! »

Leadership & support
(partage expérience
et éducation)

Adaptation au contexte local
(processus de soins, staff,
patients ...)

Manque de
ressources (temps,
cmt éduquer assez de
personnes)

Développement incitants
(système accréditation)

Impact: diminution nombre discordances médicamenteuses – admission hôpital

Danemar

k

Profil médicamenteux électronique*
Carte de médicaments commune

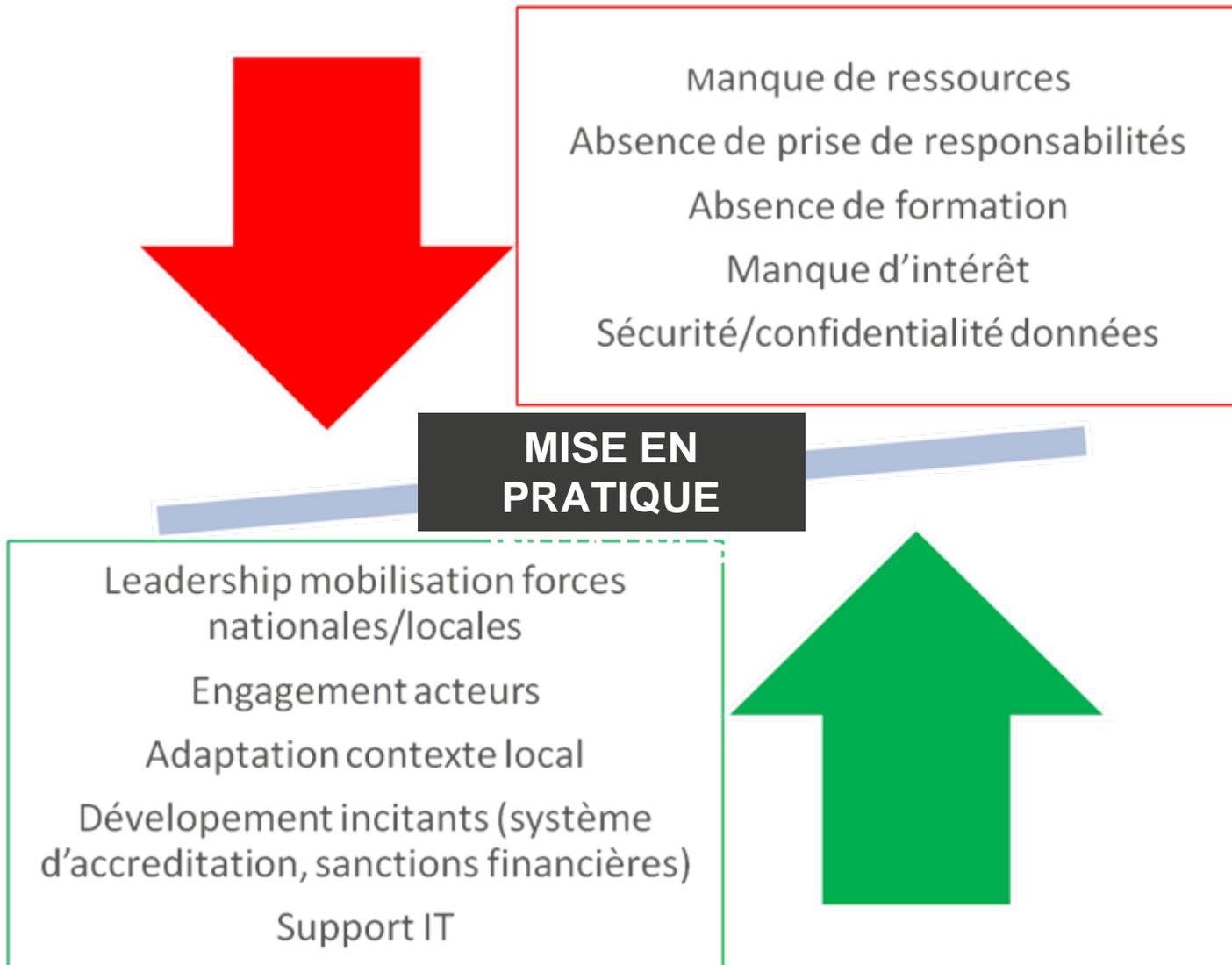
Manque d'agrément sur
les solutions pour la
sécurité des données

Difficulté extension
infrastructure IT

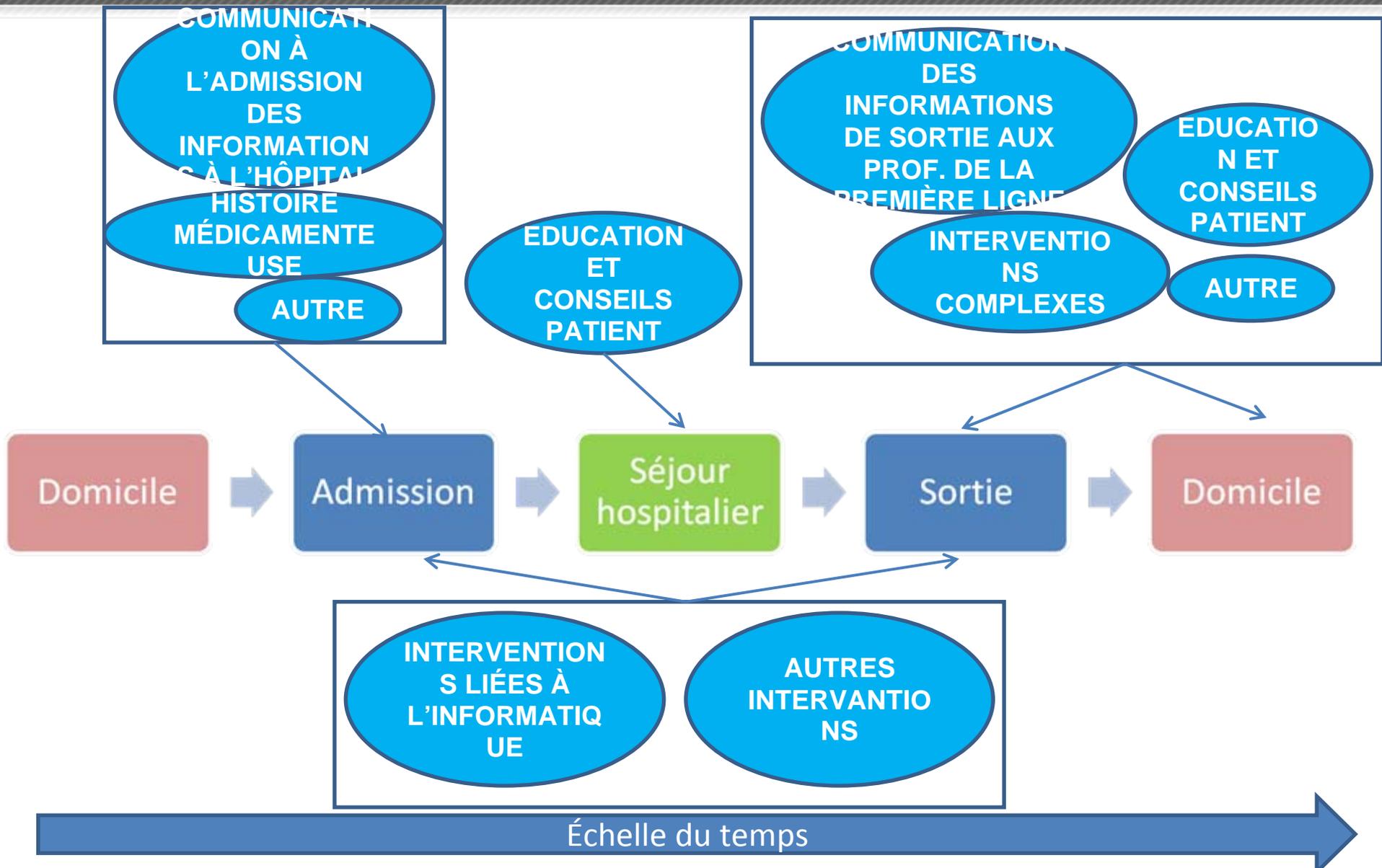
Changement attitude
médecin pour gestion
données patients

Impact*: améliore exhaustivité historique médicamenteux – admission hôpital

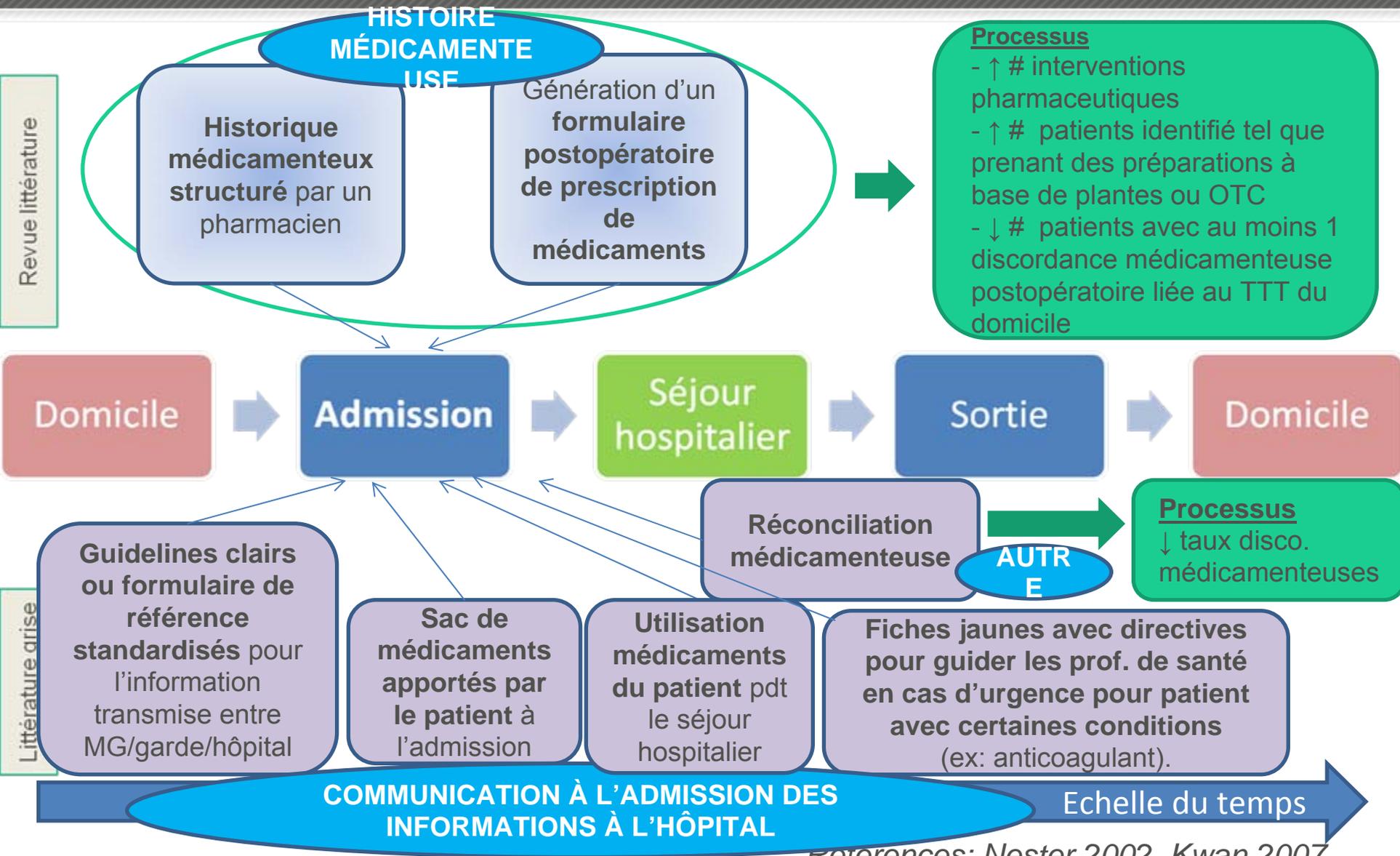
Littérature grise - Résultats facteurs favorisants - barrière



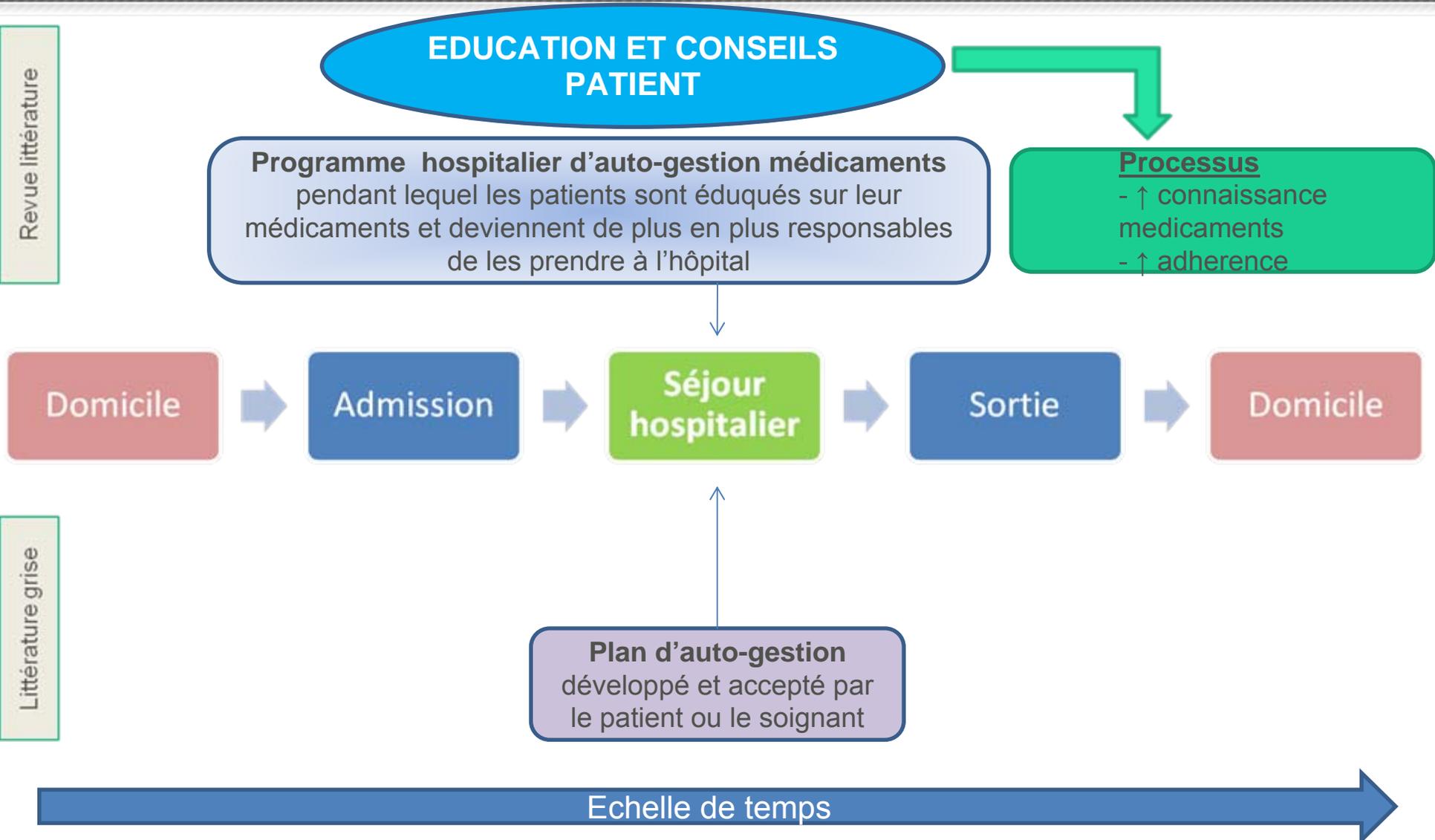
Interventions – classification



À l'admission

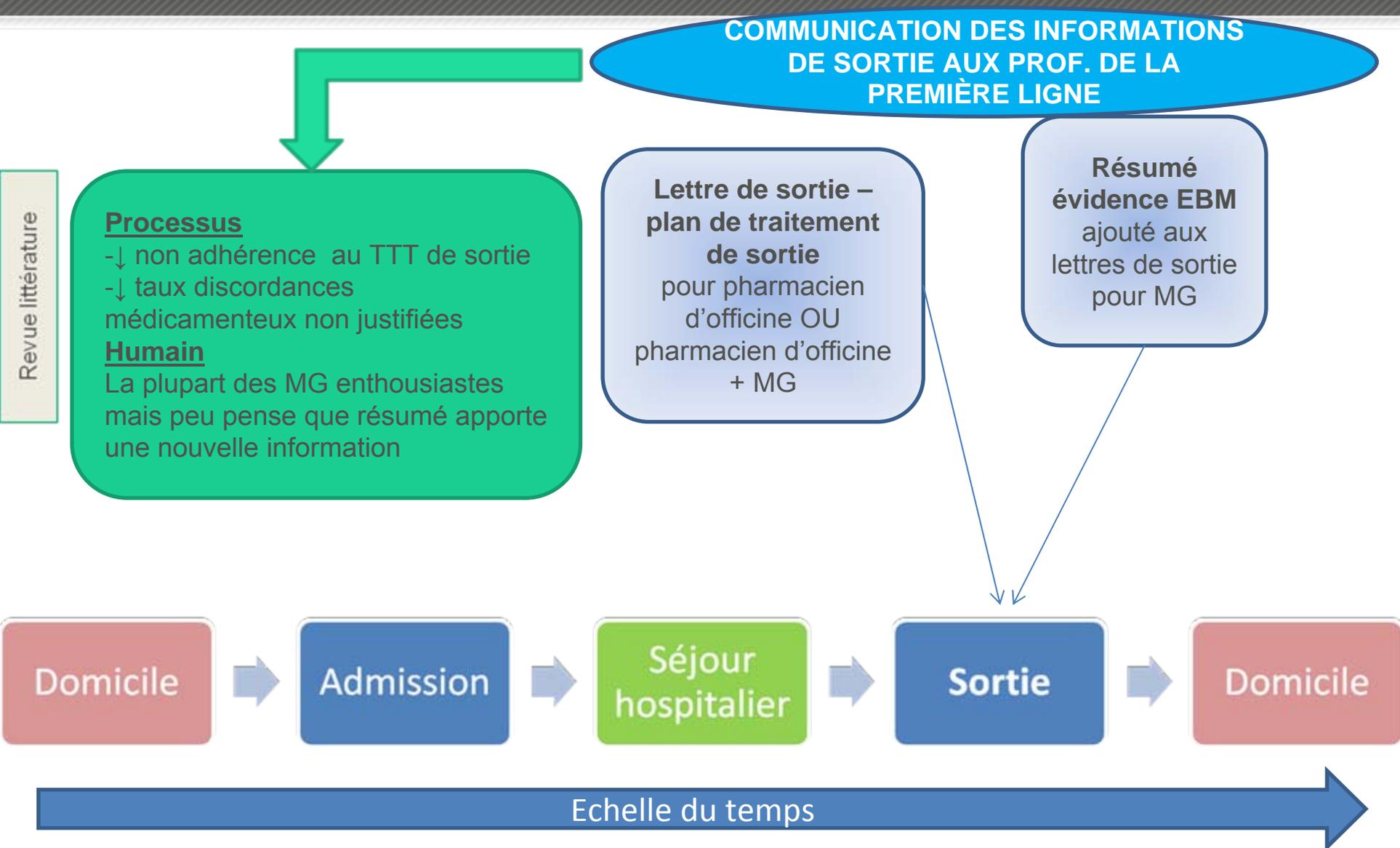


Pendant séjour hospitalier – éducation patient



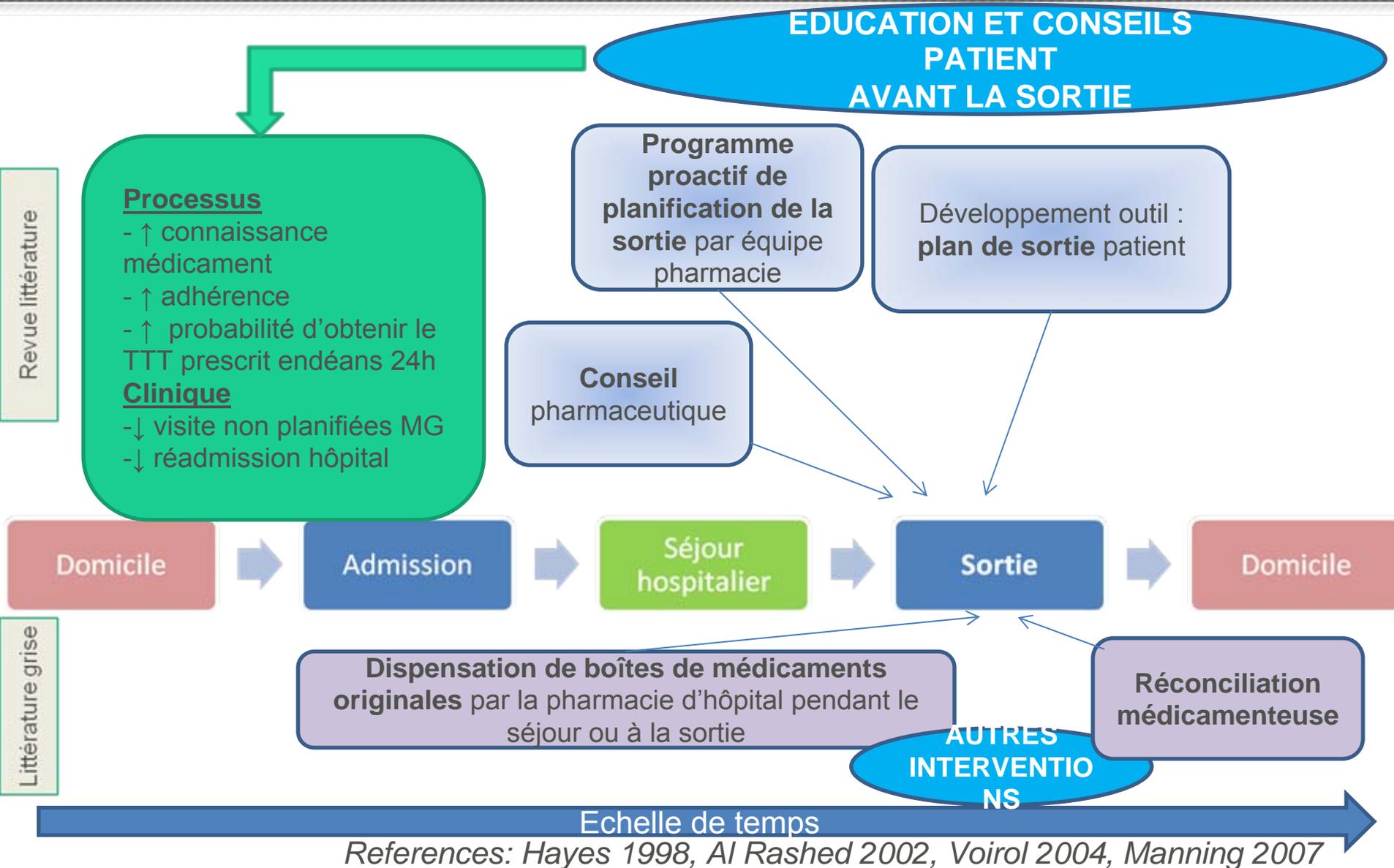
References: Lowe 1995, Pereles 1996

À la sortie - communication

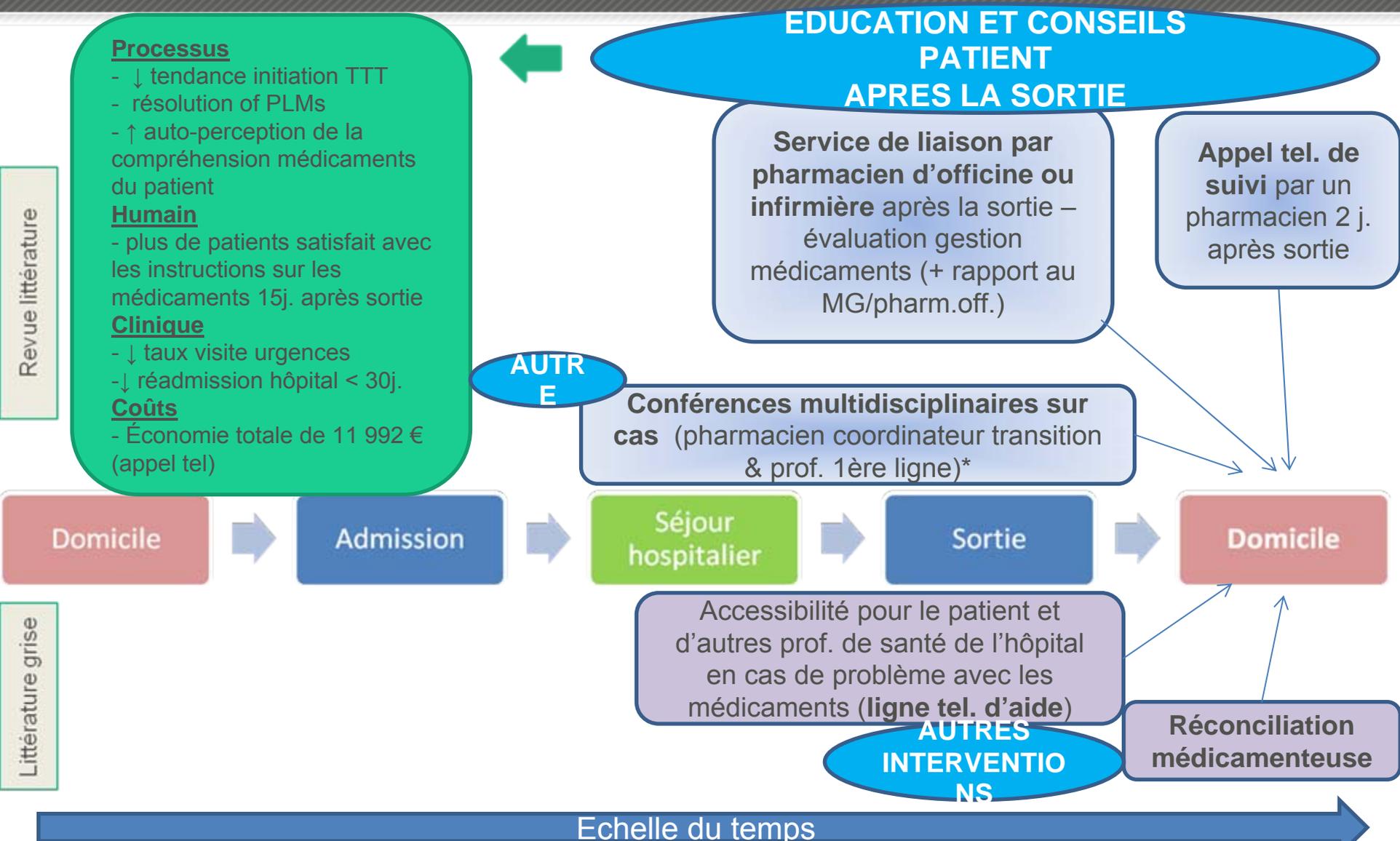


References: Kunz 2007, Duggan 1998, Gutschli 1998, Lalonde 2008

À la sortie – avant Education patient & autre

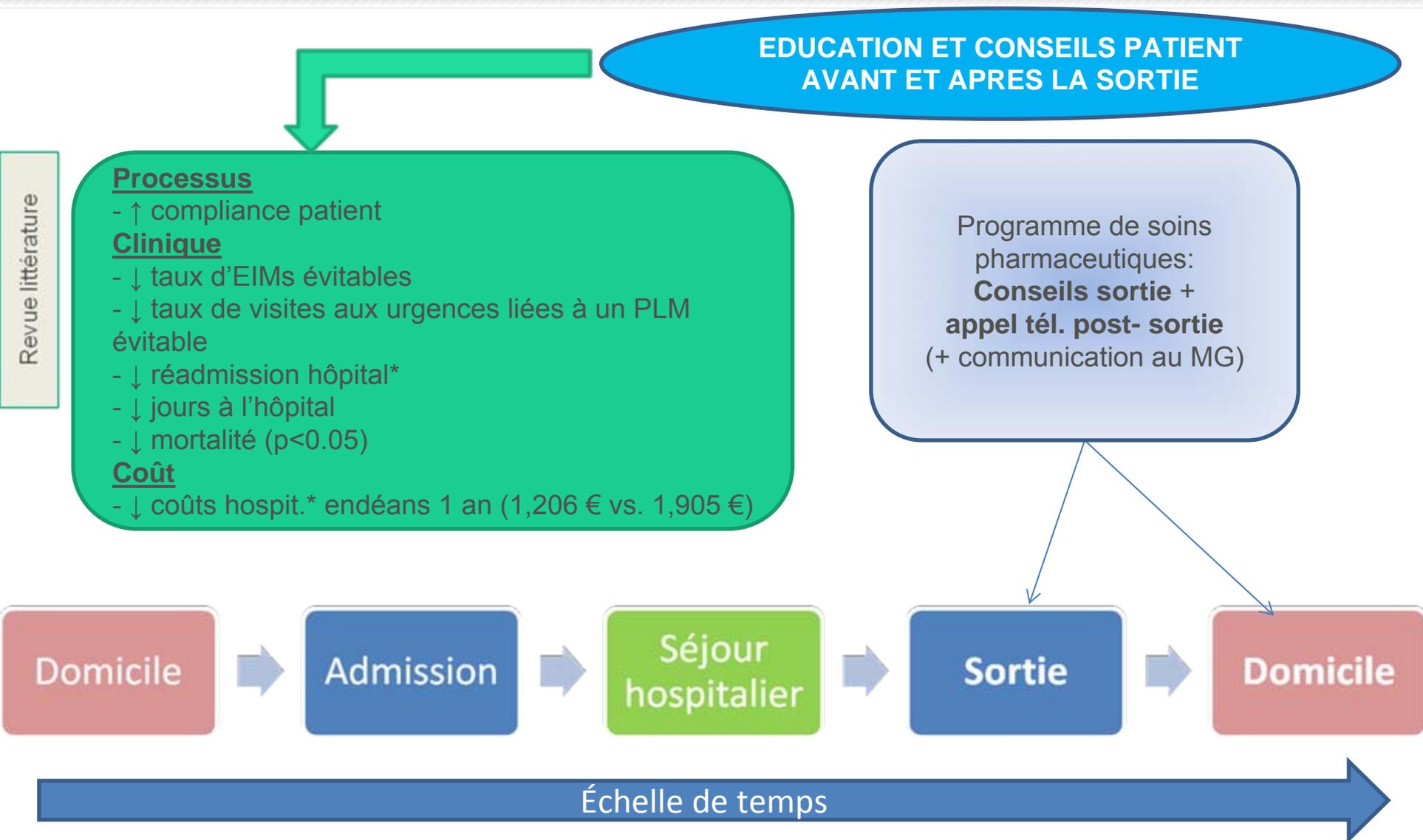


A la sortie – après Education patient & autre



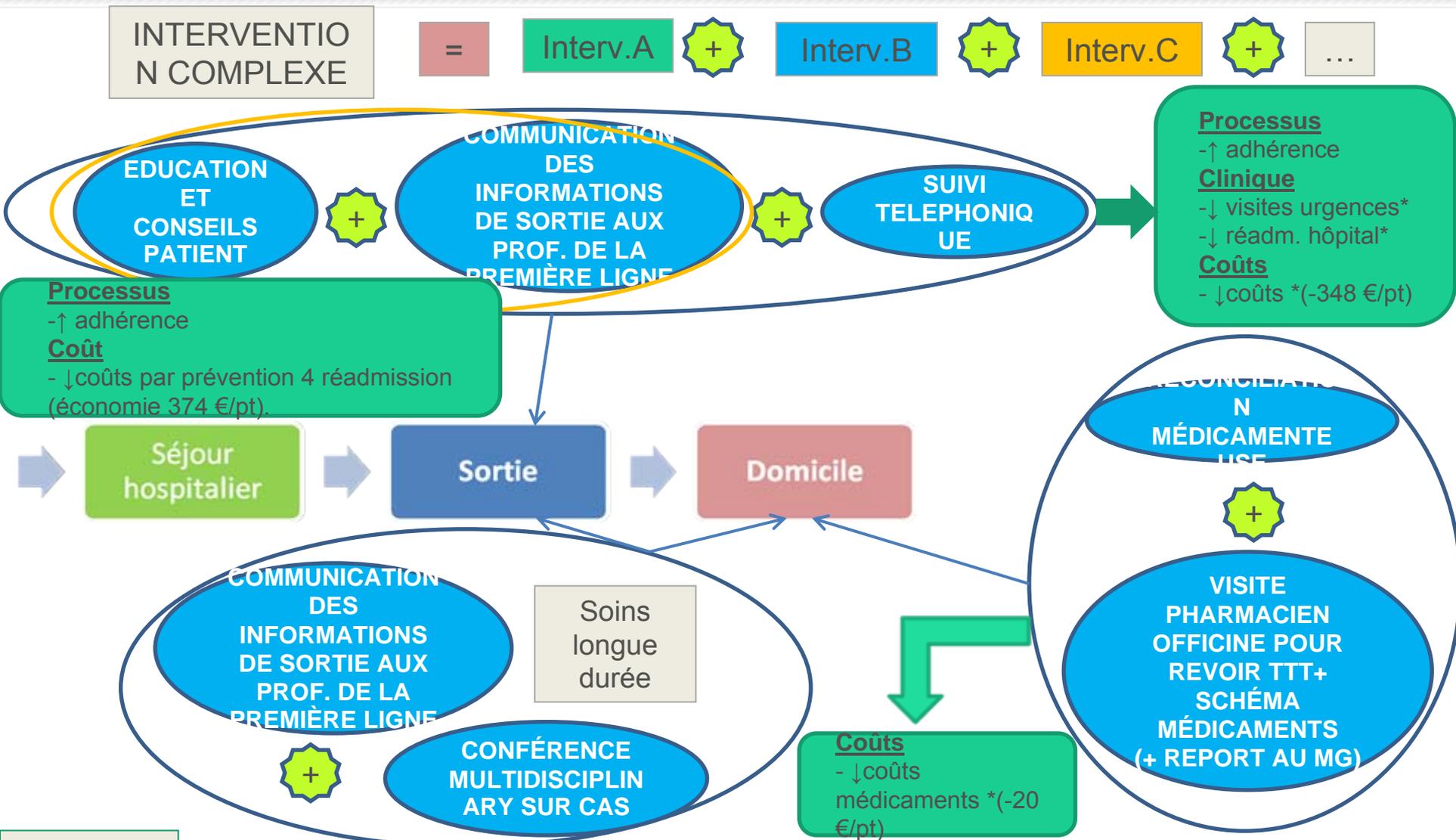
References: Dunn 1995, Dudas 2001, Vuong 2008, *Crotty 2004 (complex interv.)

A la sortie – avant et après – éducation patient



References: Cabezas 2006, Schnipper 2006

À la sortie - interventions complexes



References: Smith 1997, Shaw 2000, Hutchenburg 2009, Nazareth 2001, Crotty 2004, Jack 2009

À l'admission et la sortie – interventions liées à l'informatique

Liste informatisée de médicaments pour arrêter ou renouveler prescriptions externes, ou pour prescrire de nouveaux médicaments



Processus

- ↓ # prescriptions à l'admission et la sortie (NS)

Communication électronique entre MG et pharmacie locale pour transmettre données sur les prescriptions



Processus

- meilleur accord entre le MG et le pharm. d'officine sur le TTT actuel du pt – mais insuffisant

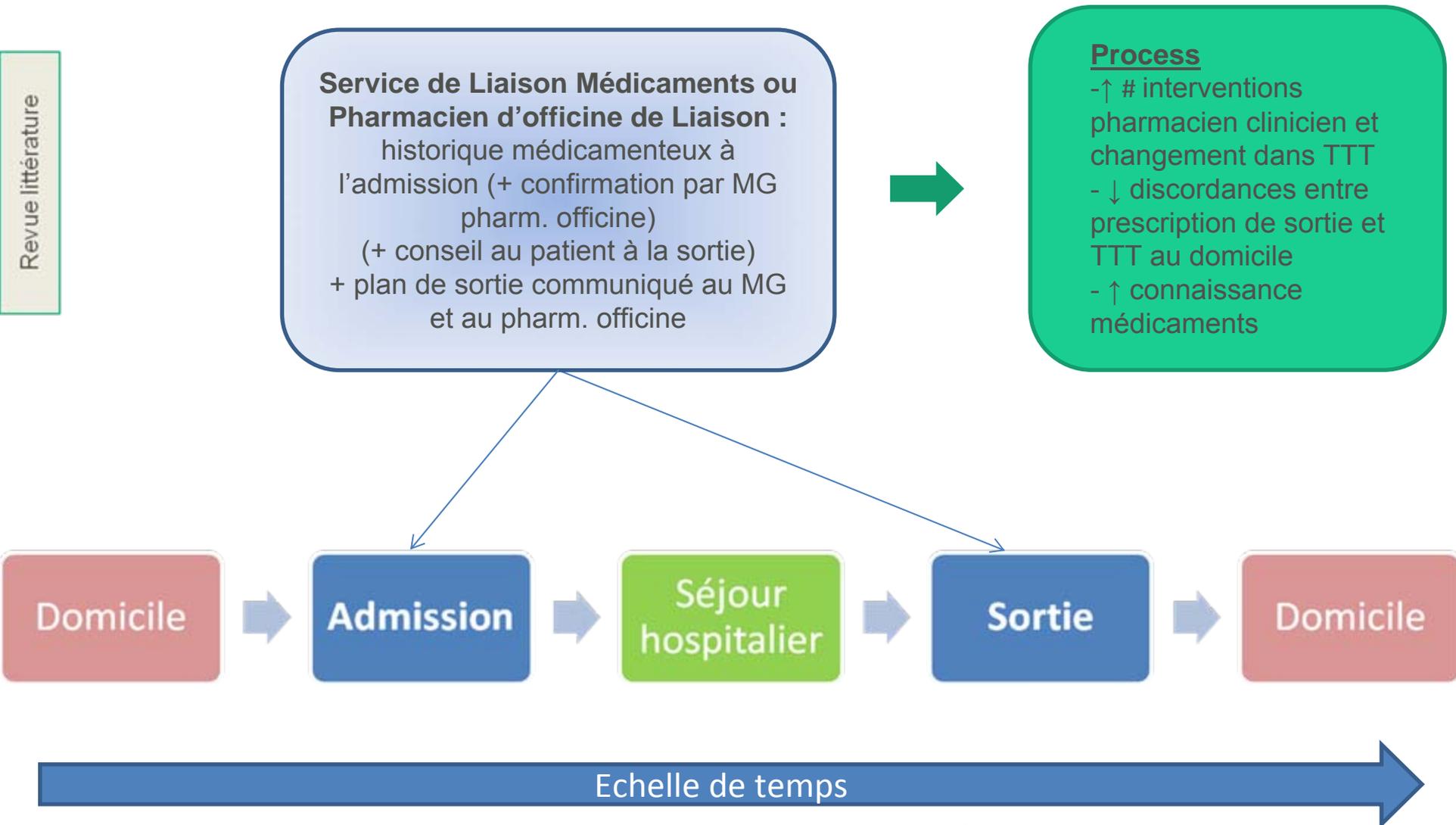
Outil de réconciliation médicamenteuse informatisé et remaniement processus impliquant les médecins, infirmiers, et pharmaciens et soutenu par les technologies de l'information



Process

- ↓ taux de discordances non justifiées entre le TTT avant l'hospitalisation et à l'admission ou la sortie qui ont le potentiel de nuire au patient

À l'admission et la sortie – autres interventions



Conclusion – revue

1. Revue systématique littérature référencée:

- Hétérogénéité population/intervention → ~~méta-analyse~~
- Limitations méthodo + puissance → ~~impact clinique significatif~~
- Impact interventions → peu d'évidences SAUF
 - ✚ éducation patient pré/post-sortie
 - ✚ interventions complexes patients et PS 1e/2e ligne
- Transferabilité: ≠ rôle prof. soins/pays
- Etudes d'intervention multicentriques nécessaires:

Mieux cibler
population à
risque

Évaluation
impact clinique

Évaluation
impact humain

Évaluation
impact
économique

Conclusion

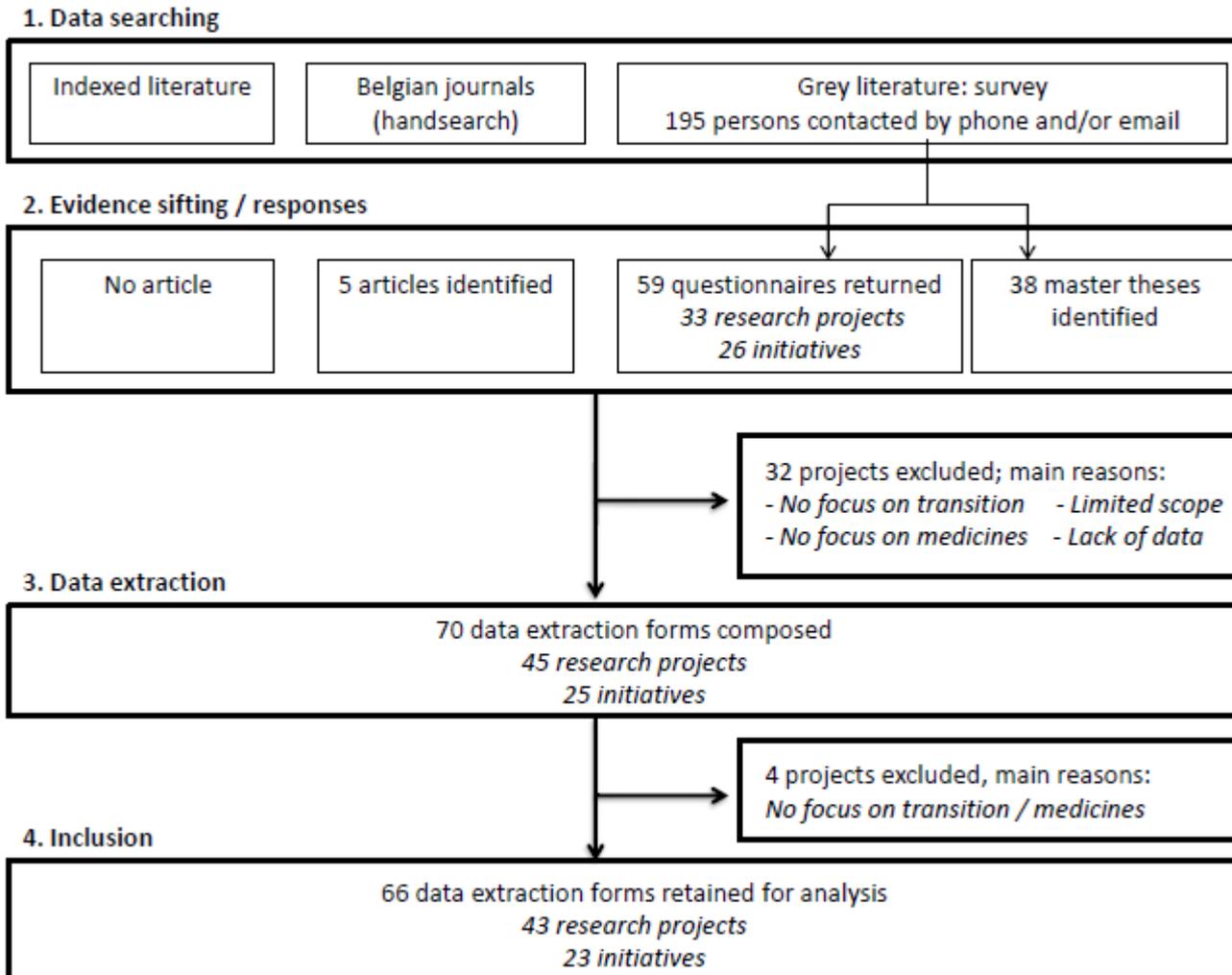
2. Revue littérature grise:

- **Adaptation** nécessaire au système de soins
- Données intéressantes pour **design et mise en pratique** initiatives
- Prendre en compte **facteurs critiques de succès et d'échec**
- Tester la **faisabilité en pratique**

SOLUTIONS?

IDENTIFICATION OF BELGIAN PROJECTS

Projets belges identifiés



Projet belges identifiés

66 initiatives étudiées; 43/66 projets de recherches

Focus sur:

Historique médicamenteux à l'admission (pharmacien clinicien)

Conseils au patient à la sortie

Communication entre professionnels de santé

Opinions and experiences des soignants et patients

La plupart des études:

Impact positif sur une ou plusieurs mesures de processus

Impact clinique rarement évalués, et non démontré

Examples



Pharmacist- versus physician-acquired medication history: a prospective study at the emergency department

Sabrina De Winter, Isabel Spriet, Christophe Indevuyst, et al.

Qual Saf Health Care published online July 1, 2010
doi: 10.1136/qshc.2009.035014



Tool for improving the accuracy of medication histories

S. De Winter¹, P. Vanbrabant², I. Spriet¹, JB Gillet², L. Willems¹
¹Pharmacy Dpt. University Hospitals Leuven, Belgium
²Dpt. of Emergency Medicine, University Hospitals Leuven, Belgium
sabrina.dewinter@uzleuven.be

Table 1: 'Limited questions list'

Blood thinners?	Sleeping pills?
Drugs for reflux?	Syringes? Insulin?
Eye preparations?	Vitamins/Dietary supplements?
Analgesics?	Herbal preparations?
Patches?	Hormonal products?
Aerosols?	Dermal preparations?
If aerosols, steroids?	Drugs once a week? Once a month?
Recent (< 2 weeks) use of antimicrobial drugs?	

Exemples

Suivi pharmaceutique

H
Ô
P
I
T
A
L

C
O
M
M
U
N
A
U
T
É

ADMISSION

- Historique médicamenteux - **Réconciliation** TTT
- Education du PT TTT pré-hospitalisation
- Continuité du traitement



HOSPIT.

- Education pt/entourage TTT – auto-gestion

SORTIE

- Réconciliation TTT
- Education PT/entourage TTT et continuité – oral & schéma
- Feuille de transfert PO/infirmière - **Lettre de sortie** MG

SUIVI

- PO **délivrance** de l'ordonnance de sortie

Exemples

The screenshot displays the 'OmniPro (SPINEWINE Anne): DOSSIER de' window. The menu bar includes 'Fichier', 'Outils', 'Biologie', 'Maintenance', 'Aide', 'Etudes', and 'Gestion des lits'. A search bar at the top contains 'PHARMACIE CLINIQU'. The main area shows a tree view of the patient's dossier, with the following items:

- Nom, prénom, date naissance, n°SIS patient
- Détails sur le patient
- Objets du patient
 - 21/05/2010 Consultation
 - A 21/05/2010 Geriatrie SWINE Christian
 - A 21/05/2010 Avis Pharmacie clinique **SPINEWINE Anne**
 - C 21/05/2010 Rapport **SPINEWINE Anne**
 - 16/04/2010 Consultation
 - C 16/04/2010 Dossier UEGA SWINE Christian
 - C 26/04/2010 Lettre Consultation SWINE Christian
 - A 16/04/2010 Evaluation Kinésithérapeute SWINE Christian
 - C 16/04/2010 Bilan kiné SWINE Christian
 - A 16/04/2010 Rapport éval. fonctions cognit SAEREMANS Mélanie
 - C 16/04/2010 Lettre de protocole SAEREMANS Mélanie
 - 29/07/2005 Consultation
- Courriers indépendants
- Biologie des 90 derniers jours (du 16/01/2010 au 16/04/2010)
- Antécédents
- Visualisation des Rendez-vous
- Localisation des dossiers papier - Statut : dmi (DMI Omnipro + pas de dossier papier)
- Documents Scannés (27)

Anamnèse

OmniPro

Fichier Outils Biologie Maintenance Aide Etudes Gestion des lits

PHARMADE CLINIQU

C:Hadame

REC Accessible

Dozier Anamnèse (1) Anamnèse (2) Anamnèse (3) Anamnèse (4) Anamnèse (5) Avis Education Sortie MG (1) Sortie MG (2) Sortie MG (3) Sortie PD (1) Sortie PD (2) Sortie PD (3) Sortie patient (1) Sortie patient (2) Sortie patient (3)

Allergie(s) et/ou intolérance(s) médicamenteuse(s)

Intolérance au rivotril si plus de 10 gouttes (et pas efficace)

Statut vaccinal :

grippe

pneumocoque

autres

Remarque(s) sur ancien(s) traitement(s)

Rivotril pour douleurs neuropathiques inefficaces ou effets secondaires

Fraxiparine pour les cas où le sintrom est momentanément arrêté

PAS de prise d'antibiotique dans les 3 derniers mois

Anamnèse

OmniPro

Fichier Outils Biologie Maintenance Aide Etudes Gestion des lits

PHARMADE CUNIQ

Dossier Anamnèse (1) Anamnèse (2) Anamnèse (3) Anamnèse (4) Anamnèse (5) Avis Education Sortie MG (1) Sortie MG (2) Sortie MG (3) Sortie PO (1) Sortie PO (2) Sortie PO (3) Sortie patient (1) Sortie patient (2) Sortie patient (3)

Gestion des médicaments au domicile

Aide pour la gestion des médicaments au domicile

Patient

Conjoint

Famille

Autre

Pilier censurer

Pilier journalier

Support éciil

Autre

Remarque(s) sur la gestion des médicaments au domicile

La patiente a de réelles difficultés pour avaler ses médicaments (bouche et gorge sèches, "boule" au niveau de l'oesophage. Mais elle fait des efforts, les prend le matin avec un yogourt ou un kiwi. A des nausées rien qu'à l'idée d'écraser ses médicaments (n'aime pas du tout leur goût)

Oublie parfois ses médicaments (car occupée à autre chose) mais les prends alors plus tard.

Trouve qu'elle a beaucoup de médicaments à prendre

Informations sur les médicaments obtenues de la part de

Patient

Officine de famille

Conjoint

Autre

Famille

Médecin généraliste

Officine ouverte au public

Anamnèse

OmniPro

Fichier Outils Biologie Maintenance Aide Etudes Gestion des lits

PHARMACIE CLINIQUE

Dossier Anamnèse (1) Anamnèse (2) Anamnèse (3) Anamnèse (4) Anamnèse (5) Avis Education Sortie MG (1) Sortie MG (2) Sortie MG (3) Sortie PO (1) Sortie PO (2) Sortie PO (3) Sortie patient (1) Sortie patient (2) Sortie patient (3)

Gestion du traitement chronique pendant le séjour

Le patient a-t-il apporté ses médicaments personnels ?

tous
 une partie
 non

Le patient garde-t-il ses médicaments en chambre ?

oui non

Sortie

OmniPro

Fichier Outils Biologie Maintenance Aide Etudes Gestion des lits

PHARMACIE CLINIQUE

Dossier Anamnèse (1) Anamnèses (2) Anamnèses (3) Anamnèses (4) Anamnèses (5) Avis Education Sortie MG (1) Sortie MG (2) **Sortie MG (3)** Sortie PD (1) Sortie PD (2) Sortie PD (3) Sortie patient (1) Sortie patient (2) Sortie patient (3)

Médicament(s) arrêté(s) par rapport à l'anamnèse à l'admission et justification(s)

SPIRONOLACTONE : contre-indiqué actuellement vu l'insuffisance rénale aux alentours de 30ml/min. Réévaluer ce traitement d'intérêt dans l'insuffisance cardiaque à raison de seulement 25mg quand la fonction rénale sera améliorée.
ALDACTAZINE : lasix et burinex suffisants
ASAFLOR : patiente anticoagulée par sintrom, n'a pas de réelle indication supplémentaire de prendre asaflo. Risque de saignement augmenté.
B-MAGNUM : taux de magnésium à 2.4mg/dl, soit limite haute.

Autre(s) commentaire(s) sur le traitement de sortie

Nous avons réintroduit Atacand 4mg pour commencer (toux sur IEC dans antécédent?) car pierre angulaire du traitement de l'insuffisance cardiaque. Cependant, l'insuffisance rénale s'étant péjorée, il a été stoppé. Traitement à réévaluer une fois la fonction rénale améliorée.

Vaccin contre la grippe à prévoir (a-Rix)

RDV prévu chez le Dr e 10/11/2010.
Hospitalisation pour intervention ophtalmologique le 13/12/2010. Arrêt du sintrom 3 jours avant. Remplacement par fraxiparine 0.8ml 1x/jour si clairance inférieure à 30ml/min [calculée selon cockroft avec un poids idéal à 60kg (fonction taille) soit une créatinine sérique < 1.5mg/dl] ou bien fraxiparine 0.6ml 2x/jour si clairance > 30ml/min.

Précautions particulières

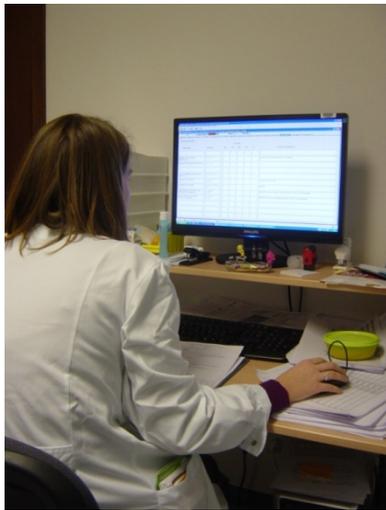
Remarque(s) éventuelle(s) sur les attestations et les conditions particulières de remboursement

Remarque(s) éventuelle(s) sur la gestion des médicaments au RETOUR au domicile

La patiente a de réelles difficultés pour avaler ses médicaments (bouche et gorge sèches, "boule" au niveau de l'oesophage. Mais elle fait des efforts, les prend le matin avec un yogourt ou un kiwi.
A des nausées rien qu'à l'idée d'écraser ses médicaments (n'aime pas du tout leur goût)

Oublie parfois ses médicaments (car occupée à autre chose) mais les prends alors plus tard.

Trouve qu'elle a beaucoup de médicaments à prendre



Information pour le médecin traitant: Votre patient a bénéficié, en plus de la prise en charge habituelle dans le service, de la collaboration avec un pharmacien clinicien. Il s'agit d'une nouvelle pratique pour le pharmacien hospitalier, qui a pour but d'améliorer la qualité d'utilisation des médicaments, de par la présence dans l'unité et un contact direct avec les patients et différents professionnels. Le pharmacien s'assure, entre autres, de la continuité des traitements à l'admission et à la sortie, de l'optimisation thérapeutique en cours de séjour, et de l'information au médecin généraliste relative aux changements de traitements réalisés en cours d'hospitalisation. La pharmacie clinique est en cours de développement aux Cliniques Universitaires de Mont-Godinne. Si vous avez des commentaires ou questions à ce sujet, vous pouvez contacter le pharmacien responsable, Anne Spirewite, au 081/42.33.18.

TRAITEMENT À LA SORTIE

Patient

Pharmacien

Traitement à la sortie

MÉDICAMENT (NOM, DOSAGE, FORME GALÉNIQUE)	POSOLOGIE					MODIFICATION PAR RAPPORT AU TRAITEMENT PRESCRIT AVANT L'HOSPITALISATION ET JUSTIFICATION	COMMENTAIRES ET SUIVI PROPOSÉ
	Ma	Mi	AM	S	C		
Lipitor 80mg co (atorvastatine)				1			
Ezetrol 10mg co (ezetimibe)				1			
Demiconet 1mg co (lorazepam)				1			
Elisamylan 2mg/0.035mg co (cyproterone + ethinylestradiol)				1			
Fraxiparine 0.4 inj sous-cut (nadroparine)	1					instauré à l'hôpital	A administrer dans le pli de ventre jusqu'au 16/10/09 inclus.
Dafalgan 1g co (paracétamol)						instauré à l'hôpital	max 1co 4x/j
Valtran gouttes (tildine + malonate)						instauré à l'hôpital	si Dafalgan instauré : Non retu
Epsipam 50mg co (tétrazepam)	1/2	1/2		1		instauré à l'hôpital	effet myorelaxant, après annulation des symptômes, diminuer progressivement (stopper prises en journée puis stopper prise au coucher)

Autre(s) commentaire(s) sur le traitement de sortie

- Célebrex 200mg reçu après l'opération à raison de 1g/j) jusque ven 9/10 inclus. Revoir avec la patiente si la prise d'anti-inflammatoire reste nécessaire (éviter Mobilic et autres AINS, repenser à Célebrex en non remboursé, hors indication ?)

Remarques éventuelles sur les attestations et les conditions particulières de remboursement

- Existence sur le marché de "Inegy", une association de simvastatine + ezetimibe (40mg/10mg ou 80mg/10mg selon les besoins de la patiente) qui pourrait remplacer le traitement actuel Lipitor 80mg + Ezetrol 10mg. Il est également remboursé en cat A pour hypercholestérolémie familiale sur attestation.





Ce document n'est pas une prescription
N'hésitez pas à prendre contact avec le pharmacien clinicien en cas de questions
N'hésitez pas à montrer ce document aux professionnels de santé s'occupant de vous

Nom, prénom :

Date de sortie de l'hôpital :

Allergie(s) ou intolérances alimentaires et/ou médicamenteuses :

- intolérance au Contramal : chutes de tension
- intolérance aux AINS : maux d'estomac à chaque prise et antécédents d'ulcères gastriques

TRAITEMENT A LA SORTIE DE L'HOPITAL

Médicaments	Indication	Matin	Midi	Après midi	Soir	Au coucher	Conseils et commentaires
Lipitor 80mg co (atorvastatine)	pour hypercholestérolémie familiale				1		
Ezetrol 10mg co (ezetimibe)	pour hypercholestérolémie familiale				1		
Dormonox 1mg co (loprazolam)	pour dormir					1	
Elisamylan 2mg/0.035mg co (cyproterone + ethinylestradiol)	pilule contraceptive					1	
Fraxiparine 0.4 inj sous-cut (nadroparine)	pour éviter les phlébites	1					instaure à l'hôpital, à administrer dans le pli du ventre jusqu'au 18/10/09 inclus.
Dafalgan 1g co (paracétamol)	pour la douleur						instaure à l'hôpital, max 1co 4x/j
Valtran gouttes (bélidine + naloxone)	pour la douleur						instaure à l'hôpital, si Dafalgan insuffisant : 10gouttes 4x/j max
Epsipam 50mg co (tétrazépam)	pour la douleur (relaxer les muscles)	1/2	1/2			1	instaure à l'hôpital, après amélioration des symptômes, diminuer progressivement (stopper prises en journée puis stopper prise au coucher)

Autres commentaires :

- Célébrex 200mg reçu après l'opération à raison de 1gél/j jusque ven 9/10 inclus. Revoir avec le médecin traitant si la prise d'anti-inflammatoire reste nécessaire (éviter Mobil et autres AINS, represcrire Célébrex en non remboursé, hors indication ?)

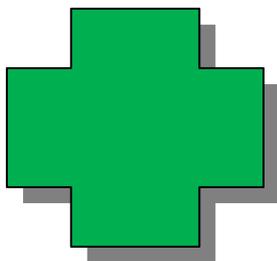
Attestation/conditions particulières de remboursement :

- Existence sur le marché de "Inegy", une association de simvastatine + ezetimibe (40mg/10mg ou 80mg/10mg selon les besoins de la patiente) qui pourrait remplacer le traitement actuel Lipitor 80mg +Ezetrol 10mg. Il est également remboursé en cat A pour hypercholestérolémie familiale sur attestation.

Pharmacien clinicien de référence :

N° de téléphone :





Ce document n'est pas une prescription
Pour transmission à la pharmacie selon votre libre choix
N'hésitez pas à prendre contact avec le pharmacien clinicien en cas de questions

Feuille de Transfert pour la Pharmacie - Traitement de Sortie					Hôpital : UCL Mont-Godinne		
Nom patient :		Prénom patient :		Date de naissance :			
Allergie(s) ou intolérance(s) médicamenteuse(s) : - intolérance au Contramal : chutes de tension - intolérance aux AINS : maux d'estomac à chaque prise et antécédents d'ulcères gastriques							
Gestion des médicaments à domicile : Patient							
Aide : / Remarque(s) :							
MÉDICAMENTS (NOM, DOSAGE/UNITE, FORME)	POSOLOGIE					MODIFICATION PAR RAPPORT AU TRAITEMENT AVANT L'HOSPITALISATION	CONSEILS ET COMMENTAIRES
	Ma	Mi	AM	S	C		
Lipitor 80mg co (atorvastatine)				1			
Ezetrol 10mg co (ezetimibe)				1			
Dormonoct 1mg co (loprazolam)					1		
Elisamylan 2mg/0.035mg co (cyproterone + éthinyloestradiol)					1		
Fraxiparine 0,4 inj sous-cut (nadroparine)	1					instauré à l'hôpital	A administrer dans le pli du ventre jusqu'au 16/10/09 inclus.
Dafalgan 1g co (paracétamol)						instauré à l'hôpital	max 1co 4x/j
Valtran gouttes (tilidine + naloxone)						instauré à l'hôpital	si Dafalgan insuffisant : 10gouttes 4x/j max
Epsipam 50mg co (tetrazepam)	1/2	1/2			1	instauré à l'hôpital	effet myorelaxant, après amélioration des symptômes, diminuer progressivement (stopper prises en jeune puis stopper Non-recher)

Remarque : Célébrex 200mg reçu après l'opération à raison de 1gél/j jusque ven 9/10 inclus. Ravoir avec le médecin traitant si la prise d'anti-inflammatoire reste nécessaire (éviter Mobic et autres AINS, represcrire Célébrex en non remboursé, hors indication ?)

Attestation/conditions particulières de remboursement :
- Existence sur le marché de "Inegy", une association de simvastatine + ezetimibe (40mg/10mg ou 80mg/10mg selon les besoins de la patiente) qui pourrait remplacer le traitement actuel Lipitor 80mg +Ezetrol 10mg. Il est également remboursé en cat A pour hypercholestérolémie familiale sur attestation.

Pharmacien clinicien de référence : _____ Téléphone : _____

Accord du patient pour transmettre les informations contenues dans ce document à son pharmacien d'officine : OUI - NON _____ Date et signature Patient : _____



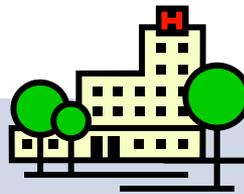
http://www.flickr.com/photos/mon_oeil/209382239/sizes/o/

SOLUTIONS

RÉSULTATS ÉTUDE QUALITATIVE

Solutions: objectifs à atteindre

Historique
médicamenteux
exact



Evaluation de la
gestion du
traitement
actuel

Plan de
médication

Dispensation
infos sur
médicaments
patients

Accès continu
médicaments

Communication
informations sur
les médicaments

Solutions: éléments clés

Une campagne nationale d'information;

Une liste/plan actualisé des médicaments (sur papier ou électronique);

FG3/HN: 'au domicile, vous n'avez rien. Je serais déjà contente si c'est sur papier.'
FG7/CC: 'ce serait plus facile si tous les schémas sont les mêmes (tous les hôpitaux, tous les départements)'

Un dossier de sortie complet;

FG8/SP: 'donc un rapport du pharmacien d'hôpital pour le pharmacien d'officine, pour le patient et pour le médecin. Les infirmières du domicile et les autres ont besoin d'accéder aux informations médicales.'

Solutions: éléments clés

Un dossier électronique du patient centralisé au niveau national incluant des informations médicales, pharmaceutiques et sociales;

FG3/DM: 'Nous avons besoin d'un dossier extramural électronique ainsi il ne sera plus nécessaire de jouer les détectives.'

La prescription électronique;

Remboursement pour l'assistance du patient dans la gestion de ses médicaments;

FG8/SS: 'Pour les patients, ceux dont les fonctions cognitives sont altérées, certains ont à préparer leurs médicaments au domicile mais ça n'est pas inclu dans la nomenclature des infirmiers.'

Solutions: éléments clés

Éducation thérapeutique pour les patients;

FG5/P: 'L'information au patient est la plus importante: vous pouvez automatiser tout ce que vous voulez, si vous ne m'avez pas convaincu de la relevance du médicament, je ne le prendrai pas.'

Pharmacie clinique,

FG8/SP: 'Nous avons besoin de l'expertise des pharmaciens cliniciens.'

Consultation locale pour améliorer la coopération entre les secteurs de soins et les professionnels de santé

Coordination de la gestion des médicaments

FG7/P: 'En tant que patient, je veux donner un rôle central à mon MG car il connaît mes antécédents. Le MG devrait être une personne centrale et aussi intermédiaire. Bien plus d'informations est nécessaire'

Solutions: remarques générales

- Nécessité d'un ensemble complet de solutions
- Besoin d'une responsabilité partagée entre tous les professionnels de santé concernés
- MG souvent mentionné comme le prof. de santé le plus approprié pour coordonner la gestion des médicaments
- Accord sur la nécessité de la continuité des soins pour chaque patient
- Groupe vulnérable nécessitant une attention particulière: patients gériatriques, patients avec un profile psychiatrique, patients poly-médiqués

Faisabilité des solutions

	Barières	Facilitator	RAND
- Fiche	<ul style="list-style-type: none"> • ≠ Système • Structure fiche ← EL. vordr. → • Routine 	<ul style="list-style-type: none"> - coöperatie regelgeving • project ^{poort review} _{interdisciplinair} gebonden implementatie 	<ul style="list-style-type: none"> - Doordacht - Geïntegreerd - Meerdere partijen - Flexibel - interactie ≠ settings - Accountability
- Overlap <small>care band</small> VMTA	<ul style="list-style-type: none"> • Tijd • Anonimiteit • Bereikbaarheid 	<ul style="list-style-type: none"> - Tijds winst - Vergoeding 	<ul style="list-style-type: none"> - Tijd - Care based / indicat - Mutual Respect - Resultaten / Meten
- ICT	<ul style="list-style-type: none"> - ICT Rand - Geld - Diversiteit programma's - Overkill 	<ul style="list-style-type: none"> - Expertise - Ouderen - Psychisch - poly medicatie - Complexiteit - Nieuwe therapieën 	<ul style="list-style-type: none"> - ICT Rand - Geïntegreerd - Expertise - Stabiliteit ++ - Privacy

Barrières and facteurs facilitants

Barrières

- Vie privée,
- Manque de standardisation,
- Manque de volonté à changer,
- Manque de temps pour donner suite aux solutions,
- Résistance (professionnelle) à tous niveaux,
- Accessibilité des solutions (standardisation, soutien et mise en place des solutions techniques adéquates).

Barrières and facteurs facilitants

Facteurs facilitants

- Projets en cours,
- Développement rapide des solutions IT,
- Valeur clinique ajoutée supposée des interventions proposées

FONDEMENTS SYTÈME OPTIMAL

Étude qualitative – données internationales?

Fondements pour optimiser la continuité

3 niveaux:

- Niveau législatif
- Niveau professionnels de soins de santé
- Niveau du patient

Fondements système optimal

Niveau législatif

- Guidelines nationaux
- Campagne nationale
- Incitants financiers / règlements
- Rémunération services spécifiques
- Infrastructure électronique
- Législation homogène (génériques, cond.remb...)
- Accord sur patients cibles
- Recherche

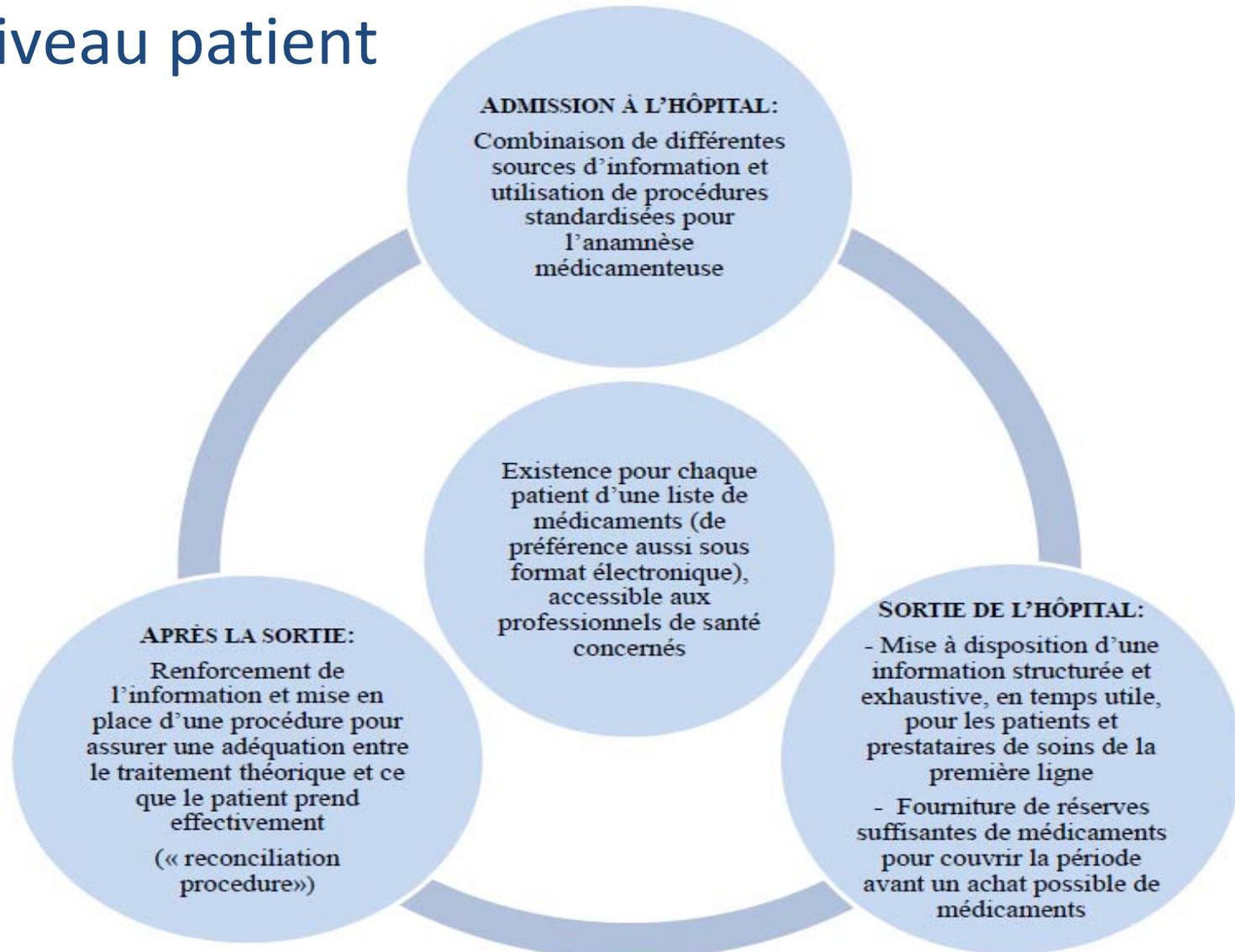
Fondements système optimal

Niveau professionnels de santé

- Concertation locale hôpital/1ère ligne
- Renforcement implication et responsabilisation prestataires

Fondements système optimal

Niveau patient



POUR EN SAVOIR PLUS...

Pour en savoir plus...

- Résumé du rapport KCE
- Listes référence revue littérature
- Liste de sites internet (7 pays)

- Rapport KCE complet et liens:
www.kce.fgov.be



Continuité du traitement
médicamenteux entre
l'hôpital et le domicile
KCE reports 131B

Centre fédéral d'expertise des soins de santé
Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
2010

Merci pour votre attention

Question?

coraline.claeys@ulb.ac.be

Anne Spinewine, Veerle Foulon, Jan De Lepeleire, Pierre Chevalier,
Francisca Desplenter, De Winter Sabrina, Christophe Dumont, Valérie
Lacour, Steven Simoens, Cécile Dubois and Paulus Dominique