

Implémentation du volet médicamenteux de la lettre de liaison sous la forme du tableau HAS et système d'information

Etude auprès d'établissements franciliens et enseignements



Rapport réalisé par l'observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) d'Ile-de-France :

Dominique Bonnet-Zamponi

Gériatre

Gwénaëlle Fauchard

Infirmière

Yasmine Hassani

Pharmacien

Relecteurs : Céline Borel, Patricia Le Gonidec, Mélisande Le Jouan,

Contacter l'OMEDIT IDF :



Site Broussais, pavillon Leriche
8 rue Maria Helena Vieira da Silva
75014 PARIS



01 40 27 50 01



secretariat.omedit-idf.sap@aphp.fr

Suivre l'actualité de l'OMEDIT IDF :



www.omedit-idf.fr



@omedit_idf

L'OMEDIT IDF remercie les professionnels des établissements de santé ayant participé aux formations/retours d'expériences ainsi qu'à l'enquête menée par l'OMEDIT IDF, et qui, par leur contribution, ont permis la réalisation de ce rapport :

- AURA Paris Plaisance
- Centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre
- Clinique Conti, Isle-Adam
- Centre clinique de la porte de Saint-Cloud
- Clinique Korian Joncs Marins, Perreux-sur-Marne
- Clinique Korian Canal de l'Ourcq, Paris
- Clinique Korian le Grand Parc, Guyancourt
- Clinique Korian Roger Salengro, Noisy-le-Sec
- CH Courbevoie-Neuilly-Puteaux (Rives de Seine)
- Hôpital St Joseph, Paris
- GHI Le Raincy-Montfermeil
- Hôpital gériatrique de l'Isle Adam-Parmain
- Hôpital Pitié Salpêtrière (APHP), Paris
- Hôpital Saint Antoine (APHP), Paris
- Hôpital Simone Veil, (GH Eaubonne – Montmorency)
- Hôpital Suisse de Paris

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	5
GLOSSAIRE.....	6
I. INTRODUCTION	7
II. CONTEXTE	7
II.1. Contexte réglementaire	7
II.2. Intérêts du tableau médicamenteux préconisé par la HAS.....	9
II. 3. Dispositifs d'incitation	10
II.3.1. Au niveau national.....	10
II.3.2. Au niveau régional.....	10
II.4. Accompagnement des établissements de santé	11
III. OBJECTIF.....	11
IV. METHODOLOGIE	11
IV.1. Recueil de données lors des formations présentielle	12
IV.2. Recueil de données à partir d'enquêtes téléphoniques menées auprès d'établissements de santé ciblés	13
IV.2.1. Ciblage des établissements de santé	13
IV.2.2. Contact des établissements de santé ciblés	17
IV.2.3. Entretien téléphonique avec les établissements de santé ciblés	17
V. RESULTATS	17
V.1. Formats de tableaux utilisés par les établissements de santé en tant que volet médicamenteux de la lettre de liaison.....	17
V.2. Réalisation de l'historique médicamenteux	19
V.3. Remplissage du volet médicamenteux de la lettre de liaison en lien avec le système d'information	20
V.3.1. Freins identifiés en lien avec le DPI pour la saisie des données du bilan médicamenteux (traitements habituels et/ou traitements à l'entrée)	21
V.3.2. Freins identifiés en lien avec le LAP	22
V.3.3. Freins liés aux fonctionnalités et interfaces entre les logiciels	23
V.4. Analyse du processus de transmission de la lettre de liaison/volet médicamenteux	26
VI. DESCRIPTION DU CIRCUIT IDEAL	27
VII. DISCUSSION-CONCLUSION	31
VIII. BIBLIOGRAPHIE.....	32
IX. ANNEXES.....	33

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Logiciels DPI utilisés par les établissements de santé d'Ile-de-France (données déclaratives « Hôpital numérique »).....	14
Tableau II : LAP utilisés par les établissements de santé d'Ile-de-France (données déclaratives « Hôpital numérique »).....	15
Tableau III : Synthèse des différents formats de tableaux utilisés pour le volet médicamenteux de lettre de liaison dans les circuits étudiés	18
Tableau IV : Accès au DP et au DMP dans les établissements de santé ayant fait l'objet de l'analyse du processus de remplissage du tableau du volet médicamenteux de la lettre de liaison.	19
Tableau V : DPI et LAP utilisés dans les établissements de santé ayant fait l'objet de l'analyse du processus de remplissage du tableau du volet médicamenteux de la lettre de liaison.	20
Tableau VI : Fonctionnalités des DPI telles que rapportées par les professionnels de santé	22
Tableau VII : Fonctionnalités des LAP telles que rapportées par les professionnels de santé.....	23
Tableau VIII : Fonctionnalités et interfaces logiciels telles que rapportées par les professionnels de santé	26
Tableau IX: Modalités de transmission de la lettre de liaison/volet médicamenteux	27

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Circuit « idéal », en lien avec le système d'information, de remplissage et de transmission du volet médicamenteux de la lettre de liaison.....	29
--	----

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : HAS - Volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie	33
Annexe 2 : Document de sortie HAS (intégrant le « tableau 3 colonnes » - Référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité des soins en sortie d'hospitalisation - 10/2014	35
Annexe 3 : indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) et lettre de liaison à la sortie	37
Annexe 4 : Indicateurs CAQES IDF – partie II « développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau »	42
Annexe 5 : Bilan au 1 ^{er} Juillet 2019 des formations présentielle « volet médicamenteux de la lettre de liaison de la HAS » réalisées par l'OMEDIT IDF auprès des ES	44
Annexe 6 : Exemples de circuits réalisés suite aux formations présentielle « volet médicamenteux de la lettre de liaison de la HAS » ou aux entretiens téléphoniques	45
Annexe 7 : Exemple de compte rendu réalisé suite aux formations présentielle « volet médicamenteux de la lettre de liaison de la HAS »	47
Annexe 8: Mail type adressé aux établissements ciblés pour l'enquête téléphonique	49
Annexe 9 : Trame type de questionnaire pour l'enquête téléphonique visant à décrire la réalisation du volet médicamenteux de la lettre de liaison.....	50

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ATC	Anatomique, thérapeutique et chimique
BDD	Base de données
BME	Bilan médicamenteux d'entrée
CAQES	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effcience des Soins
CRH	Compte rendu d'hospitalisation
DCI	Dénomination Commune Internationale
DMP	Dossier médical partagé
DP	Dossier pharmaceutique
DPI	Dossier patient informatisé
ES	Etablissement de santé
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat
IFAQ	Incitation financière à l'amélioration de la qualité
IQSS	Indicateur de qualité et de sécurité des soins
LAP	Logiciel d'aide à la prescription
LL	Lettre de liaison
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
OMEDIT IDF	Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique d'Île-de-France
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
SI	Système d'information
SSR	Soins de suite et réadaptation

GLOSSAIRE

- **Classification ATC** : système de classification reconnu par l'Organisation Mondiale de la Santé. Elle permet de classer les médicaments en différents groupes selon l'organe ou le système sur lequel ils agissent et selon leurs propriétés chimiques, pharmacologiques et thérapeutiques.

- **Conciliation médicamenteuse ou conciliation des traitements médicamenteux** : processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts.

- **Conciliation médicamenteuse à l'entrée** : Elle est constituée de deux phases. La première correspond à la réalisation de l'historique médicamenteux en faisant appel à au moins 3 sources différentes d'information. Cet historique peut être réalisé par n'importe quel professionnel de santé. Il aboutit à une synthèse de l'ensemble des traitements pris par le patient appelé bilan médicamenteux d'entrée (BME) qui est validé par le pharmacien hospitalier. La deuxième phase consistera :

- soit en la réalisation de l'ordonnance hospitalière à partir de ce BME (conciliation médicamenteuse **proactive**).

- soit en l'analyse de l'ordonnance hospitalière (lorsque celle-ci est rédigée en amont du BME) par le pharmacien hospitalier qui la compare au BME (conciliation médicamenteuse **rétroactive**). L'objectif est de détecter des divergences et de comprendre si celles-ci sont intentionnelles ou non intentionnelles (= erreurs médicamenteuses). Il y a donc une discussion entre le médecin et le pharmacien hospitalier, qui permet d'aboutir à une prescription où l'ensemble des traitements habituels sont pris en compte et où seules peuvent persister des divergences intentionnelles.

- **Conciliation médicamenteuse à la sortie** : Elle permet de s'assurer que la prescription de sortie correspond bien à ce qui était attendu (i.e. prescription de sortie cohérente avec le BME et les éventuelles modifications effectuées durant le séjour). Elle est assortie d'une synthèse commentée des modifications des traitements habituels ayant eu lieu en cours d'hospitalisation et d'une transmission de cette synthèse aux professionnels de ville ainsi qu'au patient qui bénéficie d'un temps d'information dédié.

- **Lettre de liaison : outil de transmission d'information** entre les professionnels des établissements de santé et les professionnels de santé prenant en charge le patient en aval (professionnels de ville, autres établissements) promulguée par le [décret du 20 juillet 2016](#). Elle remplace le Compte Rendu d'Hospitalisation.

- **Traitements habituels ou traitements pris avant hospitalisation** : médicaments pris ou à prendre par le patient avant son hospitalisation. Pour les établissements réalisant une démarche de conciliation médicamenteuse, elle correspond au BME.

- **Traitements médicamenteux à l'entrée** : médicaments pris ou à prendre par le patient à l'entrée dans le service de soins. Ceux-ci peuvent être différents des traitements habituels notamment lorsque le patient est préalablement passé par les urgences ou un autre service de soins.

- **Traitements à la sortie** : médicaments à prendre par le patient à sa sortie d'hospitalisation. Il s'agit des médicaments que le patient doit poursuivre (qu'ils soient ou non modifiés au niveau de leur dénomination commune, de leur forme galénique ou de leur posologie) ainsi que des nouveaux médicaments introduits en cours d'hospitalisation.

I. INTRODUCTION

La lettre de liaison (LL) vise à améliorer la coordination entre les professionnels de santé lorsqu'un patient sort d'un service hospitalier. Elle permet la transmission des informations nécessaires pour assurer et sécuriser la prise en charge en aval lorsque le patient rentre à domicile ou lorsqu'il est transféré dans un autre service ou établissement (établissement de santé (ES), établissement social ou médico-social).

Le volet médicamenteux de la LL intègre les informations en lien avec la prise en charge médicamenteuse des patients. Selon les récentes recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), ce volet doit être structuré sous la forme d'un tableau synthétique [« 6 colonnes »](#).

Depuis 2018, l'OMEDIT IDF accompagne les équipes souhaitant mettre en œuvre cette recommandation en proposant :

- un [e-learning](#) d'accès libre et gratuit sur le site internet de l'OMEDIT IDF
- un accompagnement sur site qui consiste à décrire le « circuit » de réalisation du volet médicamenteux de la lettre de liaison avec les professionnels impliqués dans la réalisation et/ou la transmission de celui-ci. Cet état des lieux permet de détecter les points forts et les points de fragilité (c'est-à-dire susceptibles d'entraîner des erreurs médicamenteuses) de ce circuit et d'envisager un plan d'actions pour l'améliorer tout en essayant de suivre les recommandations de la HAS de structuration de ce volet.

Ces accompagnements sur site ont ainsi permis de recueillir de manière standardisée les difficultés rencontrées par les équipes dans la mise en œuvre du volet médicamenteux de la lettre de liaison et plus particulièrement les difficultés en lien avec les systèmes d'information (SI). Afin de prendre en compte l'ensemble des logiciels les plus couramment utilisés dans la région, ces données ont été complétées par une enquête auprès d'autres établissements franciliens. Ce rapport, destiné aux instances et aux professionnels de santé, présente une synthèse de ces résultats assortie de pistes d'amélioration.

II. CONTEXTE

II.1. Contexte réglementaire

Le [décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison](#), précise le contenu attendu d'une LL à l'entrée et à la sortie de l'ES ainsi que les modalités de transmission et de remise de la lettre au patient.

« Lors de la sortie de l'ES, une LL, rédigée par le médecin de l'ES qui l'a pris en charge, doit être remise au patient par ce médecin, ou par un autre membre de l'équipe de soins [...] qui l'a pris en charge, et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises. [...] La lettre de liaison est transmise le même jour au médecin traitant et, le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient. Elle est adressée par messagerie sécurisée [...], ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations, et versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé.

Cette LL contient les éléments suivants :

- Identification du patient, du médecin traitant, le cas échéant du praticien adresseur, ainsi que l'identification du médecin de l'ES qui a pris en charge le patient avec les dates et modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation ;
- Motif d'hospitalisation ;
- Synthèse médicale du séjour précisant le cas échéant, les événements indésirables survenus pendant l'hospitalisation, l'identification de micro-organismes multirésistants ou émergents, l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang, la pose d'un dispositif médical implantable ;
- **Traitements prescrits à la sortie de l'ES (ou ordonnances de sortie) et ceux arrêtés durant le séjour et le motif d'arrêt ou de remplacement**, en précisant, notamment pour les traitements médicamenteux, **la posologie et la durée du traitement** (=volet médicamenteux);
- Annonce, le cas échéant, de l'attente de résultats d'examens ou d'autres informations qui compléteront cette LL ;
- Les suites à donner, le cas échéant, y compris d'ordre médico-social, tels que les actes prévus et à programmer, recommandations et surveillances particulières ».

Depuis **mars 2018**, la **HAS** recommande que le volet médicamenteux de la LL soit structuré sous la **forme d'un tableau « 6 colonnes »** (annexe 1) confrontant les traitements médicamenteux pris avant l'hospitalisation avec le traitement à la sortie (confrontation **ligne à ligne**) et explicitant les **modifications effectuées** ainsi que leur **motif**. Le tableau contient :

- **Une colonne « traitement médicamenteux pris avant hospitalisation » ou « bilan médicamenteux »** qui permet de tracer le traitement médicamenteux du patient avant son hospitalisation. Pour les ES réalisant une démarche de conciliation des traitements médicamenteux, elle correspond au bilan médicamenteux d'entrée. Elle tient compte de la liste des médicaments prescrits ou en auto-médication, pris ou non par le patient. Elle comprend les médicaments allopathiques, les compléments alimentaires, les huiles essentielles, les médicaments de phytothérapie.
- **Une colonne « devenir du médicament »** (traitement « arrêté », « poursuivi », « modifié », « ajouté ») censée faciliter la lecture du message sur les éventuels changements apportés durant l'hospitalisation, au traitement médicamenteux pris avant hospitalisation.
- **Une colonne « traitement médicamenteux à la sortie »** : composé des médicaments que le patient doit poursuivre (qu'ils soient ou non modifiés au niveau de leur dénomination commune, de leur forme galénique ou de leur posologie) et le cas échéant, des nouveaux médicaments.
- **Une colonne « commentaires »**. Différents éléments d'information y sont précisés en tant que de besoin :
 - Le **motif de changement entre** le traitement médicamenteux pris avant hospitalisation et le traitement à la sortie ;
 - La **cible thérapeutique** et la **surveillance associée** ;
 - La **durée de traitement**.

Les consignes pour le remplissage de ce tableau sont les suivantes :

Le nom des médicaments est exprimé en **Dénomination Commune Internationale (DCI)** conformément à la réglementation et, si le professionnel de santé l'estime utile pour une bonne

compréhension de l'information par le patient, la DCI peut être complétée par le nom commercial. Le dosage des médicaments, leur forme galénique ainsi que leur posologie doivent être précisés.

De préférence, afin de faciliter la réflexion sur la pertinence du traitement, les médicaments doivent être **ordonnés par pathologie** (ex : traitement de l'infarctus du myocarde) ; par **domaine pathologique** (ex : rhumatologie) **ou par classe pharmacologique** (ex : diurétiques).

Enfin, le tableau doit être enrichi des éléments suivants : l'identification du patient, la date et le motif d'hospitalisation, l'identité et les coordonnées des professionnels hospitaliers ayant pris en charge le patient, l'identité et les coordonnées des professionnels de ville du patient, la date et la validation par le sénior du tableau.

Le tableau HAS du volet médicamenteux peut servir de support qu'il y ait eu CTM ou non. En l'absence de CTM, le tableau correspond au volet médicamenteux de la lettre de liaison. S'il y a une CTM, le tableau correspond à la fiche « conciliation de sortie » qui sera associée à la lettre de liaison. La colonne « traitements habituels » correspondra dans ce cas au bilan médicamenteux d'entrée. Les colonnes « traitements de sortie » et « commentaires » correspondront quant à eux à la synthèse de la CTM de sortie.

Ainsi, le support du volet médicamenteux sera le même (qu'il y ait CTM ou pas). La seule différence réside en la démarche pour le recueil et le remplissage des éléments du tableau : démarche plus approfondie (minimum de 3 sources d'information pour la réalisation de l'historique médicamenteux) et pluri-professionnelle (impliquant le pharmacien hospitalier) dans le cas d'une CTM.

Ce « tableau 6 colonnes », remplace *a priori* le « tableau 3 colonnes » anciennement préconisé par la HAS (document de sortie du « [référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité des soins en sortie d'hospitalisation](#) » publié en novembre 2014 - annexe 2).

II.2. Intérêts du tableau médicamenteux préconisé par la HAS

La présentation du volet médicamenteux de la LL sous la forme d'un tableau tel que préconisé par la HAS permet le partage de l'information sur le médicament de façon standardisée et synthétique, auprès des médecins correspondants et des patients. Pour ces derniers notamment, il met en lumière les correspondances entre DCI et noms commerciaux. Il permet également un travail pédagogique pour les prescripteurs juniors car ils doivent réfléchir sur les motifs des modifications, les cibles thérapeutiques, les guides de titration et de sevrage, les durées de traitement ainsi que les éléments de surveillance e.

Il présente l'avantage de pouvoir être extrait de la LL pour être transmis aux autres professionnels impliqués dans la prise en charge médicamenteuse à la sortie : le pharmacien et le cas échéant, l'infirmier diplômé d'Etat (IDE).

Ce partage d'informations est important pour diminuer le risque d'erreurs médicamenteuses liées au défaut d'information et aux accidents iatrogènes qui en découlent. En effet, en sortie d'hospitalisation, près d'un patient sur deux (1) est concerné par une erreur médicale (liée à la continuité de traitement, au bilan diagnostique ou à la surveillance) et près d'un quart des patients subit un événement indésirable (EI) lié aux soins (2), le plus souvent en lien avec les médicaments. La moitié de ces EI peuvent être évités car sont principalement causés par un manque de communication (3).

Les consignes de remplissage de ce tableau visent également à sécuriser la prescription : la présentation des traitements médicamenteux par domaine pathologique permet de mettre en évidence des cumuls dans une même classe et favorise ainsi la posture réflexive du prescripteur. Certains cumuls, étiquetés « alertes iatrogènes chez le sujet âgé » par la HAS, devraient faire systématiquement l'objet d'une validation par le prescripteur. Ces alertes iatrogènes chez le sujet âgé sont : la présence de 4 antihypertenseurs ou plus, la présence de 2 diurétiques ou plus, le cumul de 3 psychotropes ou plus, ou le cumul de 2 benzodiazépines ou apparentés ou plus.

II. 3. Dispositifs d'incitation

II.3.1. Au niveau national

Le renseignement du volet médicamenteux de la LL fait l'objet d'une évaluation dans le cadre du recueil des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins (IQSS) (annexe 3). Dans le cadre du recueil du [critère 11 « Traitement médicamenteux à la sortie »](#) pour le secteur MCO, il est recommandé que le volet médicamenteux de la LL soit structuré sous la forme d'un tableau selon les recommandations de la HAS.

Ces IQSS sont utilisés dans la Certification des ES par les experts visiteurs de la HAS, et dans des dispositifs de régulation comme l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ). Certains indicateurs sont également à diffusion obligatoire pour l'information des usagers (selon les modalités définies dans l'[arrêté du 21/06/2019](#)).

II.3.2. Au niveau régional

En Ile-de-France, la présentation du volet médicamenteux de la LL sous la forme du tableau HAS est promue *via* le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins¹ (CAQES). Un indicateur régional (indicateur II.2) en lien avec la mise en œuvre de la continuité de la prise en charge thérapeutique durant le parcours de soins évalue le respect des recommandations HAS (intégration du « tableau 6 colonnes » dans la trame de la LL et qualité de remplissage du tableau - annexe 4). Cet indicateur a également été retenu pour le dispositif d'**intéressement** au titre de l'année 2018 (cible définie : pourcentage de services de l'entité signataire intégrant un tableau présentant les traitements habituels du patient, les traitements à la sortie et les commentaires justifiant les modifications des traitements dans le document de sortie/LL ≥ 5%).

D'après les données déclaratives issues des rapports annuels d'autoévaluation du CAQES 2019 sur les données 2018, 32% des ES franciliens déclarent avoir un volet médicamenteux sous la forme d'un tableau dans la LL dans au moins un service de soins. Parmi eux, 18% déclarent (pour tous les tableaux) compléter la colonne dédiée aux motifs des modifications et 7 % classer les médicaments par domaine thérapeutique.

¹ Ce contrat est signé pour une durée indéterminée entre le représentant légal de l'établissement de santé, le délégué départemental pour le directeur de l'agence régionale de santé et le directeur de l'organisme local d'assurance maladie. Il vise à promouvoir une prise en charge médicamenteuse sécurisée et efficiente et à maîtriser les dépenses des médicaments et dispositifs médicaux implantables inscrits sur la liste en sus par leur bon usage. Un rapport annuel d'autoévaluation informatisé et déclaratif, doit être transmis par tous les ES signataires et permet d'évaluer annuellement la bonne application des dispositions de ce contrat.

II.4. Accompagnement des établissements de santé

L'OMEDIT IDF a mis à la disposition des ES, depuis mars 2018, deux types de formations visant à permettre aux professionnels de santé d'acquérir les compétences utiles pour remplir et transmettre ce tableau :

- un [e-learning gratuit et en accès libre](#) sur le site de l'OMEDIT IDF depuis novembre 2018, réalisé en collaboration avec la faculté de médecine Paris-Diderot (plateforme MediTICE), l'APHP, l'ARS IDF, l'Association Old Up et l'Association Pemphigus Pemphigoïde France (809 consultations au 31/07/2019).
- des [formations présentielles sur site](#) depuis mars 2018 en ES MCO ou SSR (public cible : médecins seniors et juniors, pharmaciens, IDE, secrétaires, direction du service informatique et directions). Ces formations sont gratuites et organisées sur simple demande des ES et sous réserve d'un nombre minimal de participants (des réunions inter-établissements pouvant être organisées). Lors de ces formations, un rappel des aspects réglementaires, du format recommandé par la HAS pour le volet médicamenteux de la LL et des consignes de remplissage du tableau est effectué. Une description détaillée du circuit de remplissage et de transmission du volet médicamenteux actuellement mis en place par l'établissement (sous forme de tableau ou non) est ensuite réalisée avec les participants visant à mettre en évidence :
 - les points de fragilité (c'est-à-dire les étapes à risque d'erreurs médicamenteuses) et leurs causes
 - la possibilité ou non de réaliser ce volet médicamenteux sous la forme d'un tableau pour les équipes ne le faisant pas encore.

Ce travail permet d'établir un plan d'actions priorisées.

Au 31/07/2019, 8 formations pour 10 ES ont été réalisées (annexe 5).

III. OBJECTIF

L'objectif de ce rapport est de réaliser, à partir d'un échantillon d'ES franciliens volontaires :

- une synthèse des principaux points de fragilité en lien avec le SI dans le circuit de réalisation (intégration du tableau dans la trame du document de sortie et processus de remplissage) et de transmission du volet médicamenteux de la LL tel que réalisé actuellement,
- de proposer des pistes d'actions pour améliorer la mise en œuvre du volet médicamenteux sous la forme d'un tableau tel que recommandé par la HAS.

IV. METHODOLOGIE

L'identification des principaux freins a été réalisée à partir d'une description détaillée des circuits de remplissage et de transmission du tableau dans les ES lors des formations présentielles organisées par l'OMEDIT IDF (annexe 6 : exemples de circuit). Ces données ont été complétées par une enquête téléphonique menée auprès d'ES ciblés. Les données recueillies sont donc purement déclaratives, reflètent des connaissances des participants sur les

fonctionnalités des SI à leur disposition. Il ne s'agit pas d'une étude des fonctionnalités des SI elles-mêmes (pas de vérifications effectuées auprès des éditeurs de logiciels).

IV.1. Recueil de données lors des formations présentiels

Les services des ES volontaires pour une formation présentielle organisée par l'OMEDIT IDF sont invités à envoyer en amont un exemple de leur LL à la sortie. Le volet médicamenteux de cette LL peut être déjà réalisé sous la forme d'un tableau ou non.

Pendant la formation, une description détaillée du circuit de remplissage et de transmission du volet médicamenteux de la LL est réalisée avec les participants :

- **Etat des lieux du SI dans l'ES** : logiciels dossier patient informatisé (DPI) et logiciel d'aide à la prescription (LAP) utilisés. Accès ou non au dossier pharmaceutique (DP), dossier médical partagé (DMP) et à une messagerie sécurisée.

Démarche de conciliation médicamenteuse structurée avec la pharmacie ? Si oui

- entrée ou sortie ?
- proactive ou rétroactive ?
- population éligible

- Modalités de renseignement de l'historique médicamenteux dans le DPI

Par qui ?

Quoi ? Traitements d'entrée et/ou traitements habituels ? Zone dédiée pour chacun d'entre eux ?

Quelles sources ? Pour chacune est précisée la fréquence de sa consultation (quasiment systématiquement/parfois/rarement)

Comment ? : Zone de texte libre ou lien avec une base de données (BDD) ? Par DCI et/ou spécialité ? Renseignant de la posologie ? Possibilité de renseigner des médicaments hors livret ou des posologies hors AMM ? Possibilité de classer les médicaments selon un ordre défini (classe thérapeutique notamment) ?

- Modalités de prescription des traitements en cours d'hospitalisation sur le LAP

Lien avec le DPI ou nécessité de ressaisie des traitements médicamenteux ?

Comment ? : Par DCI et/ou spécialité ? Possibilité de renseigner des médicaments hors livret ou des posologies hors AMM ? Possibilité de classer les médicaments selon un ordre défini (classe thérapeutique notamment) ?

- **Modalité de réalisation de l'ordonnance de sortie** : possibilité de génération à partir du LAP (en utilisant la dernière ordonnance d'hospitalisation) ? Possibilité de classer les médicaments selon un ordre défini (classe thérapeutique notamment) ? Possibilité de prescrire un médicament hors livret ? (dans le cas où doit être poursuivi un traitement non disponible dans le livret de l'hôpital et qui avait donc dû être substitué pendant l'hospitalisation)

- **Document de sortie**

Génération à partir du LAP et/ou DPI ?

Présence d'un tableau médicamenteux dans la trame du document ? Si non, possibilité d'en intégrer un ?

Modalités de renseignement des éléments du volet médicamenteux :

Par qui ?

Comment ? Possibilité d'intégration automatique des données relatives aux traitements habituels et aux traitements de sortie saisies dans le LAP et/ou DPI ? Nécessité de reclasser les médicaments ?

- **Modalités de transmission du document de sortie**

- Quand ?
- Par qui ?
- A qui ? (patient, médecin traitant, autres acteurs ?)
- Comment ? (patient : remise en main propre ? professionnels de santé : courrier ? mail ? autre ?)

A partir de la description détaillée du circuit, une identification des principaux points de fragilité est réalisée, et un plan d'actions établi avec les participants. A l'issue de la formation, un compte rendu intégrant ces éléments est transmis à l'ES pour validation (annexe 7 : exemple de compte rendu).

IV.2. Recueil de données à partir d'enquêtes téléphoniques menées auprès d'établissements de santé ciblés

Afin de compléter les données récoltées lors des formations présentiels, des enquêtes téléphoniques ont été menées auprès d'établissements ciblés. Les points principaux de fragilité mis en évidence dans les formations présentiels étant en lien avec le SI, la sélection des ES a été réalisée de telle sorte de couvrir les principaux logiciels DPI/LAP utilisés dans la région.

IV.2.1. Ciblage des établissements de santé

Le ciblage des établissements a été réalisé à partir des critères suivants :

- ES MCO ou SSR n'ayant pas fait l'objet d'une formation présentielle ;
- ES ayant déclaré avoir intégré un tableau médicamenteux dans leur document de sortie : (données CAQES Ile-de-France indicateur II.2 (cf. I.2.2 et annexe 4));
- ES utilisant les logiciels DPI/LAP ciblés de sorte de couvrir les logiciels les plus utilisés dans la région et par toutes les typologies (publics, privés, ESPIC) et tailles d'ES. Le ciblage des logiciels les plus utilisés a été réalisé à partir de l'analyse des données Hôpital Numérique du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI - cf. tableaux I et II) ;
- ES dont l'état de déploiement des logiciels ciblés (DPI et LAP) est déclaré achevé (donnée Hôpital Numérique);
- En priorité, les ES déclarant réaliser une activité de conciliation médicamenteuse (données CAQES Ile-de-France, indicateur II.3).

Les structures de dialyse et les ES d'HAD n'ont pas été retenus dans le cadre de ce travail.

Tableau I : Logiciels DPI utilisés par les établissements de santé d'Ile-de-France (données déclaratives « Hôpital numérique »)

Nom de l'éditeur	Nom du logiciel	Nombre d'ES*	Typologie d'ES concernés	Logiciel ciblé**
Softway Medical	Hopital Manager	49	Privés + ESPIC	FP
Evolucare Technologies	Osiris	37	Privés+ ESPIC	FP
Openxtrem	Mediboard	24	Privés	FP
Medasys	Dxcare	14	Public + ESPIC	ET
Fresenius Medical Care France	Euclid	14	Privés	
AGFA Healthcare	Orbis	14	Public (APHP++)	ET
QSP Systems	Epione	12	Privés+ ESPIC	FP
Capcir	Cortexte	12		
Web100T	Dopatient	11		
GIP Symaris	Cariatides	10		
CS3I	Emed	10		
2CSI	ERP Sano	8		FP
Maincare Solutions	M-Crossway	8	Public	FP
GIP SIB [syndicat interhospitalier de bretagne]	Sillage Dossier Patient (médical et soins)	8		
Expertiz Santé	Expert Santé	7		
Filemed	DME	6		
Web100T	Dopasoins	6		
Terenui	Grimoires	6		
GFI Informatics	Actipidos	6		
PHP Developpement Sarl	Hemodial	5		
Médibase Systèmes	Osoft	5		
Axigate	Axigate	4		
CEGI	Passenger	4		
Berger Levrault	Arcadis	3		
Intellitec	Cimaise	3		
Ido-In	Idéo Méd	3		
DAI Sarl	Rééducation v14.5	3		
Hospices Civils de Lyon et CHU de Grenoble	Cristal-Link	3	Public	ET
Alert Life Sciences Computing France	Alert paper free hospital	2		
DICSIT informatique	Anthadine	2		
Sycomcare	Athénéa	2		
Axila	Axila	2		
PM Développement	Climco	2		
Engeneering Medical Application	Hemodialyse	2		
Evolucare Technologies	Middlecare	2		
CEGI	Myvisit'	2		
2CSI	SanoHAD	2		
Gustave Roussy	Simbad	2		
CH Versailles - DS2I	Alize	1		

Aegle Médicale	Informatique	AMI Assistance Médicale par Informatique	1		
CEGI		CEGI Sante	1		
Intersystems		Clinicom Dopacom / Clinicom Clinipharm	1		
Maincare Solutions		Cora	1		
Micro6		Diamm	1		
Secodif		Dopati/Doseni	1		
APHP		Mediweb	1		
Sined SRL		Medware	1		
MHComm		mhome	1		
B.Braun Medical		Nexadia Expert	1		
HopitalWebFrance		Polydis	1		
Solware Life		PSI	1		
Calystene		Psydoc	1		
QSP Systems		QSP	1		
DAI Sarl		Rééducation	1		
Intuitive - groupe Berger-Levrault		RES DPI	1	Public	FP
Calystene		SIS.Calystene	1		
Mckesson		US/V2-crossway	1		

* 34 ES non informatisés et 29 ES n'ayant pas renseigné de nom de logiciel

** FP : analyse réalisée lors de formations présentielles ; ET : ES ciblés pour l'enquête par entretien téléphonique.

Tableau II : LAP utilisés par les établissements de santé d'Ile-de-France (données déclaratives « Hôpital numérique »)

Nom de l'éditeur	Nom du logiciel	Nombre d'ES*	Typologie d'ES concernés	Logiciel ciblé**
Softway Medical	Hopital Manager	76	Privés + ESPIC	FP
Evolucare Technologies	Osiris	35	Privés+ ESPIC	FP
Openxtrem	Mediboard	22	Privés	FP
Web100T	Dopasoins	17	Privés	
Medasys	Dxcare	16	Public + ESPIC	ET
Fresenius Medical Care France	Euclid	14	dialyse	
Computer Engineering	Pharma	14	Publics + ESPIC	ET
QSP Systems	Epione	12	Privés+ ESPIC	FP
GFI Informatique	Actipidos	11		
SIB [syndicat interhospitalier de Bretagne]	Genois (circuit du médicament et des dispositifs médico-techniques)	11		ET
CS3i	Emed	10		
GIP Symaris	Cariatides	9		
SIB [syndicat interhospitalier de Bretagne]	Sillage dossier patient (médical et soins)	8		
Capcir	Cortexte	8		
2CSI	ERP Sano	7		FP
Hemodialyse	Hemodialyse NX	7		

Maincare Solutions	M-Crossway	7		FP
Expertiz Santé	Expert Santé	6		
Terenui	Grimoires	6		
PHP Developpement Sarl	Hemodial	5		
Berger Levrault	Dispen	4		
Médibase Systèmes	Osoft	4		
CEGI	Passenger	4		
DAI Sarl	Rééducation	4		
Axigate	Axigate	3		
Ido-In	Idéo Méd	3		
AGFA Healthcare	Orbis	3	Public	ET
Hospices Civils de Lyon et CHU de Grenoble	Cristal-Link	3	Public	ET
Alert Life Sciences Computing France	Alert paper free hospital	2		
DICSIT Informatique	Anthadine	2		
Sycomcare	Athénéa	2		
Axila	Axila	2		
PM Développement	Climco	2		
CEGI	Myvisit'	2		
CEGI	CEGI Sante	1		
Intellitec	Cimaïse	1		
Intersystems	Clinicom Dopacom / Clinicom Clinipharm	1		
GLX	Cliordo	1		
Maincare Solutions	Cora	1		
Micro6	Diamm	1		
Secodif	Dopati/Doseni	1		
Engeneering Medical Application	Hemadialyse v4	1		
Sined SRL	Medware	1		
MHComm	Mhhome	1		
B.Braun Medical	Nexadia Expert	1		
IBM- RDB	PCS Patient Care System	1		
HopitalWeb France	Polydis	1		
Solware Life	PSI	1		
QSP Systems	QSP	1		
Intuitive - groupe Berger-Levrault	RES DPI	1	Public	FP
2CSI	SanoHAD	1		
Calystene	SIS.Calystene	1		
GIE-SIPS	Thesorimed	1		
Osiris	Winpharm	1		
Logifrance	Winpharm SQL	1		

** 10 ES non informatisés et 25 ES n'ayant pas renseigné de nom de logiciel

** FP : analyse réalisée lors de formations présentielle ; ET : ES ciblés pour l'enquête par entretien téléphonique.

IV.2.2. Contact des établissements de santé ciblés

Un mail type (annexe 8) a été adressé aux ES ciblés afin de convenir d'un entretien téléphonique avec un professionnel capable de décrire la réalisation du volet médicamenteux (idéalement un médecin ou un pharmacien). Les destinataires du mail étaient : le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), le Responsable du Système de Management de la Qualité (RSMQ), le référent CAQES et le chef de service de la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI). Au total, 6 ES ont participé à l'enquête.

IV.2.3. Entretien téléphonique avec les établissements de santé ciblés

Une trame type de questionnaire visant à décrire la réalisation du volet médicamenteux de la LL a été constituée (annexe 9). L'entretien téléphonique, d'une durée moyenne de 30 minutes, était réalisé par les professionnels de l'OMEDIT impliqués dans les formations présentielles (un médecin, un pharmacien ou une IDE). A l'issue de l'entretien téléphonique, un document synthétique intégrant la description du circuit est transmis à l'ES pour validation.

V. RESULTATS

Au total, 14 circuits correspondant à des services de 16 ES MCO et/ou SSR (6 ES publics, 4 ESPIC, 6 ES privés) ont été étudiés, un circuit étant identique pour trois établissements (mêmes LAP/DPI et procédures de réalisation de la LL). Dans la suite du rapport, les résultats seront présentés par circuit car notre objectif n'est pas une analyse quantitative sur la région mais qualitative par type de circuit possible.

Huit circuits ont été étudiés lors des formations présentielles, et six par entretien téléphonique. Les circuits étudiés concernaient principalement des services de gériatrie et SSR mais également des services de cardiologie, chirurgie (hospitalisation et ambulatoire), médecine aiguë (néphrologie) et oncologie.

V.1. Formats de tableaux utilisés par les établissements de santé en tant que volet médicamenteux de la lettre de liaison

Un tableau médicamenteux était intégré dans la LL dans 11 circuits parmi les 14 étudiés.

Le tableau III précise les différents formats de tableaux utilisés pour le volet médicamenteux de la LL.

Il n'y a **pas de format unique**, chaque service a un tableau personnalisé selon sa propre organisation.

Concernant les éléments présents dans le tableau :

- Un format 3 colonnes (traitements habituels ou à l'entrée, traitements à la sortie, commentaires) est majoritairement utilisé. Une équipe a introduit une quatrième colonne « pathologies ». Une équipe n'a que deux colonnes (traitements à l'entrée,

traitements à la sortie) et présente les commentaires sous le tableau. **Aucune équipe n'utilisait le format « 6 colonnes » préconisé par la HAS.**

- Du fait de l'utilisation du tableau 3 colonnes (au lieu de 6 colonnes) :
 - o **dosage, posologie et forme** ne sont donc qu'**aléatoirement indiqués**. Les **noms sont parfois en DCI, en nom commercial ou les deux**.
 - o **l'explicitation du devenir des traitements n'est pas systématique** (lorsqu'elle est présente elle est notifiée dans la colonne « traitements de sortie »).

Concernant les colonnes en lien avec les traitements médicamenteux :

- Les termes « traitements » ou « médicaments »/ « traitements médicamenteux » peuvent être employés ce qui permet selon le cas, la notification des thérapeutiques non médicamenteuses.
- Près de la moitié des tableaux mentionne non pas les traitements habituels (=avant hospitalisation) mais les traitements d'entrée (=à l'admission dans le service). Or, les traitements à l'entrée peuvent être différents des traitements habituels dans le cas d'un transfert depuis les urgences ou un autre service à l'intérieur de l'établissement ou entre établissements. Un tableau se distingue car il mentionne à la fois les traitements habituels et les traitements d'entrée.

Concernant la partie « commentaires » :

- La section de commentaires est toujours présente en dernière colonne ou en dessous du tableau. Cependant son intitulé varie en « justification » ou « raison arrêt/introduction » ce qui restreint le contenu de la colonne par rapport à ce qui est attendu par la HAS (c'est-à-dire : motif de changement entre les traitements habituels et les traitements de sortie, cible thérapeutique et surveillance associée, durée de traitement).

Tableau III : Synthèse des différents formats de tableaux utilisés pour le volet médicamenteux de lettre de liaison dans les circuits étudiés

Etablissement	Nombre de colonnes	Intitulé des colonnes	Remarques
1	2	Traitement médicamenteux à l'admission Traitement médicamenteux à la sortie	Section « commentaires » en dessous du tableau
2	3	Traitement d'entrée Traitement de sortie Commentaires	
3	3	Traitements habituels Traitements de sortie Commentaires	
4	3	Traitements habituels Traitement à l'admission Traitement de sortie	Section « commentaires » en dessous du tableau
5	4	Pathologies Médicaments habituels avant l'admission Médicaments à la sortie Commentaires	
6	3	Médicaments habituels à domicile (avant admission) Médicaments à la sortie Commentaires	Les arrêts sont indiqués dans la colonne « médicaments à la sortie » en regard du traitement arrêté. Les traitements repris à l'identique sont réécrits.

Etablissement	Nombre de colonnes	Intitulé des colonnes	Remarques
7	3	Traitements habituels Traitements de sortie Justification	
8	3	Traitement entrée Traitement sortie Commentaires	
9	3	Traitement habituel Traitement à la sortie Observations	Les posologies sont indiquées sous la forme « 1-0-0 » Les arrêts sont indiqués dans la colonne « médicaments à la sortie » en regard du traitement arrêté
10	3	Traitement habituel Traitement de sortie Raison arrêt-introduction	En cas de traitement inchangé, utilisation de la mention « idem » dans la colonne traitement de sortie
11	3	Traitements avant hospitalisation Traitement de sortie Motifs des modifications- commentaires	

V.2. Réalisation de l'historique médicamenteux

Différentes sources ont pu être utilisées pour établir l'historique médicamenteux : l'interrogatoire du patient ou des proches, les ordonnances, les médicaments apportés par le patient, le dossier médical, les anciens comptes rendus d'hospitalisation, et plus rarement le médecin traitant, le pharmacien d'officine et l'IDE. Le DP pouvait également être utilisé lorsqu'un accès était disponible. Dans un établissement, une consultation systématique du DP était réalisée par le pharmacien.

Un seul ES avait un accès au DMP mais celui-ci n'était pas opérationnel car peu de patients possédaient un DMP ouvert.

Le nombre de sources consultées varie en fonction du moment, des patients, des personnels impliqués dans la réalisation de l'historique médicamenteux, de leur disponibilité, et des outils accessibles (notamment DP).

Une activité de conciliation médicamenteuse était réalisée dans 7 ES/circuits et était en cours de déploiement dans 2 ES/circuits.

Tableau IV : Accès au DP et au DMP dans les établissements de santé ayant fait l'objet de l'analyse du processus de remplissage du tableau du volet médicamenteux de la lettre de liaison.

	n=14 circuits
	Nb (%)
Accès au DP	6 (43%)
Accès au DMP	1 (7%)

V.3. Remplissage du volet médicamenteux de la lettre de liaison en lien avec le système d'information

La liste des DPI et des LAP utilisés dans les ES ayant fait l'objet de l'analyse du processus de remplissage du volet médicamenteux de la LL figure sur le tableau V. Tous les ES étaient équipés d'un logiciel DPI (ou d'un DP informatisé) à l'exception d'un ES qui ne disposait pas de DPI. Deux ES possédaient un DPI différent du LAP. Pour un de ces circuits, le dossier patient Hemodial était utilisé pour les patients suivis en dialyse, et un dossier patient papier pour l'ensemble des patients hospitalisés. Seul le circuit utilisant le dossier patient papier a été inclus dans notre analyse.

Tableau V : DPI et LAP utilisés dans les établissements de santé ayant fait l'objet de l'analyse du processus de remplissage du tableau du volet médicamenteux de la lettre de liaison.

DPI		LAP		Nombre de circuits étudiés utilisant ces DPI/LAP
Nom de l'éditeur	Nom du logiciel	Nom de l'éditeur	Nom du logiciel	
Hospices Civils de Lyon et CHU de Grenoble	CristalLink	Hospices Civils de Lyon et CHU de Grenoble	CristalLink	1
Medasys	DX Care ¹	Medasys	DX Care	2
QSP Systems	Epione	QSP Systems	Epione	1
Softway Medical	Hopital Manager	Softway Medical	Hopital Manager	1
Maincare Solutions	Maincare crossway	Maincare Solutions	Maincare crossway	1
Openxtrem	Mediboard	Openxtrem	Mediboard	1
AGFA Healthcare	Orbis	Syndicat Interhospitalier de Bretagne	Phedra	1
AGFA Healthcare	Orbis	AGFA Healthcare	Orbis	1
Winpharm	Osiris	Winpharm	Osiris	1
	Papier	Computer Engineering	Pharma	1
PHP Developpement Sarl	Hemodial ² (patients suivis en dialyse)	Softway Medical	Hopital Manager	1
	Papier ² (patients hospitalisés)			
Intuitive - groupe Berger-Levrault	Res-DPI	Intuitive - groupe Berger-Levrault	Res-DPI	1
2CSI	SanoCom	2CSI	SanoCom	1

¹ Pour un de ces circuits, utilisation d'un dossier patient papier malgré l'existence d'un DPI.

² Seul le circuit utilisant un dossier patient papier (patients hospitalisés) a été inclus dans notre analyse.

V.3.1. Freins identifiés en lien avec le DPI pour la saisie des données du bilan médicamenteux (traitements habituels et/ou traitements à l'entrée)

Parmi les 14 circuits étudiés, 3 ont été exclus de cette analyse en raison de l'utilisation d'un dossier patient papier. Le tableau VI présente les fonctionnalités des DPI telles que rapportées par les professionnels de santé.

Le principal frein identifié est l'**absence d'onglet dédié** au renseignement des traitements médicamenteux habituels. Dans plus de la moitié des circuits (55%, n=6), il n'existait pas d'onglet dédié au renseignement des traitements habituels. Dans ces cas, les traitements habituels étaient renseignés dans une zone non dédiée avec de nombreux autres éléments (onglet « observations médicales » *via* une zone de texte libre ; n=4) ou alors seuls les traitements d'entrée étaient renseignés dans une zone dédiée (n=2). La présence à la fois d'un onglet dédié aux traitements habituels et d'un onglet dédié aux traitements d'entrée (cas dans un seul circuit) semble importante notamment dans les unités de soins susceptibles d'accueillir des patients transférés d'autres services de l'établissement. En effet, dans ces cas, les traitements habituels peuvent différer des traitements d'entrée (en cas de modification des traitements habituels par le(s) service(s) adresseur(s)).

Dans la majorité des cas (64%, n=7), la saisie des traitements médicamenteux était réalisée dans une **zone de texte libre**, sans lien avec une BDD. Dans ces cas, l'information concernant le médicament pouvait être incomplète (en termes de nom de spécialité/DCI, forme galénique, dosage, posologie, voie d'administration).

La saisie des traitements médicamenteux en lien avec une BDD était réalisable dans 4 circuits. Dans un de ces circuits, la saisie en interface avec une BDD n'était réalisable que pour les traitements d'entrée (non réalisable pour les traitements habituels). De plus, dans un de ces circuits, il n'était pas possible de renseigner un médicament en dehors du cadre de l'AMM (voie d'administration ou posologie). De ce fait, la saisie des posologies n'était réalisée le plus souvent pour aucun médicament.

Dans tous les circuits analysés, **les médicaments n'étaient pas classés selon un ordre défini** lors de la saisie dans le DPI. Parmi les 3 circuits où la saisie des traitements habituels était réalisée en lien avec une BDD, un circuit ne permettait pas de classement (automatique ou manuel) par domaine thérapeutique. Les 2 autres circuits permettaient un classement manuel mais ne permettaient *a priori* **pas de classement automatique des données**.

La saisie de nouvelles données concernant les traitements médicamenteux (omis ou découvert au cours du séjour) posaient des difficultés dans deux cas. Dans le premier cas, la ressaisie ne pouvait être réalisée que par le praticien auteur des informations initialement renseignées. Dans le second cas, la saisie de nouvelles informations engendrait une nouvelle zone de texte libre à la date de la saisie. Pour avoir une vision d'ensemble du traitement avant hospitalisation, il était nécessaire de taguer cette nouvelle zone de texte libre afin que les médicaments puissent être regroupés lorsque le document de sortie était généré. Cette manipulation n'était pas connue de tous les prescripteurs.

Tableau VI : Fonctionnalités des DPI telles que rapportées par les professionnels de santé

	N=11 Nb de circuits (%)
Onglet dédié aux traitements habituels	5 (45%)
Onglet dédié aux traitements d'entrée	4 (36%)
Renseignement des médicaments* et posologies en lien avec une base de données	3 (27%)
Possibilité de classement <u>automatique</u> des médicaments* par domaine thérapeutique	0 (0%)
Possibilité de classement <u>manuel</u> des médicaments* par domaine thérapeutique	10 (91%)
Possibilité de saisie de nouvelles données concernant les traitements habituels/à l'entrée à tout moment dans la zone dédiée	9 (82%)
Possibilité de saisie de médicaments hors livret	11 (100%)
Possibilité de saisie de posologies hors AMM	10 (91%)

*i.e. traitements habituels, données qui seront utilisées pour la réalisation du volet médicamenteux de la LL

V.3.2. Freins identifiés en lien avec le LAP

La prescription des traitements médicamenteux en cours d'hospitalisation était informatisée dans tous les circuits étudiés (critère d'inclusion).

Le **classement des médicaments dans la prescription en cours d'hospitalisation** était variable selon les établissements : voie d'administration +/- ordre de saisie (n=5), date de prescription (n=4), ordre alphabétique (n=2), classification ATC (n=1). Dans 2 circuits, le classement était paramétrable selon le besoin (ordre alphabétique/chronologique/ voie d'administration ou ordre alphabétique/chronologique/voie d'administration/ATC).

Un **classement automatique des médicaments par domaine pathologique était possible dans la moitié des circuits** (n=7). Dans un circuit, la possibilité d'un classement des médicaments par domaine pathologique était inconnue des équipes.

Dans respectivement deux et trois circuits, **il n'était pas possible de prescrire des médicaments hors livret ou hors AMM**. L'impossibilité de prescription de posologies hors AMM entraînait des risques importants d'erreurs médicamenteuses. En effet, dans un des circuits par exemple, les médecins rédigeaient les prescriptions de manière à être dans l'AMM (donc pas avec la voie et/ou la posologie qui était nécessaire au patient) et indiquaient dans un petit post-it associé à cette prescription la véritable posologie et/ou voie d'administration.

Tous les LAP permettaient **l'édition d'une ordonnance de sortie**. Cependant, cette fonctionnalité n'était utilisée que dans 8 circuits (57%). Les raisons pour lesquelles les ordonnances de sortie n'étaient pas générées à partir du LAP sont les suivantes : ordonnance générée jugée à risque d'erreur (souci de lisibilité, durée de traitement unique et/ou impossibilité d'apporter des modifications à l'ordonnance ; n=2), existence d'un bug (n=1),

nécessité de création de protocoles standards (post-interventions chirurgicales) sur le logiciel afin de faciliter la prescription (n=1), raison inconnue (n=2). L'absence de génération de l'ordonnance de sortie à partir du LAP avait pour conséquence l'introduction d'étapes à risque (recopiage, et/ou copier/coller à partir de la dernière prescription d'hospitalisation). Dans un de ces circuits l'ordonnance de sortie était générée à partir du DPI à défaut de génération à partir du LAP. Pour ce faire, une première étape de copier/coller était réalisée du LAP vers le DPI (zone de texte libre « traitement de sortie) puis une seconde étape du DPI vers le document « ordonnance de sortie ».

Lorsque l'ordonnance de sortie était générée à partir du LAP, les médicaments étaient classés selon un ordre alphabétique (n=4), selon la date de prescription (n=3) ou de façon aléatoire (n=1). Aucun logiciel ne permettait *a priori* un classement automatique des médicaments par domaine thérapeutique sur l'ordonnance de sortie.

Tableau VII : Fonctionnalités des LAP telles que rapportées par les professionnels de santé

		n=14 circuits
		Nb (%)
Prescription hospitalière	Possibilité de classement <u>automatique</u> des médicaments par domaine thérapeutique	7 (50%*)
	Possibilité de saisie de médicaments hors livret	12 (86%)
	Possibilité de saisie de posologies hors AMM	10 (71%*)
Ordonnance de sortie	Ordonnance de sortie générée par le LAP	8 (57%)
	Lorsque l'ordonnance de sortie est générée à partir du LAP (n=8) : possibilité de classement <u>automatique</u> des médicaments par domaine thérapeutique	0 (0%)

* Donnée inconnue pour un circuit

V.3.3. Freins liés aux fonctionnalités et interfaces entre les logiciels

Importation des données en lien avec les traitements habituels ou d'entrée pour la réalisation de la prescription en cours d'hospitalisation

La saisie des traitements habituels et/ou d'entrée dans une **zone de texte libre** (n=7) était un **frein à la possibilité d'intégration automatique des données** pour la réalisation de la prescription en cours d'hospitalisation. Une ressaisie des traitements médicamenteux par le prescripteur au niveau du LAP était alors nécessaire.

Dans tous les circuits où la saisie des traitements habituels et/ou d'entrée était réalisée en lien avec une BDD (n=4), les fonctionnalités du logiciel permettait une intégration automatique de ces données pour la réalisation de la prescription en cours d'hospitalisation (après validation globale ou validation ligne à ligne de la prescription). A noter que ces 4 circuits possédaient les mêmes logiciels DPI et LAP.

Intégration d'un tableau dans la trame du document de sortie édité à partir du DPI ou du LAP

La LL était générée à partir du LAP ou du DPI dans 10 circuits (71%). Parmi ceux-ci :

- Dans un circuit, le volet médicamenteux sous forme de tableau était complété à part sur un document Word (à partir des données saisies dans le DPI et le LAP) puis joint à la LL.
- Dans un circuit, un tableau médicamenteux était d'abord complété sur un document Word. Une étape de copier/coller des données de ce tableau était ensuite réalisée pour compléter le volet médicamenteux (sous forme de paragraphe) de la LL ainsi que pour la réalisation de l'ordonnance de sortie.
- Dans un circuit, un document pré-CRH était généré à partir du logiciel (avec une intégration automatique des données en lien avec les traitements habituels et les traitements de sortie sous forme de paragraphe), alors que le CRH était réalisé sous document Word avec une étape de copier-coller à partir des données du pré-CRH.
- Dans un circuit, la LL était générée à partir du LAP uniquement pour une partie des patients (hospitalisations courtes programmées) en raison de la structuration des différents paragraphes qui n'était pas jugée satisfaisante.

Dans les autres circuits, la LL était rédigée sous format Word (n=3) ou en version manuscrite papier (n=1).

Un tableau médicamenteux était intégré dans la trame de la lettre de liaison dans 4 des 10 circuits où la LL était éditée à partir du DPI ou LAP.

Au total, **2 logiciels sur 11 (18%) ne permettaient *a priori* pas l'intégration d'un tableau dans la trame de la LL et pour 2 autres logiciels (18%), la possibilité d'intégration d'un tableau n'était pas connue des équipes.** Pour certains établissements l'informatisation avec un logiciel incapable d'intégrer un tableau dans la lettre de liaison a entraîné une perte de qualité du volet médicamenteux de la LL. En effet, avant l'informatisation, la LL était réalisée sous Word et permettait l'intégration d'un tableau. Après la mise en place du nouveau logiciel, il y a eu retour en arrière avec le renseignement des traitements et des motifs des modifications sous la forme de paragraphes.

Dans un des circuits ayant intégré un tableau, une **limitation du nombre de caractères de saisie dans les cases du tableau** empêchait la saisie complète des informations. Par conséquent, quand les éléments à intégrer dépassaient le nombre de caractères, l'information était partielle résultant du choix de la personne qui remplissait le tableau.

Importation des données en lien avec les traitements habituels pour la réalisation du volet médicamenteux de la lettre de liaison

Sur les 10 circuits où la LL était générée à partir des logiciels LAP et/ou DPI:

- 8 (80%) permettaient une intégration automatique des données en lien avec les traitements habituels (ou d'entrée) dans la LL. Lorsqu'un tableau était intégré dans la trame de la lettre de liaison (n=3), cette intégration automatique était réalisée directement dans la colonne dédiée du tableau dans 2 circuits sur les 3 concernés. Dans ce cas, des modifications et/ou ajustements devaient tout de même être réalisés sur les

données importées et ce d'autant plus lorsque les données importées étaient issues d'une zone de texte libre.

- Au total, 2 logiciels sur 8 (25%) ne permettaient *a priori* pas une intégration automatique des données. Les équipes étaient donc dans l'obligation d'effectuer un copier/coller pour intégrer les traitements habituels dans la lettre de liaison.

Importation des données en lien avec les traitements de sortie pour la réalisation du volet médicamenteux de la lettre de liaison

Parmi les 10 circuits où la LL était générée à partir des logiciels LAP et/ou DPI :

- 8 (80%) permettaient une intégration automatique des données en lien avec les traitements de sortie :
 - L'intégration de ces données était réalisée à partir de la prescription en cours d'hospitalisation et/ou à partir de l'ordonnance de sortie (n=7). Dans certains de ces circuits, l'intégration automatique des données ne pouvait être réalisée qu'après génération de l'ordonnance de sortie. Dans un circuit où l'ordonnance de sortie n'était pas générée à partir du logiciel (pour des raisons de traçabilité), une première étape de copier/coller était réalisée du LAP vers le DPI (zone de texte libre « traitement de sortie ») ; ces données étaient ensuite intégrées automatiquement dans la LL.
 - Cette fonctionnalité n'était cependant pas utilisée dans 2 de ces 8 circuits car l'ordonnance de sortie n'était pas générée à partir du LAP (intégration automatique uniquement si ordonnance de sortie générée).
- Au total, 2 logiciels sur 8 (25%) ne permettaient *a priori* pas une intégration automatique des données. Les équipes étaient donc dans l'obligation d'effectuer un copier/coller pour intégrer les traitements de sortie dans la lettre de liaison.

Tableau VIII : Fonctionnalités et interfaces logiciels telles que rapportées par les professionnels de santé

	Nb (%)
Possibilité d'importation automatique des données en lien avec les traitements habituels (ou d'entrée) pour la réalisation de la prescription en cours d'hospitalisation (n=11)	4 (36%)
LL générée à partir du LAP et/ou DPI (n=14)	10 (71%)
Pour tous les patients du service	9 (64%)
Pour une partie des patients du service	1 (7%)
Lorsque la LL est générée à partir du DPI et/ou LAP (n=10) :	
Présence d'un tableau médicamenteux dans la LL	4 (40%)
Motifs de l'absence de tableau (n=6)	
- la trame de la LL générée ne permet pas l'intégration d'un tableau	3 (50%)
- autre motif	3 (50%)
Possibilité d'intégration automatique dans la LL des données en lien avec les traitements habituels saisis dans le DPI	8 (80%)
Possibilité d'intégration automatique dans la LL des données en lien avec les traitements de sortie	8 (80%)

V.4. Analyse du processus de transmission de la lettre de liaison/volet médicamenteux

Toutes les équipes déclaraient remettre au patient la LL en main propre le jour de sa sortie d'hospitalisation.

La LL était adressée au médecin traitant le plus souvent par courrier. L'envoi au moyen d'une messagerie sécurisée était réalisé par 4 équipes (31%) qui en disposaient à condition(s) que le médecin traitant correspondant en soit équipé, que son adresse de messagerie figure dans l'annuaire et que celui-ci soit régulièrement actualisé dans le SI de l'établissement. L'usage du fax est un moyen utilisé à défaut d'envoi par courrier et par messagerie sécurisée.

Une équipe déclare, en plus de l'envoi de la LL, imprimer etagrafer le tableau médicamenteux à l'ordonnance de sortie à destination du pharmacien d'officine et des professionnels de santé de ville impliqués dans la prise en charge du patient.

Tableau IX: Modalités de transmission de la lettre de liaison/volet médicamenteux

	n = 13*
	Nb (%)
Existence d'une messagerie sécurisée	5 (38%)
Messagerie sécurisée en cours de déploiement	4 (31%)
Remise de la LL au patient à la sortie	13 (100 %)
Envoi de la LL au médecin traitant	12 (92 %)
Modes d'envoi de la LL au médecin traitant	
Courrier	13 (100%)
Messagerie sécurisée	4 (31%)
Fax	2 (15%)
Autres destinataires du volet médicamenteux de la LL	
Pharmacien	2 (15%)
IDE	1 (8%)

* Donnée manquante pour un établissement

VI. DESCRIPTION DU CIRCUIT IDEAL

Circuit SI idéal permettant la réalisation du volet médicamenteux sous forme de tableau :

La figure 1 synthétise le circuit SI « idéal », de remplissage et de transmission du volet médicamenteux de la lettre de liaison, réalisé à partir des différents circuits analysés. Ce circuit résume, pour différentes étapes (de l'admission à la sortie du patient), les critères et fonctionnalités jugés importants pour faciliter le remplissage du volet médicamenteux :

- Pour la saisie de l'historique médicamenteux à l'arrivée du patient dans l'unité : le **DPI** devrait permettre la saisie des **traitements habituels** dans une **zone dédiée** et **en lien avec une BDD**. La présence d'un **2nd onglet dédié aux traitements d'entrée** est intéressante, notamment dans le cas d'unités susceptibles d'accueillir des patients préalablement passés par les urgences ou par un autre service de soins, et pour lesquels une modification de traitement aurait été effectuée (particulièrement les SSR). La présence de 2 onglets distincts permet dans ce cas d'éviter le « mélange » des traitements habituels et des traitements d'entrée.

- Pour la réalisation de la première prescription en cours d'hospitalisation : les fonctionnalités/interfaces logicielles devraient permettre d'importer automatiquement les données saisies dans le DPI en lien avec les traitements habituels et/ou d'entrée pour la réalisation de l'ordonnance en cours d'hospitalisation. Les éléments importés devraient pouvoir être validés globalement ou ligne à ligne, et le cas échéant, être modifiés.

- Pour la réalisation de l'ordonnance de sortie : l'ordonnance de sortie devrait pouvoir être générée à partir du LAP avec une possibilité d'intégration automatique des données de la dernière prescription en cours d'hospitalisation. Les éléments importés devraient pouvoir être validés globalement ou ligne à ligne, et le cas échéant, être modifiés. En cas de modification du traitement chronique d'un patient en raison de sa non disponibilité dans le cadre du marché hospitalier, la reprise du traitement habituel devrait être possible. Autrement dit l'utilisateur devrait pouvoir sélectionner les médicaments saisis dans l'onglet traitements habituels pour les intégrer dans l'ordonnance de sortie lorsque cela est nécessaire.

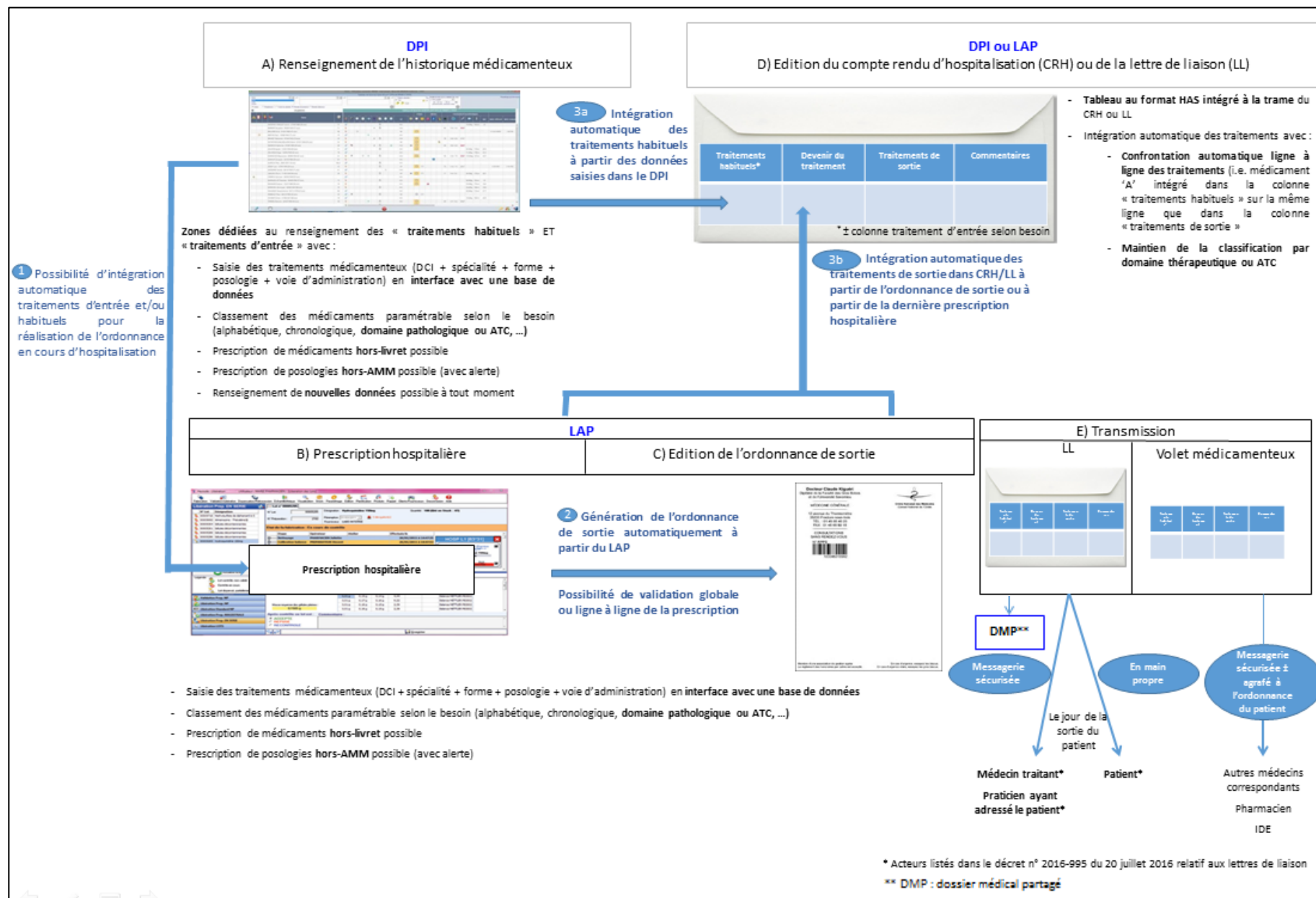
Pour ces trois étapes, la saisie des traitements médicamenteux et des posologies devrait être réalisée sous format structuré (DCI + spécialité + forme + voie d'administration) et donc en **interface avec une BDD**. Le classement des médicaments devrait pouvoir être paramétré selon le besoin (et plus particulièrement par **domaine pathologique ou ATC**). La prescription de médicaments hors livret ou hors AMM devrait être rendue possible sur ces logiciels sous réserve de la présence d'alertes indiquant le caractère hors AMM ou hors livret.

Pour la réalisation du document de sortie intégrant le volet médicamenteux :

- Le document de sortie (CRH ou LL) devrait pouvoir être généré à partir du logiciel (DPI ou LAP).
- Un tableau (format HAS) devrait pouvoir être intégré dans la trame du document de sortie.
- Les colonnes « traitements habituels » et « traitements de sortie » du volet médicamenteux devraient pouvoir être renseignées automatiquement :
 - Pour la colonne « traitements habituels » : à partir des données de l'onglet « traitements habituels » saisies dans le DPI ;
 - Pour la colonne « traitements de sortie » : idéalement à partir de l'ordonnance de sortie ce qui assurerait la cohérence entre la colonne « traitement de sortie » et l'ordonnance de sortie pour les services dans lesquels les traitements de sortie intègrent les traitements habituels. Pour les autres (par exemple chirurgie), cette colonne pourrait être générée directement à partir de la prescription en cours d'hospitalisation ;
 - Avec une confrontation ligne à ligne automatique des traitements médicamenteux
 - Avec le maintien du classement par domaine thérapeutique ou ATC ;
 - Avec renseignement automatique de la colonne « devenir du traitement ».

L'ensemble de ces fonctionnalités permettraient d'obtenir un « tableau préliminaire » permettant au prescripteur un gain en temps et en sécurité. Ensuite, le prescripteur n'aurait plus qu'à affiner la présentation, modifier des éléments si nécessaire et compléter la colonne « commentaires ».

Figure 1 : Circuit « idéal », en lien avec le système d'information, de remplissage et de transmission du volet médicamenteux de la lettre de liaison



Transmission du tableau :

Lors de la sortie de l'ES, la LL doit être remise au patient par le médecin, ou par un autre membre de l'équipe de soins qui l'a pris en charge, et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises. La LL est transmise le même jour au médecin traitant et, le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient. Elle est adressée de préférence par messagerie sécurisée. La LL doit également être déposée dans le DMP, lorsqu'il existe⁴.

Les professionnels de santé autres que médecins ne sont pas destinataires de la LL alors qu'ils sont impliqués dans la prise en charge thérapeutique des patients après la sortie. Il est donc important d'assurer la transmission du tableau médicamenteux aux professionnels qui assureront un rôle dans la prise en charge médicamenteuse à la sortie (essentiellement, le pharmacien d'officine et l'infirmier, le cas échéant). Ce document pourra être transmis (avec accord du patient) par messagerie sécurisée à ces professionnels s'ils ont été identifiés. Un autre moyen simple est d'agrafer le tableau médicamenteux à l'ordonnance de sortie ou de l'imprimer au verso de cette ordonnance. Ceci permet de vérifier la cohérence entre ordonnance et colonne « traitements de sortie ». Si l'agrafage du tableau à l'ordonnance est une idée théoriquement simple et efficace, l'expérience a montré que plusieurs garde-fous sont à mettre en place si on veut que le tableau arrive bien aux destinataires visés. Premièrement, il faut mettre en place une organisation garantissant un agrafage systématique et opérationnel :

- désignation des personnes (dont remplaçants) en charge de la préparation des papiers de sortie,
- pour les personnes désignées, possibilité d'accéder à l'impression du tableau médicamenteux, et formation à la procédure.

Deuxièmement, il faut s'assurer que le tableau reste agrafé à l'ordonnance. L'expérience ayant montré que certains patients appréciaient le tableau et avaient tendance à le décrocher de l'ordonnance pour le garder chez eux. La mention sur le tableau « à montrer au pharmacien avec l'ordonnance de sortie » ainsi qu'un petit temps d'explication auprès du patient ou de son aidant peuvent permettre d'éviter ce dégrafage.

VII. DISCUSSION-CONCLUSION

Le volet médicamenteux de la LL sous le format tableau HAS reste à ce jour encore peu déployé en région.

Parmi les retours d'expérience ayant servi à l'élaboration de ce rapport, aucune équipe n'utilisait le tableau « 6 colonnes » recommandé par la HAS comme volet médicamenteux de la LL en mars 2018. Celles qui utilisaient un tableau avaient opté le plus souvent pour un format « 3 colonnes » (format recommandé par la HAS pour le document de sortie en octobre 2014). Cette situation est probablement liée au fait que les deux recommandations coexistent encore actuellement. **Un éclaircissement sur le format exact préconisé est attendu par les équipes.**

Par ailleurs, si les recommandations sur le document de sortie d'hospitalisation (tableau 3 colonnes) de la HAS s'adressent clairement aux hospitalisations de plus de 24h⁴, celles concernant le volet médicamenteux de la LL (tableau 6 colonnes) ne sont pas ciblées sur un type d'hospitalisation. Il y a donc **un flou pour les séjours hospitaliers de moins de 24 heures** (hôpital de jour, chirurgie ambulatoire, séances de chimiothérapie...). **Une réflexion sur le format adapté pour ce type de séjour est à mener avec les ES.**

Les difficultés de déploiement du tableau peuvent être expliquées en partie par les nombreux freins rencontrés par les ES en lien avec les SI.

De très nombreux logiciels (DPI et LAP) sont disponibles sur le marché avec des fonctionnalités variables d'un logiciel à l'autre. Les résultats de notre étude montrent que **deux fonctionnalités SI sont des conditions *sine qua non*** pour la mise en œuvre des recommandations de la HAS, à savoir la possibilité de **génération d'une LL intégrant un tableau** ainsi que le **recueil des traitements habituels dans un onglet dédié** (différent des traitements d'entrée) **dans le DPI**. D'autres fonctionnalités sont également importantes afin de sécuriser le circuit et permettre un gain de temps pour les médecins : la saisie des traitements médicamenteux (traitements habituels et traitements d'entrée) **en lien avec une BDD, l'implémentation automatique** des traitements habituels et de la prescription en cours d'hospitalisation (ou de la prescription de sortie) dans les colonnes du tableau (« traitements habituels » et « traitements de sortie »), la possibilité de paramétrer le classement des médicaments à toutes les étapes selon le besoin (et plus particulièrement par **domaine pathologique ou ATC**).

Il est à noter que les résultats présentés dans ce rapport sont basés uniquement sur des données déclaratives et qu'aucune vérification des fonctionnalités SI auprès des éditeurs de logiciel n'a été réalisée. Ainsi certains freins identifiés pourraient être liés à des versions anciennes des logiciels et/ou à une méconnaissance par les équipes hospitalières des fonctionnalités offertes par les logiciels. Lors des formations présentielle organisées par l'OMEDIT IDF et réunissant professionnels de santé et direction du service informatique, certains freins (organisationnels ou en lien avec le SI) ont pu être levés grâce à une communication entre les différents professionnels. La communication et le partage d'expérience (intra et inter-ES) entre professionnels sur les organisations et les fonctionnalités offertes par les logiciels pourraient constituer un levier.

Selon les données Hôpital Numérique, une quarantaine d'ES franciliens possèdent un logiciel DPI différent du LAP. Dans notre analyse, seul un circuit intégrant un logiciel DPI différent du LAP a

été inclus dans l'analyse. De ce fait, nous n'avons pas pu mettre en évidence les éventuels problèmes d'interface DPI-LAP qui pourraient exister dans de tels circuits.

La qualité de remplissage du volet médicamenteux et notamment le renseignement de la colonne « commentaires » n'a pas fait l'objet d'une analyse spécifique dans ce rapport. Dans le cadre de la campagne CAQES 2020 sur les données 2019, un audit visant à évaluer la qualité de ce remplissage doit être réalisé par les ES. Une synthèse de ces données sera réalisée par l'OMEDIT IDF en fin de campagne CAQES.

Concernant le processus de transmission de la LL, les résultats montrent que la messagerie sécurisée et le DMP restent peu déployés. La LL est généralement transmise par courrier aux médecins correspondants. Si, réglementairement, la LL doit être transmise au patient, au médecin traitant et au praticien ayant adressé le patient, il semble néanmoins important d'assurer la **transmission du volet médicamenteux de la LL aux autres professionnels** qui assureront un rôle dans la prise en charge médicamenteuse à la sortie (pharmacien d'officine, infirmier...).

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Moore C, Wisnivesky J, Williams S, McGinn T. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. J Gen Intern Med. 2003 Aug;18(8):646–51.
2. Forster AJ, Clark HD, Menard A, Dupuis N, Chernish R, Chandok N, et al. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Med Can. 2004 Feb 3;170(3):345–9.
3. Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. Ann Intern Med. 2003 Feb 4;138(3):161–7.
4. HAS - Référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité des soins en sortie d'hospitalisation - 10/2014 (URL : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/document_de_sortie_fiche_utilisation_23102014.pdf)

IX. ANNEXES

Annexe 1 : HAS - Volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie

VOLET MÉDICAMENTEUX DE LA LETTRE DE LIAISON À LA SORTIE

NOM (de naissance) :

NOM (marital) :

Prénom(s) :

Sexe :

Date de naissance : / /

IPP :

Motif d'hospitalisation :

Nom du médecin hospitalier :

Nom du service hospitalier :

Téléphone :

Nom du pharmacien hospitalier :

Téléphone pharmacie hospitalière :

Séjour hospitalier : du / / au / /

Médecin traitant :

Pharmacien d'officine :

IDE domicile :

Traitement médicamenteux pris avant hospitalisation ou bilan médicamenteux			Traitement médicamenteux à la sortie		Commentaires <small>(motif de changement entre bilan médicamenteux et traitement de sortie, cible thérapeutique et surveillance associée, durée de traitement calculée à partir de la date de rédaction du traitement de sortie)</small>
Nom/dosage/forme	Posologie	Devenir du traitement	Nom/dosage/forme	Posologie	
		<input type="text"/>			
		<input type="text"/>			
		<input type="text"/>			
		<input type="text"/>			
		<input type="text"/>			
		<input type="text"/>			
		<input type="text"/>			
		<input type="text"/>			
		<input type="text"/>			
		<input type="text"/>			
		<input type="text"/>			
		<input type="text"/>			

Date :

Validation
(nom, fonction, signature)

CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Traitement médicamenteux pris avant hospitalisation ou bilan médicamenteux (BM)

Cette première colonne permet de tracer le traitement médicamenteux du patient avant son hospitalisation. Pour les établissements réalisant une démarche de conciliation des traitements médicamenteux elle correspond au bilan médicamenteux. Elle tient compte de la liste des médicaments prescrits ou non, pris ou non par le patient. La liste comprend les médicaments allopathiques, les compléments alimentaires, les huiles essentielles, les médicaments de phytothérapie etc.

Les médicaments de cette première colonne sont à associer ligne à ligne avec ceux du traitement médicamenteux à la sortie pour faciliter la comparaison et mieux appréhender les changements opérés.

De préférence, afin de faciliter la réflexion sur la pertinence du traitement, les médicaments du traitement médicamenteux pris avant hospitalisation ou du bilan médicamenteux et ceux du traitement médicamenteux à la sortie d'hospitalisation sont ordonnés :

- par pathologie (ex : traitement de l'infarctus du myocarde) ;
- ou par domaine pathologique (ex : rhumatologie) ;
- ou par classe pharmacologique ATC² (ex : les diurétiques).

Nom, dosage et forme

Le nom des médicaments est exprimé avec la dénomination commune (précédemment Dénomination Commune Internationale ou DCI) conformément à la réglementation¹.

Exemple : « AMLODIPINE 5mg gélule » et non « AMLOR® 5mg gélule ».

Le professionnel de santé peut estimer utile d'y accoler le nom commercial pour une bonne compréhension de l'information par le patient.

Le devenir du médicament

En sortie d'hospitalisation, un médicament peut avoir été :

- arrêté ;
- poursuivi ;
- modifié, ce qui inclut les substitutions ;
- ajouté.

Cette information facilite la lecture du message sur les éventuels changements apportés au traitement médicamenteux pris avant hospitalisation ou au bilan médicamenteux.

Le traitement médicamenteux à la sortie

Il est composé des médicaments que le patient doit :

- poursuivre, qu'ils soient ou non modifiés au niveau de leur dénomination commune, de leur forme galénique ou de leur posologie ;
- des nouveaux médicaments.

La date de rédaction du traitement médicamenteux à la sortie d'hospitalisation est précisée. Les durées de traitement sont précisées en conséquence.

Les commentaires

Trois éléments d'information y sont précisés en tant que de besoin :

- le motif de changement entre le traitement médicamenteux pris avant hospitalisation ou le bilan médicamenteux et le traitement médicamenteux à la sortie ;
- la cible thérapeutique et la surveillance associée ;
- la durée de traitement calculée à partir de la date de rédaction du traitement de sortie.

1. Articles L. 5121-1-2 et R. 5121-1 du code de la santé publique.

2. ATC : anatomical, therapeutic, chemical.

Annexe 2 : Document de sortie HAS (intégrant le « tableau 3 colonnes » - Référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité des soins en sortie d'hospitalisation - 10/2014



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Destination du patient à la sortie
Coordonnées du rédacteur du document de sortie
Date de rédaction
Liste de diffusion du document de sortie
Statut de ce document
Personne de confiance (optionnel et si désignation valable au-delà de la durée d'hospitalisation)

Les rubriques et leur contenu

Rubriques	champs		
1. Motif d'hospitalisation Obligatoire	Motif d'hospitalisation (texte libre)		
2. Synthèse médicale du séjour Obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> • Pathologies prises en charge et leur situation à la sortie <ul style="list-style-type: none"> ◦ patho A ◦ Patho B ◦ etc • Patient porteur/contact de BMR ou BHRé <ul style="list-style-type: none"> ◦ O/N, ◦ si oui préciser • Transfusion <ul style="list-style-type: none"> ◦ O/N ◦ Si OUI, préciser 		
3. Actes techniques, examens complémentaires et biologiques Obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats pertinents normaux et anormaux des actes techniques <ul style="list-style-type: none"> ◦ Acte et résultat ◦ Etc. • Résultats pertinents normaux et anormaux des examens complémentaires <ul style="list-style-type: none"> ◦ Examen et résultat ◦ etc. • Résultats pertinents normaux et anormaux des examens biologiques <ul style="list-style-type: none"> ◦ Examen et résultat ◦ etc. 		
4. Traitements médicamenteux Obligatoire	Médicaments habituels avant l'admission Domaine pathologique A (Médicament 1) Nom (DCI OU de marque/générique) ; Dosage ; Dose ; Voie(s) d'admini ; Fréquence (Médicament 2) Nom	Médicaments à la sortie (idem si pas de changement ; réécrire si modifications dans traitement ; Arrêt si arrêt)	Commentaires - Date d'arrêt (ou durée) pour les médicaments qui ne sont pas au long cours (notamment chimiothérapie et antibiothérapie) - Justification de l'arrêt, de la suspension temporaire, de la modification d'un traitement ou de la mise en place d'un nouveau traitement au cours de l'hospitalisation - Cible à atteindre en termes de dose en cas de titration progressive ou de paramètre de suivi (par ex INR) - Préciser le cas échéant « essai thérapeutique » si le médicament est donné au patient dans le cadre d'un essai thérapeutique Justification des modifications Justification arrêt

Rubriques	champs
	<p>(DCI ou de marque/générique) ; Dosage ; Dose ; Voie(s) d'admini ; Fréquence Etc.</p> <p>Domaine pathologique B</p> <p>(Médicament 1) Nom (DCI OU de marque/générique) ; Dosage ; Dose ; Voie(s) d'admini ; Fréquence (Médicament 2) Nom (DCI ou de marque/générique) ; Dosage ; Dose ; Voie(s) d'admini ; Fréquence Etc.</p> <p>etc.</p>
5. Suite à donner Obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> • O/N Si Oui, préciser • Volet continuité des soins <ul style="list-style-type: none"> o RDV médicaux, en précisant si RDV pris ou à prendre par le patient o Examens complémentaires à faire, en précisant si RDV pris ou à prendre par le patient o Soins infirmiers o Soins de rééducation o Examens dont les résultats sont en attente • Volet médicosocial <ul style="list-style-type: none"> o Actions déjà mises en place (par l'hôpital avant la sortie) o Actions préconisées (dont la mise en place est à organiser) o Demande d'ALD faite ou à demander, le cas échéant o Points de vigilance : O/N (1) • Conseils, recommandations (par ex si chimiothérapie ou si patient inclus dans essai thérapeutique : préciser les événements indésirables possibles et la conduite à tenir), surveillance particulière (applicable pour : AVK, diurétiques, chimiothérapie)
Rubriques laissées au choix des équipes	
6. Antécédents	
7. Événements indésirables (dont allergies) Obligatoire si survient au cours de l'hospitalisation	<p>Événements indésirables (dont allergies)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Type de réaction adverse ou d'allergie • Type de manifestation • Sévérité de la réaction (haute, modérée, basse) • Statut (Actif, Inactif, Chronique, Intermittent, Récurrent, Résolu) • Agent responsable • Commentaires
8. Mode de vie	<ul style="list-style-type: none"> • tabac • alcool • activité physique • régime alimentaire
9. Histoire de la maladie	
10. Examen Clinique et statut fonctionnel	<ul style="list-style-type: none"> > Revue par organe (optionnel) > Examen Clinique (optionnel) > Principales constantes (optionnel)

Annexe 3 : indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) et lettre de liaison à la sortie

Secteur MCO :

Fiche descriptive de l'indicateur « qualité de la lettre de liaison à la sortie » (extrait [V2019](#))

<p>11. Traitements médicamenteux à la sortie (critère 11)</p> <p>Le critère est satisfait si on retrouve sur la lettre de liaison à la sortie, de façon lisible :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la liste des médicaments à la sortie du patient, avec pour chaque prescription de médicament : sa dénomination commune, sa posologie (dosage unitaire ET le rythme d'administration), sa voie d'administration ET sa durée de prescription, ou la mention de l'absence de traitement à la sortie. <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> - la mention de la suppression, de la modification, ou de la poursuite du traitement habituel <u>ou</u> la mention de l'absence de traitement habituel (<i>nouveau</i>).
--

Grille de recueil des indicateurs de processus V2019 (extrait [V2019](#))

Les traitements médicamenteux		
QLS 13_2	Traitements médicamenteux* de sortie <i>* Ordonnance de sortie et/ou prescriptions conditionnelles d'antalgiques.</i>	<input type="radio"/> 1. Prescriptions médicamenteuses retrouvées <input type="radio"/> 2. Absence de prescription médicamenteuse notifiée <input type="radio"/> 3. Aucune information
QLS 13_3	Si Oui à QLS 13-2, éléments retrouvés sur les traitements médicamenteux* de sortie : <i>* A rechercher sur la lettre de liaison.</i>	
QLS 13_3_1	Dénomination des médicaments	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS 13_3_2	Posologie	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS 13_3_3	Voie d'administration	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS 13_3_4	Durée du traitement	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS 13_4	Mention de la suppression, de la modification, ou de la poursuite du traitement habituel	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non <input type="radio"/> 3. Non car patient sans traitement habituel
QLS 14	Information sur la planification des soins	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS unique	La lettre de liaison est un document unique (hors annexe) <i>Cette question porte sur le format du document étudié pour répondre aux questions précédentes. Elle n'entre pas dans le calcul du score.</i>	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non

Consignes de remplissage de la grille de recueil des indicateurs de processus (Extrait [V2019](#))

Les traitements médicamenteux		
QLS 13_2	<p>Traitements médicamenteux* de sortie</p> <p>*Ordonnance de sortie et/ou prescriptions conditionnelles d'antalgiques.</p>	<p>Cocher « Prescriptions médicamenteuses retrouvées » si les prescriptions de sorties sont précisées sur la lettre de liaison ou si les ordonnances de sortie sont annexées/agrafées à la lettre de liaison.</p> <p>Cocher « Absence de prescription médicamenteuse notifiée » s'il est précisé qu'il n'y a pas de prescription à la sortie.</p> <p>Cocher « Aucune information » lorsqu'on ne retrouve aucune prescription de sortie sur la lettre de liaison à la sortie, ni d'ordonnance de sortie annexée à la lettre de liaison, ou lorsque l'information est illisible.</p> <p>Remarques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les prescriptions médicamenteuses à la sortie peuvent être indiquées soit sur la lettre de liaison à la sortie, soit sur des copies d'ordonnances annexées à la lettre de liaison à la sortie, c'est-à-dire appelées dans le corps de la lettre de liaison (mention de « ordonnances jointes » par exemple) ou agrafées à la lettre de liaison. Les copies d'ordonnances ne sont pas prises en compte si elles sont dans le dossier du patient, mais non annexées à la lettre de liaison à la sortie. - les médicaments pharmacoradiothérapiques (irathérapie, curiathérapie) entrent dans la définition des prescriptions médicamenteuses. - l'albumine est un médicament mais il n'est pas nécessaire de la tracer dans la lettre de liaison comme un produit sanguin labile (PSL) ou comme un produit dérivé du sang.
<p>QLS 13_3_1</p> <p>QLS 13_3_2</p> <p>QLS 13_3_3</p> <p>QLS 13_3_4</p>	<p>Si Oui à QLS 13_2, éléments retrouvés sur les traitements médicamenteux* de sortie</p> <p>* A rechercher sur la lettre de liaison.</p>	<p>Répondre à cette question uniquement si la réponse « Oui » a été cochée à la question QLS 13_2.</p> <p>Pour chacun des quatre éléments d'information suivants,</p> <p>Cocher « Oui » lorsque l'élément est retrouvé sur la prescription, <u>pour chaque médicament</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dénomination des médicaments (QLS 13_3_1) : la dénomination du médicament ou du produit prescrit, ou le principe actif du médicament désigné par sa dénomination commune doit être indiquée ; ▪ Posologie (QLS 13_3_2) : le dosage unitaire et le rythme d'administration des médicaments doivent être indiqués ; ▪ Voie d'administration (QLS 13_3_3) : pour les produits injectables (voie parentérale), la voie doit être indiquée (voie intradermique (i.d.), voie sous-cutanée (s.c.), voie intramusculaire (i.m.), voie intraveineuse (i.v.) ou voie intra-artérielle (i.a.)). Pour les autres voies d'administration, la voie (voie orale ou per os, voie cutanée ou transdermique, voie oculaire, etc.) ou la forme galénique si celle-ci suffit à préciser la voie d'administration (gélules, comprimés, sirops, ampoules buvables, collyres, gouttes, etc.) doivent être indiquées ; ▪ Durée du traitement (QLS 13_3_4) : elle peut être renseignée selon une durée (ex : « QSP 1 mois », « traitement au long cours », ou bien « en cas de douleur » pour une prescription d'antalgiques) ou un nombre total de médicaments à consommer (« Traitement de 14 comprimés »). <p>Cocher « Non » lorsque l'élément manque, pour au moins un des médicaments sur la prescription ou lorsqu'il est illisible.</p> <p>Remarques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ces éléments sont à retrouver sur le traitement de sortie indiqué sur la lettre de liaison à la sortie. - si le traitement habituel est détaillé à l'entrée (dénomination, posologie, voie d'administration, durée de traitement), et qu'il est mentionné à la sortie « poursuite du traitement habituel jusqu'à la prochaine consultation avec le médecin traitant », même sans le détail des items attendus à la sortie, il convient de cocher « Oui » aux questions QLS 13_3_1, 13_3_2, 13_3_3, 13_3_4.

QLS 13_4	Mention de la suppression, de la modification ou de la poursuite du traitement habituel	<p>Cocher « Oui » s'il est fait mention de la suppression, de la modification ou de la poursuite du traitement habituel sur la lettre de liaison à la sortie.</p> <p>Cocher « Non » si aucune information n'est retrouvée sur la lettre de liaison à la sortie quant à la suppression, la modification ou la poursuite du traitement habituel du patient.</p> <p>Cocher « Non car patient sans traitement habituel » s'il est mentionné que le patient n'a pas de traitement habituel sur la lettre de liaison à la sortie.</p> <p>Remarques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - cette question sera prise en compte dans le calcul du critère 11 (traitements médicamenteux) du score QLS pour le recueil national 2019. En effet, la conciliation médicamenteuse et la prise en compte du traitement habituel du patient lors de la prescription à la sortie de l'hôpital sont indispensables à la sécurité de la transition hôpital-ville. - si le traitement habituel est détaillé à l'entrée (dénomination, posologie, voie d'administration, durée de traitement), et qu'il est mentionné à la sortie « poursuite du traitement habituel jusqu'à la prochaine consultation avec le médecin traitant », même sans le détail des items attendus à la sortie, il convient de cocher « Oui » à la question QLS 13_4. - le « Volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie » est un outil qui permet de répondre aux informations demandées par le décret N°2016-965 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison (traitements prescrits à la sortie de l'établissement et traitements arrêtés durant le séjour ainsi que le motif de cet arrêt) et aux informations demandées à l'item QLS 13_4. Se présentant sous la forme d'un tableau, il peut être intégré à la lettre de liaison (en annexe ou agrafé à la lettre de liaison). Le « Volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie » et ses consignes sont téléchargeables au lien suivant : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/volet_medicamenteux_de_la_lettre_de_liaison_a_la_sortie.pdf - le guide « Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissements de santé » est téléchargeable au lien suivant : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf
QLS_unique	<p>La lettre de liaison est un document unique (hors annexe)</p> <p><i>Cette question porte sur le format du document étudié pour répondre aux questions précédentes. Elle n'entre pas dans le calcul du score.</i></p>	<p>Cocher « Oui » lorsque la lettre de liaison de ce patient est un document unique (hors annexe).</p> <p>Cocher « Non » lorsque la lettre de liaison ne correspond pas à un document unique et que les éléments requis sont trouvés à différents endroits.</p> <p>Précision : la lettre de liaison à la sortie est un document qui doit favoriser la continuité des soins. Dans l'idéal, ce devrait être un document synthétique pointant les points de vigilance et de suivi et les changements thérapeutiques au cours du séjour en MCO.</p>

Secteur SSR :

Fiche descriptive de l'indicateur « qualité de la lettre de liaison à la sortie » (Extrait [V2019](#))

10. Prescriptions médicamenteuse de sortie (ou ordonnances de sortie) :

Le critère est satisfait si l'on retrouve les traitements médicamenteux à poursuivre au décours de l'hospitalisation ou la mention de l'absence de traitement.

Les prescriptions de traitements médicamenteux doivent comporter : dénomination, posologie, voie d'administration ou forme galénique, si suffit à préciser la voie d'administration, et durée de traitement pour chaque médicament prescrit, à renouveler est considéré comme durée.

Grille de recueil des indicateurs de processus (extrait [V2019](#))

QLS_13_2	Traitements médicamenteux de sortie	<input type="radio"/> 1. Prescriptions médicamenteuses retrouvées <input type="radio"/> 2. Absence de prescription médicamenteuse notifiée <input type="radio"/> 3. Aucune information
Si Prescriptions médicamenteuses retrouvées à QLS_13_2, éléments retrouvés sur les traitements médicamenteux de sortie :		
QLS_13_3_1	Dénomination des médicaments	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_13_3_2	Posologie	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_13_3_3	Voie d'administration	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_13_3_4	Durée du traitement	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLSunique	La lettre de liaison de ce patient est un document unique (hors annexe) <i>Cette question porte sur le format du document étudié pour répondre aux questions précédentes. Elle n'entre pas dans le calcul du score.</i>	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non

Consignes de remplissage de la grille de recueil des indicateurs de processus (Extrait [V2019](#))

QLS_13_2	Traitements médicamenteux de sortie	Cocher : 1. Prescriptions médicamenteuses retrouvées , si les prescriptions de sortie sont précisées sur la lettre de liaison ou si les ordonnances de sortie sont annexées/agafées à la lettre de liaison 2. Absence de prescription médicamenteuse notifiée , s'il est précisé qu'il n'y a pas de prescription à la sortie. Dans le cas contraire cocher : 3. Aucune information
	Si traitement médicamenteux retrouvé	Il devra être précisé : <ul style="list-style-type: none"> • Dénomination des médicaments • Posologie • Voie d'administration ou forme galénique si cette dernière suffit à préciser la voie d'administration • Durée du traitement : Est considérée comme durée de traitement la mention : « renouvelable » « à renouveler »
QLSunique	La lettre de liaison de ce patient est un document unique (hors annexe)	Cette question porte sur le format du document étudié pour répondre aux questions précédentes. Elle n'entre pas dans le calcul du score. La lettre de liaison à la sortie est un document qui doit favoriser la continuité des soins. Dans l'idéal ce devrait être un document synthétique pointant les points de vigilance et de suivi, et les changements thérapeutiques au cours du séjour en SSR.

Secteur HAD

Fiche descriptive de l'indicateur « Tenue du dossier patient en HAD » (extrait [V2019](#))

9. Document relatif à la continuité des soins à la sortie d'HAD (critère 9) (si applicable)

Le critère est satisfait si un document relatif à la continuité des soins à la sortie d'HAD est retrouvé dans le dossier patient. Ce document peut être une lettre de liaison, un courrier, un compte-rendu d'hospitalisation, un document, une fiche de liaison, ou tout autre document ayant pour but la continuité des soins.

Les patients décédés ne seront pas concernés par ce critère.

Annexe 4 : [Indicateurs CAQES IDF](#) – partie II « développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau »

		II		Développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau				9 points	10 points	10 points
MCO - HAD - SSR DIA - PSY	Indicateur régional	II.1	NON	Mettre en œuvre la continuité de la prise en charge thérapeutique durant le parcours de soins	La continuité de la prise en charge médicamenteuse durant le parcours de soins est mise en œuvre (gestion des traitements médicamenteux apportés par le patient). La mise en œuvre de la procédure relative à la gestion du traitement personnel du patient est évaluée. Oui ? Non ? Si oui : méthodologie et résultats de l'audit ou évaluation des actions engagées suite à l'audit (année précédente ou en cours, N ou N+1)	ES	OUI	1	1	1
MCO - HAD - SSR DIA - PSY	Indicateur régional	II.2	NON	Mettre en œuvre la continuité de la prise en charge thérapeutique durant le parcours de soins	La continuité de la prise en charge médicamenteuse durant le parcours de soins est mise en œuvre (gestion des traitements médicamenteux aux points de transitions). 1) Le résultat de l'indicateur IPAQSS "Document de sortie" est supérieur ou égal à 80% (Données fournies par l'Omedit Ile-de-France ou l'ARS) 2) Pourcentage de services de l'établissement qui intègrent dans leur document de sortie ou lettre de liaison un tableau présentant les traitements habituels du patient, les traitements à la sortie et les commentaires justifiant les modifications des traitements (données fournies par l'ES) <i>Un modèle de tableau validé par la HAS est mis à disposition des établissements de santé "tableau médicament parcours" (rubrique 4 "traitement médicamenteux" du référentiel HAS disponible sur le site internet de la HAS).</i> 3) Pour les services utilisant un "tableau médicament parcours": pourcentage de tableaux indiquant dans la colonne dédiée les motifs de modifications des traitements, pourcentage de tableaux dans lesquels les médicaments sont structurés par domaine pathologique, pourcentage de tableaux pour lesquels une source impliquant le pharmacien d'officine ou le DP est mentionnée, pourcentage de tableaux renseignant le nom du pharmacien d'officine. Justificatif attendu en 2020 : audit et méthodologie	OMEDIT/ARS ES ES	OUI 2020	2	2	2
MCO - HADP - DIAP - SSRP - PSYP P= avec PUI	Indicateur régional	II.3	NON	Mise en œuvre d'une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la PECM et de la conciliation médicamenteuse	Réalisation d'une activité de conciliation médicamenteuse dans l'établissement ? Oui ? Non ? Si oui : nombre d'unités Préciser les unité(s) ou type(s) de patient(s) concernés pour : - conciliation à l'entrée uniquement : - conciliation à la sortie uniquement : - conciliation à l'entrée ET à la sortie : Nombre et qualité de professionnels de santé formés à la conciliation médicamenteuse Si non : une réflexion est-elle en cours dans l'établissement (unité de soins prioritaire, calendrier) ?	ES	NON	1	1	1
MCO - HADP - DIAP - SSRP - PSYP P= avec PUI	Indicateur national		NON	(Art. 10.2) Déploiement de la conciliation médicamenteuse chez les patients priorités sur la base d'une analyse des risques : - Nombre de patients priorités et bénéficiant d'une conciliation médicamenteuse d'entrée et / ou de sortie / Nombre de patients priorités hospitalisés	ES	NON	0	1	1	
MCO	Indicateur régional	II.4	OUI	Mettre en œuvre la continuité de la prise en charge thérapeutique durant le parcours de soins	En cas d'implantation d'un DMI, un document précisant le nom, le numéro de lot et le fabricant du DMI ainsi que la date d'implantation et le nom du médecin implantateur est remis au patient à la sortie de l'établissement (à l'exception des ligatures, sutures et dispositifs d'ostéosynthèse). Oui ? Non ? - Si oui : quels documents transmis, spécialités concernées ?	ES	NON	1	1	1

MCO - HAD - SSR DIA - PSY	Indicateur national	II.5	NON	Vigilance et bon usage des antibiotiques (ATB) (Art. 10.2)	Taux de traitements de plus de 7 jours non justifiés : - Nb de traitements par ATB prescrits pour une durée de plus de 7 jours non justifiés / nombre total de traitements par ATB prescrits pour une durée de plus de 7 jours	ES	NON	1	1	1
MCO - HADP - DIAP - SSRP - PSYP P= avec PUI	Indicateur régional	II.6	NON	Maîtriser les consommations d'antibiotiques et les résistances bactériennes	L'établissement réalise le suivi des consommations d'antibiotiques* et les confronte aux données de résistance Oui ? Non ? Si non : justificatif ou calendrier de déploiement du suivi * Pour les structures d'HADP et de DIAP : le suivi des seules consommations d'antibiotiques est attendu L'outil Consores de suivi des consommations des antibiotiques et des résistances bactériennes est utilisé au sein de votre établissement ? Oui ? Non ? Si non : disposez-vous d'un autre outil vous permettant de suivre et de confronter les données de consommations et de résistances ? Si oui lequel ? Si "oui" : permet-il des comparaisons : - inter - services ? oui ? Non ? - inter - établissements ? oui ? Non ? Si "oui" justificatif : extrait d'un exemple de comparaisons inter - services et inter - établissements produit par l'outil utilisé Participez-vous au réseau de surveillance ATB RAISIN ? Oui ? Non ?	ES	OUI	1	1	1
MCO - DIA - SSR - PSY	Indicateur régional	II.7	NON	Maîtriser les consommations d'antibiotiques et les résistances bactériennes	La prescription d'antibiotiques est systématiquement réévaluée à 48-72h ? Oui ? Non ? Le système informatique favorise-t-il (par une alerte par exemple) la réalisation de la réévaluation à 48-72 heures de la pertinence du traitement antibiotique ? Oui ? Non ? Ce système informatique permet-il la traçabilité dans le dossier patient de la réévaluation à 48-72h ? Oui ? Non ?	ES	NON	1	1	1
MCO - HADP - DIAP - SSRP - PSYP P= avec PUI	Indicateur régional	II.8	NON	Maîtriser les consommations d'antibiotiques et les résistances bactériennes	La dispensation des antibiotiques dits critiques est maîtrisée. Une dispensation contrôlée pour les antibiotiques dits critiques selon le rapport actualisé de l'ANSM est mise en œuvre. Oui ? Non ? Si oui, inclut elle : - les carbapénèmes : Oui ? Non ? Non dispensés dans l'année N ? - les fluoroquinolones : Oui ? Non ? Non dispensés dans l'année N ? - les C3G : Oui ? Non ? Non dispensés dans l'année N ? - et autres antibiotiques définis en fonction de l'épidémiologie de l'établissement : Oui ? Non ? Si oui, lesquels ?	ES	NON	1	1	1

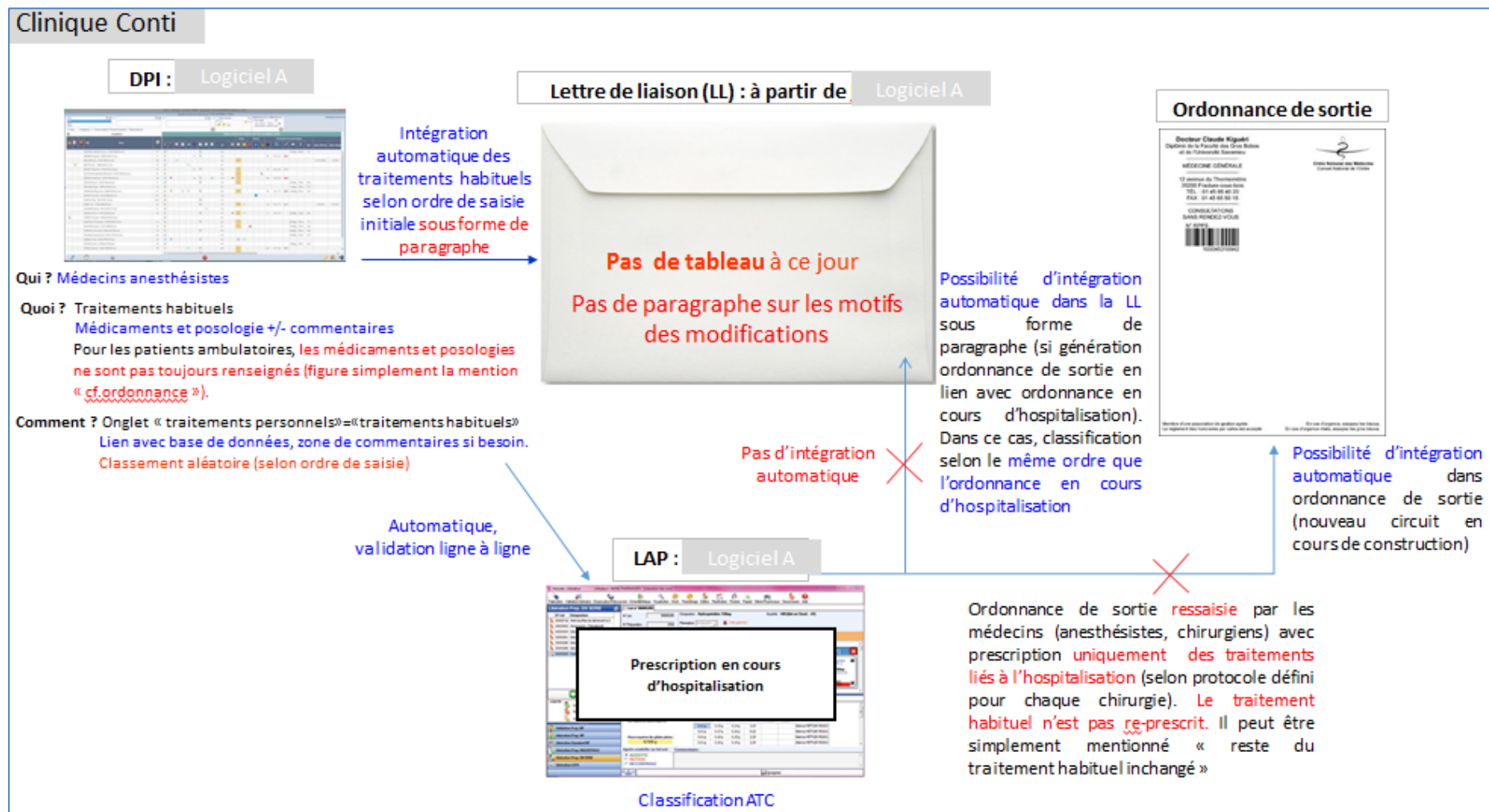
Annexe 5 : Bilan au 1^{er} Juillet 2019 des formations présentielle « volet médicamenteux de la lettre de liaison de la HAS » réalisées par l'OMEDIT IDF auprès des ES

Numéro ES	Nombre de sessions	Service	Nbre de Participants	Professionnels participants							
				Médecins	Pharmaciens /Préparateur en pharmacie	IDE/ Cadre de santé	Responsable qualité/ Gestionnaire des risques	Secrétaire	Direction	Direction informatique	Non précisé
5	1	UGA, SSR	24	9	4	8	1				2
9	2	UGA, SSR, HDJ, Ville	34	23 dont un médecin généraliste	10						1
10	1	UGA, SSR	11	7	1			1	1	1	
4, 13 et 14	1	SSR	11	5	1	2	1	1	1		
3 et 12	1	Chirurgie Ambulatoire, SSR	13	3	3	2	2	1	1	1	
1	1	Hémodialyse	8	1	2	2	1		1	1	
	7		101	48	21	14	5	3	4	3	3

*sénior et junior

Annexe 6 : Exemples de circuits réalisés suite aux formations présentielles « volet médicamenteux de la lettre de liaison de la HAS » ou aux entretiens téléphoniques

Exemple 1 :





Annexe 7 : Exemple de compte rendu réalisé suite aux formations présentiels « volet médicamenteux de la lettre de liaison de la HAS »

Description du circuit de la clinique X

Service(s) : SSR.

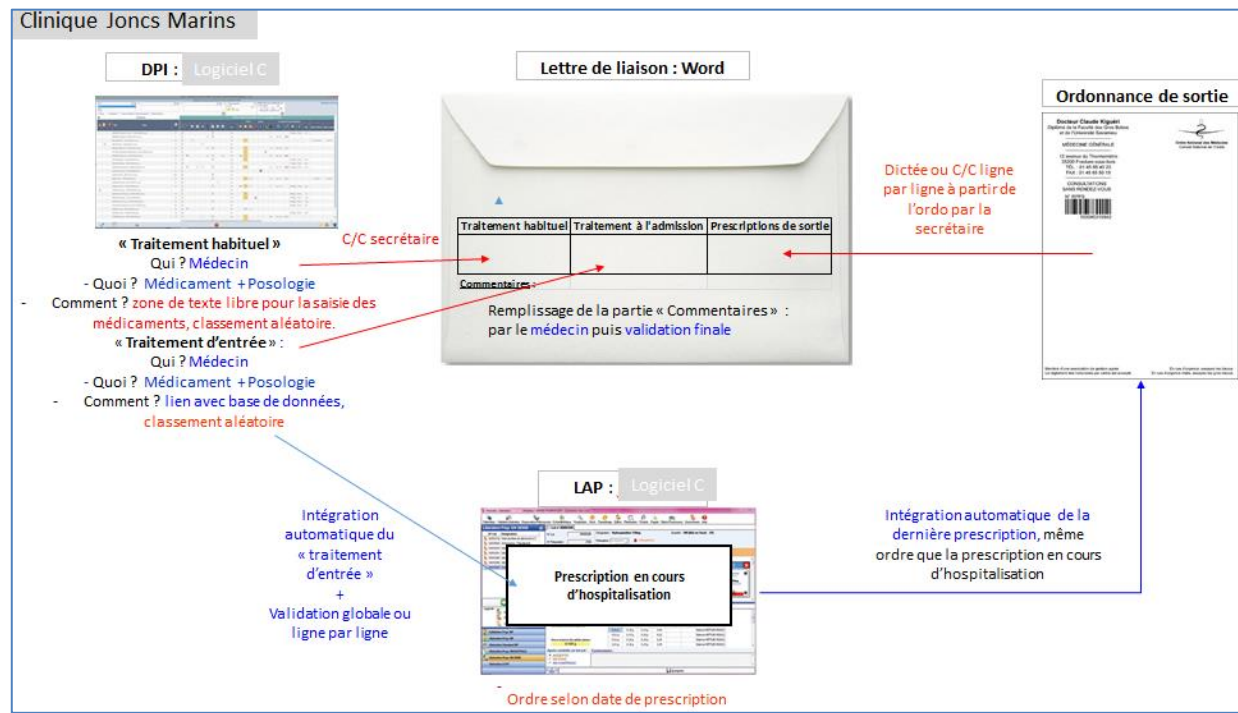
Logiciel DPI et LAP : **Logiciel C**. **Changement de logiciel** prévu en Mars 2019 (**logiciel D**).

Messagerie sécurisée : Non.

DP/DMP : Non.

Document intégrant un tableau : Lettre de liaison (format word).

Conciliation médicamenteuse : Déploiement en cours. Population cible : > 75 ans avec une pathologie cancéreuse. Un 1^{er} patient a été concilié sur l'établissement récemment.



- Logiciel DPI :
Deux onglets peuvent être renseignés :
 - Onglet « **traitements habituels** » : saisie des **médicaments et posologies** par le **médecin** via une **zone de texte libre**. Les médicaments sont **classés de façon aléatoire** mais pourraient être présentés par domaine pathologique par la personne qui les saisit.
 - Onglet « **traitements d'entrée** » : saisie des **médicaments et posologies** par le **médecin (interface avec base de données thesorimed)**. Les médicaments sont **classés de façon aléatoire** mais pourraient être présentés par domaine pathologique par la personne qui les saisit.
- Prescription des traitements en cours d'hospitalisation :
 - La prescription des traitements en cours d'hospitalisation se fait sur le **logiciel C** après **importation** des données de l'onglet « **traitements d'entrée** » et validation par le médecin (validation globale ou ligne par ligne). Les médicaments sont **classés selon la date de prescription**.
- Prescription de sortie
 - **Intégration automatique** de la dernière prescription dans l'ordonnance de sortie. Classification selon l'ordre de la prescription en cours d'hospitalisation.
- Lettre de liaison et tableau médicament parcours
 - Trame/tableau : Tableau 3 colonnes intégré dans la trame (« traitements habituels », « **traitements d'entrée** », « prescriptions de sortie »). **Pas de colonne « devenir du traitement » et « commentaires »**. Une zone de commentaires est prévue en dessous du tableau.
 - Éléments de la colonne « traitement avant hospitalisation » : Les éléments de la colonne sont issues de l'onglet « **traitements habituels** » du logiciel DPI. L'intégration des éléments se fait par la **secrétaire médicale (copier/coller)** environ 2-3 jours avant la sortie.
 - Éléments de la colonne « traitements de sortie » : Intégration par la **secrétaire médicale** sur **dictée OU copier/coller ligne par ligne réalisée à partir de l'ordonnance de sortie**.
 - Validation du tableau : Le médecin complète, le cas échéant, la partie commentaire et valide le tableau.
- Processus de transmission du tableau :

Document:

- Remise en main propre au patient le jour de la sortie.
- Envoi aux médecin(s) correspondant(s)
- Pas de transmission à d'autres acteurs.

Annexe 8: Mail type adressé aux établissements ciblés pour l'enquête téléphonique

Objet mail : Tableau médicament lettre de liaison : étude régionale sur les difficultés d'implémentation

Chers confrères,

Nous souhaiterions interviewer une personne de votre équipe afin de savoir comment vous réalisez le volet médicamenteux de la lettre de liaison dans votre établissement.

En effet, depuis mars 2018 la HAS préconise de réaliser ce volet médicamenteux sous la forme d'un tableau mentionnant les traitements avant l'admission/les traitements à la sortie et précisant les motifs des modifications.

En pratique, les équipes de professionnels sur le terrain sont confrontées à des difficultés pour réaliser ce tableau. Ces difficultés sont parfois d'ordre organisationnel mais surtout essentiellement liées aux logiciels. C'est pourquoi nous souhaitons interroger un échantillon d'établissements utilisant les logiciels les plus répandus pour faire un descriptif de l'ensemble des difficultés. Cette synthèse permettra de **proposer une série de fonctionnalités** qui seraient nécessaires d'intégrer aux logiciels afin que ceux-ci soient une **aide** et non un obstacle pour les professionnels. **Cette synthèse et propositions seront transmis à l'ARS IDF mais aussi à la HAS** (service Évaluation et Outils pour la Qualité et la Sécurité des Soins et service en charge des systèmes d'information).

Si vous en êtes d'accord, nous vous proposons de nous envoyer un **exemple de lettre de liaison** actuellement utilisé dans votre établissement (une trame vierge suffit) et de nous communiquer les **coordonnées d'une personne qui serait capable de nous décrire la réalisation de ce volet médicamenteux** (y compris ses liens avec le dossier informatisé patient, le logiciel d'aide à la prescription et l'ordonnance de sortie, donc idéalement un médecin ou un pharmacien si vous avez mis en place la conciliation médicamenteuse de sortie pour certains de vos patients). L'entretien durera une **trentaine de minutes** et nous vous en enverrons une synthèse pour validation.

D'avance un grand merci pour votre collaboration qui permettra, nous l'espérons, de faciliter le travail des professionnels en faveur de la sécurité des patients.

Annexe 9 : Trame type de questionnaire pour l'enquête téléphonique visant à décrire la réalisation du volet médicamenteux de la lettre de liaison

Données établissement :			
Etablissement :	Service :		
Contact/ correspondant :			
DPI :	LAP :		
Conciliation médicamenteuse : Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si oui, préciser entrée/sortie/pop cible	
Accès au DP : Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
Accès au DMP : Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
Tableau intégré dans la trame d'un document : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
CRH <input type="checkbox"/> Lettre de liaison <input type="checkbox"/>			
Format du tableau = on copie/colle ici un tableau type vierge de l'ETS			
Messagerie sécurisée : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

1) La lettre de liaison générée par votre logiciel intègre-t-elle un tableau ? Oui ☐ Non ☐

Si non, pourrait-elle en intégrer un? Oui ☐ Non ☐

2) dans votre DPI existe-t-il :

Un endroit réservé au « traitement avant admission » Oui ☐ Non ☐

Un endroit réservé au « traitement d'entrée » Oui ☐ Non ☐

3) Dans votre DPI, concernant l'endroit réservé au « traitement avant admission »

Comment est renseignée cette partie ?

a) ZTL ou lié à une base ?

Si lié à une base :

- laquelle ?.....

- possibilité de rentrer les poso ou voie d'administration hors AMM ?

.....

- possibilité de classement par domaine pathologique ?

Si ZTL

- DCI ou noms commerciaux ?.....

- poso ?.....

- dosage ?.....

- forme ?.....

b) Est-ce possible de modifier les informations au cours de l'hospitalisation dans le même endroit ?

.....

d) Qui remplit ce tt ?

Médecin senior ☐ Médecin Junior ☐ Pharmacien ☐ Autre ☐

c) Quand ?

d) A partir de quelles sources ?

Patient ☐ Entourage ☐ Ordonnance ☐ MG ☐ Pharmacien ☐ DP ☐ Infirmier ☐ Autre ☐

e) Ce « traitement habituel » peut-il être intégré automatiquement dans le LAP ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, validation en bloc ☐ ligne à ligne ☐

Si non, ressaisie dans le LAP par le médecin prescripteur ? Oui ☐ Non ☐

f) Comment se présentent les prescriptions (traitement en cours d'hospitalisation) dans le LAP :

- prescription par DCI ? Spécialité ? Les 2 ?

- est-il possible de prescrire des médicaments hors livret ? Oui ☐ Non ☐
- classification des traitements selon un ordre ? (alphabétique, domaine pathologique...?)...

g) Ce « traitement habituel » peut-il être intégré automatiquement dans la lettre de liaison ?

Si oui

- en conservant l'ordre de saisie ? Oui ☐ Non ☐
- directement dans la première colonne du tableau ? Oui ☐ Non ☐

Si non, comment se fait l'intégration de ce traitement dans le tableau (qui ? comment ?).....

Si non comment se fait l'intégration de ce traitement dans le tableau de la lettre de liaison (qui ? comment ? quand ?)

.....
.....

4) A renseigner uniquement si zone dédiée :

Dans votre DPI, concernant l'endroit réservé au « traitement d'entrée »

Comment est renseignée cette partie ?

a) ZTL ou lié à une base ?

Si lié à une base :

- laquelle ?

- possibilité de rentrer les poso ou voie d'administration hors AMM ?

- possibilité de classement par domaine pathologique ?

Si ZTL

- DCI ou noms commerciaux ?

- poso ?
- dosage ?
- forme ?

b) Est-ce possible de modifier les informations au cours de l'hospitalisation dans le même endroit ?
.....

d) Qui remplit ce tt ?

Médecin senior ☐ Médecin Junior ☐ Pharmacien ☐ Autre ☐

c) Quand ?

d) A partir de quelles sources ?.....

Patient ☐ Entourage ☐ Ordonnance ☐ MG ☐ Pharmacien ☐ DP ☐ Infirmier ☐ Autre ☐

e) Ce « traitement d'entrée » peut-il être intégré automatiquement dans le LAP ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, validation en bloc ☐ ligne à ligne ☐

Si non, ressaisie dans le LAP par le médecin prescripteur ? Oui ☐ Non ☐

5) Votre LAP

a) permet-il d'éditer automatiquement une ordonnance de sortie à partir du traitement en cours ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, classification selon même ordre que l'ordonnance en cours d'hospitalisation ? :

Si non, comment est réalisée l'ordonnance à la sortie ?

b) Présentation des médicaments dans ordonnance de sortie :

DCI ? spécialité ? les 2 ?

 classification des traitements selon un ordre (alphabétique, domaine pathologique.....)?

c) permet-il d'intégrer automatiquement les données du traitement en cours dans la lettre de liaison de sortie ? Oui ☐ Non ☐

☐

Si oui :

Classification selon même ordre que l'ordonnance en cours d'hospitalisation ?

-directement dans colonne du tableau ?

Si non :

comment sont intégrées ces données dans la lettre de liaison (par qui ? comment ? quand ? qui les valide ?)

.....

.....

5) y a-t-il une vérification systématique de la cohérence entre tt de sortie de la lettre de liaison et l'ordonnance de sortie ? Oui ☐ Non ☐

☐

si oui : par qui ? à quel moment ?

6) Comment est réalisée la colonne commentaires (par qui ? comment ? quand ?)

.....

7) Existe-t-il une procédure de validation finale du tableau ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, par qui ? quand ? quelle traçabilité ?

possibilité d'éditer la lettre de liaison même si le tableau n'est pas validé ? Oui ☐ Non ☐

8) Comment est transmis le tableau ?

- Via la lettre de liaison

- patient ?

remis en main propre ? Oui ☐ Non ☐ si non comment

le jour même ? Oui ☐ Non ☐ si non quand ?

- médecins correspondants ?

par courrier ? mail ? sinon comment

le jour de la sortie ? si non quand ?

- Transmission à d'autres acteurs ? Oui ☐ Non ☐

Si oui

qui ? pharmacien/IDE/autres ?

comment ?