

# **Erreurs médicamenteuses : comment les prévenir en soins aigus lors du transfert d'un patient ?**

**Revue de littérature**

Travail de Bachelor

Par

**Pauline Roulin et Chloé Python**  
Bachelor 2012 - 2015

Sous la direction d'Ewald Schorro

**Haute École de Santé, Fribourg**  
Filière soins infirmiers

Le 09 juillet 2015

## **Résumé**

**Contexte :** Bon nombre d'erreurs médicamenteuses sont rencontrées lors des phases de transfert des patients. En Suisse, l'enquête de l'Opsendal San Giovanni à Bellinzone démontre que 40% des personnes hospitalisées en 2006 avaient des dossiers contenant des erreurs dans la documentation des médicaments. 50% des changements liés à la médication ne sont pas documentés dans les lettres de sortie.

**But :** Prévenir les erreurs médicamenteuses lors des transferts en ciblant les interventions infirmières visant à assurer la sécurité du patient.

**Méthode :** Revue de littérature. Sept articles publiés il y a moins de dix ans ont été sélectionnés dans les bases de données Pubmed, CINAHL et BDSP avec les mots Mesh « Medication Errors » et « Patient Safety » ainsi que les mots-clés « Transitional Care », « Patient Discharge », « Transitions Care » et « Patient Transfer ». Chaque étude a été analysée, synthétisée et critiquée à l'aide de grilles spécifiques afin de mettre en évidence les données pertinentes pour la pratique.

**Résultats :** Les résultats ont été catégorisés suivant les types d'interventions testées par les études. Il en est ressorti quatre catégories : la réconciliation médicamenteuse, le dossier médical informatisé, les documents de transfert et le suivi téléphonique et à domicile.

**Conclusion :** Il est nécessaire de combiner plusieurs interventions afin de diminuer significativement le risque d'erreurs médicamenteuses lors des transferts des patients.

**Mots-clés :** Erreurs médicamenteuses / Medication Errors, Continuité des soins / Continuity of Care, Transfert du patient / Patient Transfer, Sortie du patient / Patient Discharge.

## ***Remerciements***

Nous tenons à remercier chaleureusement notre directeur de travail de Bachelor, Monsieur Ewald Schorro, pour son investissement, ses précieux conseils et son soutien tout au long de ce travail.

Nous remercions également Monsieur Samuel Roulin et Madame Isabelle Python pour la relecture de cette revue de littérature et les conseils apportés qui nous ont beaucoup aidés.

Finalement, nous adressons un grand merci à nos familles et amis pour leur soutien moral et leurs encouragements.

## ***Tables des matières***

<b>Résumé .....</b>	<b>ii</b>
<b>Liste des tableaux.....</b>	<b>vi</b>
<b>Liste des figures .....</b>	<b>vii</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>Problématique.....</b>	<b>3</b>
Recension des écrits .....	4
Question de recherche .....	7
Objectifs .....	7
<b>Cadre de référence .....</b>	<b>8</b>
Continuité des soins .....	9
Erreur médicamenteuse .....	9
Qualité des soins .....	10
Swiss Cheese Model .....	10
<b>Méthode.....</b>	<b>15</b>
Devis .....	16
Bases de données.....	16
Critères d'inclusion et d'exclusion .....	16
Stratégies de recherche.....	17
Étapes d'analyse .....	18
<b>Résultats .....</b>	<b>20</b>
Traitement des données .....	21
Réconciliation médicamenteuse .....	21
Dossier médical informatisé .....	25
Documents de transfert.....	27
Suivi téléphonique et à domicile .....	29
<b>Discussion .....</b>	<b>32</b>
Analyse des résultats.....	33



**Liste des tableaux**

*Tableau 1.* Critères de recherche.....16

## **Liste des figures**

<i>Figure 1.</i> Le modèle du fromage suisse de James Reason.....	11
<i>Figure 2.</i> Processus de sélection des articles. ....	18

## ***Introduction***

Les erreurs médicamenteuses sont malheureusement présentes dans tous les services rencontrés lors de la formation d'infirmière, quel que soit leur degré de gravité. Lors des premières recherches sur cette thématique, ce sujet s'est révélé être un vrai problème d'actualité. De plus, l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP ; 2015) s'en préoccupe dans son projet « Santé 2020 ».

Les causes et types d'erreurs médicamenteuses ainsi que leur prévention et leur gestion ont été récemment traités dans d'autres travaux de Bachelor. Cependant, lors des recherches sur cette problématique, il est ressorti que bon nombre d'erreurs médicamenteuses sont rencontrées lors des phases de transition des patients (Elliott, Tran, Taylor, Harvey, Belfrage, Jennings, & Marriott, 2012 ; Foust, Naylor, Boling, & Cappuzzo, 2005 ; Manno & Hayes, 2006). Ces phases comprennent le moment de l'admission, des transferts entre établissements ou au sein de la même institution, et le moment de la sortie (Manno & Hayes, 2006). De ce fait, cette revue de littérature cible les erreurs médicamenteuses liées aux différentes phases de transition de soins. Les objectifs de ce travail sont de rechercher en quoi l'infirmière<sup>1</sup> peut réduire les erreurs médicamenteuses lors du transfert d'un patient. La question est de savoir si ces interventions sont également applicables au système de santé suisse.

Ce travail est divisé en cinq parties. La première traite des connaissances actuelles sur cette problématique et de la question de recherche qui en découle. La deuxième décrit les différents concepts et le « Swiss Cheese Model » en tant que cadre de référence. Elle est suivie par l'explication de la méthode. Ensuite, une synthèse des différentes interventions issues des différents articles est présentée. La dernière partie propose une interprétation des résultats ainsi que les limites, l'implication pour la pratique et les perspectives de recherches futures.

---

<sup>1</sup> Dans ce travail, le terme « infirmière » comprend également les infirmiers.

## ***Problématique***

La recension des écrits sensibilise à la problématique des erreurs médicamenteuses liées aux transferts des patients. Elle donne un aperçu de l'état des connaissances actuelles à ce jour sur ce sujet. Elle conduit à l'élaboration de la question de recherche et aux objectifs de cette revue de littérature.

### **Recension des écrits**

Bon nombre d'erreurs médicamenteuses sont rencontrées lors des phases de transition des patients (Elliott, Tran, Taylor, Harvey, Belfrage, Jennings, & Marriott, 2012 ; Foust, Naylor, Boling, & Cappuzzo, 2005 ; Manno & Hayes, 2006). L'Institute for Healthcare Improvement estime que jusqu'à 50% des erreurs de médication dans les hôpitaux sont dues à une mauvaise communication des informations médicales aux différents moments de la transition des soins, notamment lors de l'admission (Manno & Hayes, 2006). 66% des événements indésirables sont liés à la médication dont 50% d'entre eux auraient pu être évités (Ketchum, Grass & Padwojski, 2005). Selon Durán-García, Fernandez-Llamazares et Calleja-Hernández (2012), 25% des erreurs commises sur les patients hospitalisés concernent des échecs dans la conciliation des nouvelles prescriptions avec le traitement habituel à domicile, lors de la transition des soins. En général, le changement de prescription par rapport au traitement habituel devrait être discuté avec le prescripteur afin de s'assurer de son adéquation. Toutes les différences non justifiées sont considérées comme des erreurs de conciliation. Entre 40 et 59% de ces erreurs sont une cause potentielle d'évènement indésirable, 33% engendrent réellement un tel évènement et 3% de ces évènements se sont révélés graves. Les types de contradictions entre le traitement de base et celui de l'hôpital concernent l'omission d'un médicament, le dosage, la voie d'administration ou la fréquence des prises, l'ajout d'un générique sans raison, la duplication d'un médicament, les

interactions, la non disponibilité d'un médicament dans l'hôpital et son absence de represcription à la sortie ainsi que la prescription incomplète de la liste des médicaments.

Grandjean, Von Gunten, Marty, Meier et Beney (2009) ont mené une étude dans un hôpital suisse. Ils observent que 69% des patients ont subi au moins une modification inappropriée ou non intentionnelle de leur traitement médicamenteux entre l'admission et la sortie, soit 1.9 par patient. Ces modifications au sein du processus comprennent l'ajout, l'arrêt ou la substitution thérapeutique pour des raisons pharmacologiques. Les erreurs qui en découlent ont lieu lors de l'anamnèse d'entrée et lors de la sortie avec une substitution thérapeutique ou générique sans reprise du traitement de base, ou un oubli de médicament dans la prescription. Ces modifications comprennent en majorité l'identification inexacte et incomplète des médicaments à l'entrée. Malgré l'importance des médicaments à usage topique (antiasthmatiques, traitements hormonaux, gouttes oculaires et crèmes dermatologiques), leur recension lors de l'anamnèse d'entrée est souvent omise.

L'enquête de l'Opsendal San Giovanni à Bellinzona démontre que 40% des personnes hospitalisées en 2006 présentaient des dossiers comportant des erreurs dans la documentation de leurs médicaments (Kraft, 2009). Pour Fattinger, cité par François (2013), seul 25% des patients ont une anamnèse d'entrée effectuée correctement. Il s'est avéré que 50% des changements liés à la médication ne sont pas documentés dans les lettres de sortie. Ceci démontre bien la présence de lacunes dans les transmissions d'un service à un autre ainsi que du corps médical au patient, pourtant essentielles.

Starmer, Sectish, Simon et al (2013), cités par Schwappach (S.d.), spécifient bien que la période de transfert constitue un danger pour le patient. Pezzolesi,

Schifano, Pickles et al. (2010), cités par Schwappach (S.d.), ont analysé le rapport d'erreur Critical Incident Reporting System (CIRS) sur trois ans et soutiennent cette problématique. Bon nombre d'erreurs médicamenteuses résultent d'une communication verbale insuffisante durant le transfert, d'une transmission lacunaire des informations pertinentes dans les documents de transfert et d'un transfert insuffisant ou peu clair des responsabilités entre professionnels (Schwappach, S.d.).

Pour répondre à ce problème, l'OFSP (2015) inclut la prévention des erreurs dans sa stratégie globale « Santé 2020 ». L'OFSP soutient d'autre part la Fondation pour la Sécurité des Patients Suisse (FSP) dans le cadre d'un projet intitulé « Progress ! ». Selon le descriptif du programme pilote national de la FSP (2014), l'objectif est le renforcement de la sécurité de la médication aux interfaces. Pour ce faire, une vérification systématique de la médication est mise en place depuis mars 2015 jusqu'en 2017 dans dix hôpitaux de soins aigus. Cette vérification passe par l'élaboration systématique d'une liste exhaustive des médicaments et de ceux effectivement pris par le patient, comprenant le nom, la posologie, la fréquence et la voie d'administration (FSP, 2014 ; Ketchum et al., 2005). Cette liste est établie en collaboration avec le patient et sa famille, sur la base d'un entretien (FSP, 2014 ; Ketchum et al., 2005).

L'Association Suisse des Infirmiers et Infirmières (ASI ; 2011) traite des exigences et des nouveaux rôles possibles des infirmières. La collaboration interinstitutionnelle et interdisciplinaire permet d'élaborer des stratégies pour faire face aux problèmes de santé actuels et futurs. Une des problématiques touche les interfaces entre le domicile et les institutions, qui représentent un champ de développement important pour la profession infirmière.

### **Question de recherche**

Suite à ces différentes lectures, la question de recherche qui en découle est la suivante : Comment les infirmières peuvent-elles prévenir les erreurs médicamenteuses, en soins aigus, lors du transfert d'un patient vers un autre établissement, vers une autre unité de soins, ou lors du retour à domicile ?

### **Objectifs**

Cette revue de littérature tente de répondre à plusieurs thématiques concernant le rôle de l'infirmière dans la résolution de cette problématique touchant principalement le domaine médical. Elle essaie également de savoir si les pistes d'action actuelles et les moyens déjà mis en place seraient applicables en Suisse.

***Cadre de référence***

Cette revue de littérature s'appuie sur différents concepts comme la continuité des soins, l'erreur médicamenteuse ainsi que la qualité des soins. Le « Swiss Cheese Model » de Reason (2010) est choisi comme cadre théorique. En effet, ce modèle explique la manière dont les erreurs se produisent et donne certaines pistes pour leur gestion de manière générale.

### **Continuité des soins**

Selon Schaller et Gaspoz (2008), la continuité des soins est essentielle. Elle évite au patient une interruption dans la prise en charge, qui est due à un manque de coordination entre les soignants et à une fragmentation des soins. La continuité des soins se rapporte à la vision que le patient a de la prise en charge. Cette vision se base sur l'adéquation entre les soins reçus et les besoins du patient. Pour assurer la continuité des soins, les professionnels doivent coopérer et travailler en coordination pour que le patient bénéficie d'un maximum de qualité dans ses soins.

### **Erreur médicamenteuse**

Selon la Société Française de Pharmacie Clinique (2006), le terme « erreur de médication », souvent utilisé dans la littérature, est un terme désuet pour désigner l'erreur médicamenteuse. L'erreur médicamenteuse a lieu lorsque le patient reçoit une médication ne correspondant pas à ce qui devrait être réellement administré, que ce soit l'omission d'un médicament, le dosage erroné, la mauvaise voie d'administration ainsi que le suivi thérapeutique inadéquat. L'erreur médicamenteuse peut se produire à tout moment, y compris durant la transition de soins. Elle peut conduire à un événement indésirable.

### **Qualité des soins**

L'ASI (2007) explique la qualité des soins par trois missions importantes attribuées à l'infirmière. Premièrement, l'infirmière doit faire preuve de professionnalisme dans les soins en répondant aux principes éthiques de l'autonomie et de la bienfaisance. Elle doit aider le patient, quel que soit son état de santé, dans ses activités pour atteindre les objectifs fixés. Deuxièmement, l'infirmière doit assurer l'autonomie et la non-malfaisance en assurant des soins sécuritaires et en aidant le patient à se protéger contre ce qui pourrait le menacer. Finalement, l'infirmière prodigue des soins qui répondent au principe de justice en respectant les droits du patient et sans faire preuve de discrimination.

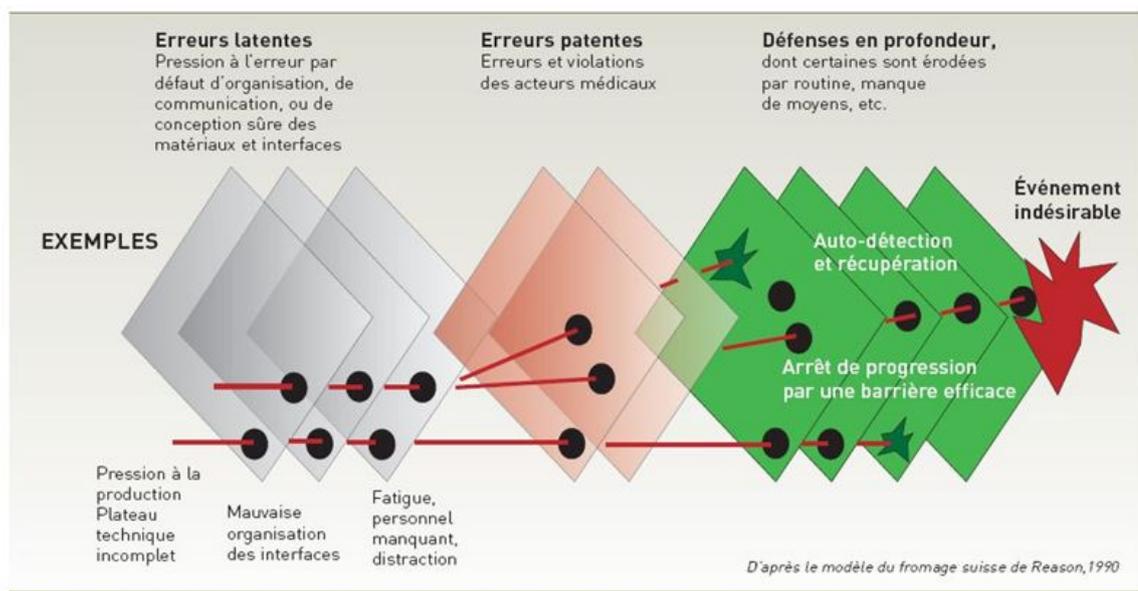
### **Swiss Cheese Model**

Brami et Amalberti (2010) expliquent que ce système permet une analyse systémique des faits afin de comprendre les causes profondes des erreurs. « Le visuel du modèle est constitué de plaques percées et empilées. Chaque plaque symbolise un niveau de sécurité du système » (Brami & Amalberti, 2010, p. 86).

Selon Brami et Amalberti (2010), les plaques des acteurs de première ligne (au centre) représentent les personnes qui travaillent. Les plaques des défenses en profondeur sont associées aux barrières humaines, matérielles ou immatérielles. Les plaques en amont désignent la conception et la gestion du système. Les différentes plaques du modèle ont des trous représentant les points plus faibles. Reason (2000) explique qu'idéalement, chaque couche est homogène, symbolisant ainsi un système de défense intact. En réalité, les trous restent continuellement ouverts, fermant et déplaçant leur emplacement. Ces trous n'engendrent pas forcément des conséquences néfastes. Il est donc nécessaire que les trous de

plusieurs défenses soient momentanément alignés afin de produire une trajectoire accessible aux accidents.

Sur la *Figure 1*, Brami et Amalberti (2010) décrivent les erreurs patentes comme les erreurs involontaires des personnes qui travaillent. Ces erreurs font partie de la nature humaine. Les défenses en profondeur permettent d'intercepter les erreurs avant qu'elles ne puissent exercer un effet sur le patient.



*Figure 1.* Le modèle du fromage suisse de James Reason

Source : Brami & Amalberti (2010)

L'analyse de l'erreur doit prendre en compte trois niveaux : « les défaillances des personnes qui sont au contact du patient, les défaillances des défenses prévues et les défaillances de la chaîne de management » (Brami & Amalberti, 2010, p. 88). Afin de développer une intervention efficace, il est important de cibler à quel niveau cette dernière doit être introduite (Brami et Amalberti, 2010 ; Reason, 2000). L'erreur peut par exemple se produire lors d'un oubli de l'infirmière quand elle

procède à l'anamnèse médicamenteuse lors de l'admission. D'un autre côté, l'erreur pourrait aussi être due à un document de transfert mal conçu. Finalement, si un nouvel outil ou une nouvelle procédure n'a pas été bien introduit auprès de l'équipe infirmière, cela pourrait constituer également une source d'erreur.

Reason (2000) affirme que l'être humain est faillible. Il distingue l'approche par la personne de l'approche par le système pour expliquer cette faillibilité. Selon la vision de l'erreur choisie, la philosophie de gestion des erreurs doit être adaptée puisque les causes sont différentes.

Pour Reason (2000), l'approche par la personne s'intéresse aux erreurs individuelles, principalement issues d'une inattention, d'une baisse de motivation, d'une distraction ou étourderie, d'une négligence ou d'une imprudence. Les incidents sont directement liés aux personnes qui les ont commis, comme par exemple les infirmières de par leur proximité avec le patient. Ces dernières sont personnellement jugées et peuvent donc subir des blâmes, des humiliations, des menaces de procès ou encore des mesures disciplinaires. Les contre-mesures visent la réduction des comportements humains non souhaités. Les partisans de cette approche pensent que l'être humain est libre de choisir d'adopter un comportement sécuritaire ou non, ce qui justifie l'attribution des responsabilités et le mode de punition. Cette approche se retrouve facilement dans les hôpitaux. Cibler l'origine des erreurs sur les individus laisse les erreurs provenant du contexte de côté, ce qui peut entraver le développement de l'institution.

Comme l'explique Reason (2000), l'approche par le système se concentre sur les conditions du travail individuel et essaie de monter des défenses pour éviter les erreurs ou réduire leurs effets. Ses partisans sont conscients de la faillibilité humaine et, selon eux, les erreurs sont attendues, même dans les meilleures

organisations. Elles sont les conséquences de la perversité de la nature humaine mais aussi des facteurs systémiques. Le processus organisationnel et les failles de la place de travail engendrent des erreurs récurrentes au sein de l'institution. L'idée centrale, lorsqu'un incident se produit, est de savoir comment et pourquoi le système de défense en place a échoué. Les conditions de travail peuvent être changées, mais pas la condition humaine. Le « Swiss Cheese Model » adhère à ce type d'approche. Les systèmes technologiques actuels se composent de différentes couches symbolisant différents niveaux de défense, comme expliqué plus haut. Les instruments informatiques, le personnel ou les contrôles administratifs en sont quelques exemples. Les échecs actifs et les conditions latentes créent des trous dans la défense. « Les échecs actifs sont des actes dangereux commis par des personnes qui sont en contact direct avec le patient ou le système. [...] Ils ont un impact direct et habituellement de courte durée sur l'intégrité des défenses » (Reason, 2000, p. 769). Les oublis, les moments d'inattention, le découragement ou encore la violation de procédure en sont quelques exemples. Les conditions latentes, quant à elles, comprennent des « agents pathogènes » résidant au sein du système. Elles sont issues de décisions provenant de personnes s'occupant d'un plus haut niveau de gestion, ou de divers collaborateurs. Ces décisions ont encore le potentiel d'être mal interprétées par les employés. Une prise de décision engendre un risque d'intrusion d' « agents pathogènes » dans le système. Ce type d'erreur prend sa source dans les conditions de travail. À l'hôpital, les facteurs de risque rencontrés sont la pression du temps, le sous-effectif, l'équipement inadéquat, la fatigue ou le manque d'expérience. Ils peuvent créer des faiblesses durables dans les défenses (alarmes et indicateurs peu fiables, procédure impraticable, etc.). Le terme « latente » suggère que ces « agents pathogènes » peuvent sommeiller dans le système un certain temps avant de se lier à des échecs

actifs ou d'autres facteurs déclencheurs locaux afin d'offrir une opportunité d'accident. Les partisans de cette approche favorisent les programmes de gestion accessibles avec comme cible la personne, la fonction, la place de travail et l'institution dans son ensemble. L'idée est de reconnaître la variabilité humaine comme une forme de compensation et d'adaptation qui influence les résultats. S'adapter à cette dynamique humaine préserve la sécurité du système. Les organisations travaillent très dur afin de maintenir un état d'esprit cohérent entre leurs employés, pour que chacun comprenne clairement les instructions et aspire aux mêmes buts. Ce type d'organisation a une préoccupation collective d'une possibilité d'échec. « Ils s'attendent à faire des erreurs et entraînent leur force de travail pour les reconnaître et les retrouver. [...] Au lieu de faire des réparations locales, ils cherchent des réformes de système » (Reason, 2000, p. 770).

Pour prévenir et remédier aux erreurs médicamenteuses aux points de transfert, il est nécessaire d'adapter le système, par exemple en formant les infirmières à travailler efficacement en interdisciplinarité et en utilisant correctement les outils mis en place (Reason, 2000). L'infirmière titulaire d'un master en soins infirmiers, l'infirmière clinicienne spécialisée et l'infirmière praticienne spécialisée travaillent en interdisciplinarité et en collaboration avec la hiérarchie afin d'adapter le système aux problèmes rencontrés par les équipes de soins (Morin & Eicher, 2012). Des groupes de projets au sein des équipes infirmières permettent également d'améliorer la qualité et la sécurité des soins en travaillant sur certaines problématiques, comme remarqué lors des stages.

## ***Méthode***

### Devis

Dans le cadre de ce travail, une revue de littérature a été réalisée sur la base des exigences de la filière Bachelor en soins infirmiers, par la lecture de six à dix articles scientifiques. Selon Mayer (2011), la question de recherche et les critères d'éligibilité guident la recension des écrits dans les bases de données. Une évaluation critique de la rigueur scientifique et de la qualité de chaque étude sélectionnée est nécessaire. La collecte et l'analyse systématique des articles permettent de résumer les différents résultats de manière objective (Fortin, 2010). Ainsi, cette revue de littérature vise la synthèse des données scientifiques afin d'obtenir des résultats probants pour la pratique professionnelle (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007).

### Bases de données

Les bases de données de recherche scientifique utilisées regroupent Pubmed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Banque de Données en Santé Publique (BDSP) et Google Scholar.

### Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Devis : tous	
Services : soins somatiques aigus (médecine, chirurgie)	Les services : soins intensifs, néonatalogie et psychiatrie
Années de parution : dans les 10 dernières années	Années de parution : plus de dix ans
Pays/Continent : Europe, Etats-Unis, Canada, Australie favorisés	Pays : en voie de développement
Langue : anglais, français et allemand	
Population visée : infirmières	

Tableau 1. Critères de recherche.

### Stratégies de recherche

Dans PubMed, le mot Mesh « *Medication Errors* » et le mot-clé « *Transitionnal Care* » ont été insérés avec les filtres « *Abstract available* » et une limite de publication à « *5 years* ». Six articles en sont ressortis. Suite à la lecture des titres et résumés individuels, les articles de Hohmann, Neumann-Haefelin, Klotz, Freidank et Radziwill (2014) et Costa, Poe et Lee (2011) ont été retenus. Une deuxième combinaison comprenant les mots-clés « *Patient Safety* » et « *Transitionnal Care* », avec les filtres « *Abstract and Free full text available* » et une limite de publication à « *10 years* », a donné 13 résultats. Suite à la lecture des titres et résumés individuels, l'article de Bayley, Savitz, Maddalone, Stoner, Hunt et Wells (2007) a semblé être le plus pertinent. Une troisième recherche a été effectuée avec les mots Mesh « *Medication Errors* » AND « *Patient Safety* » et le mot-clé « *Transitions Care* », avec les filtres « *Abstract available* » et une limite de publication à « *5 years* ». Cinq articles en sont ressortis. L'article de Kwan, Lo, Sampson et Shojanian (2013) a été sélectionné après lecture des titres et des résumés.

Dans BDSP, le terme « *Care Transition* » a fourni 19 articles dont celui de Coleman, Parry, Chalmers et Min (2006) qui a été retenu suite à la lecture des différents titres et résumés.

Dans CINAHL, sept articles ont été recensés avec les mots-clés « *Patient Discharge AND Medication Errors AND Patient Transfer* », avec les filtres « *Abstract available* » et une limite de publication entre « *2010 – 2014* ». Ceux de Boockvar, Livote, Goldstein, Nebeker, Siu et Fried (2010) et LaMantia, Scheunemann, Viera, Busby-Whitehead et Hanson (2010) ont été sélectionnés selon la pertinence de leur titre et de leur résumé.

L'article de Grandjean et al. (2009) a été trouvé par Berry Picking suite à la lecture des références bibliographiques du programme « Progress ! » par la FSP (2014). L'insertion de la source dans Google Scholar a permis d'obtenir le texte intégral de l'article.

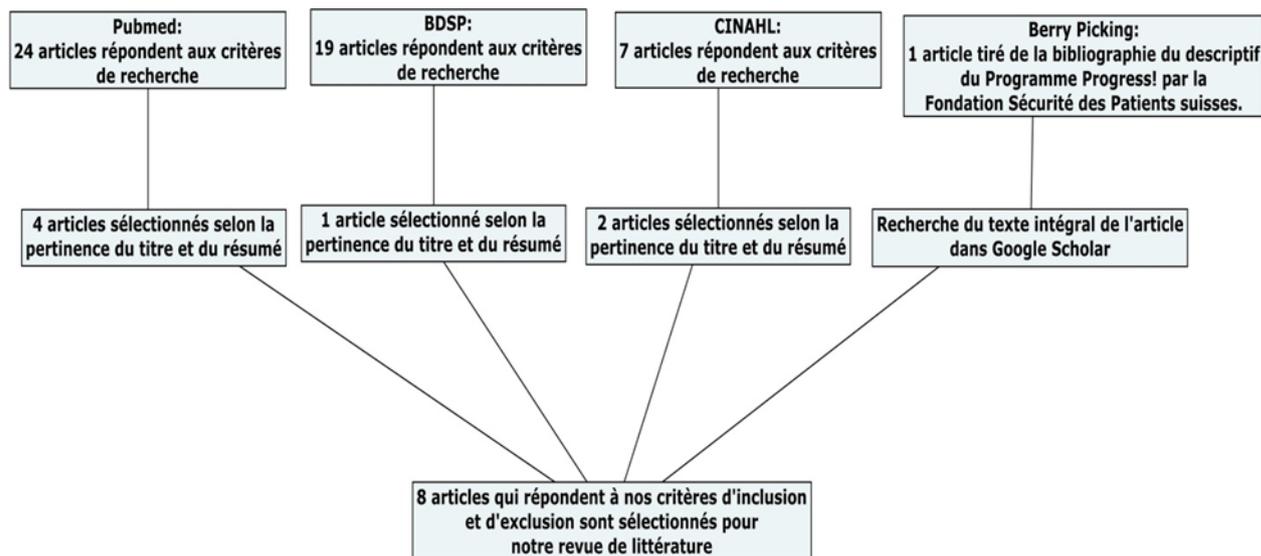


Figure 2. Processus de sélection des articles.

### Étapes d'analyse

Sept des articles sont écrits en anglais. Pour une meilleure compréhension, une première traduction en français a par conséquent été nécessaire.

Ensuite, chaque article scientifique a été analysé à l'aide de grilles tirées des livres de Fortin (2010) et Loiselle et Profetto-McGrath (2007). Une première grille a permis d'évaluer la rigueur méthodologique et la pertinence de l'article. Celle-ci a permis de juger l'article suivant plusieurs items comme le titre, le résumé, l'introduction, la méthode, les résultats, la discussion et deux questions générales. Elle propose trois réponses à choix : « oui », « non » et « peu clair ». Il y a la

possibilité d'ajouter un commentaire à côté de chaque item. Si l'article remplissait les critères, l'analyse à l'aide de la deuxième grille pouvait alors être effectuée. Cette dernière a permis de résumer les données et de ressortir les points principaux des chapitres suivants : le résumé, l'introduction, la méthode, les résultats, la discussion et la présentation générale. Chaque chapitre est lui-même subdivisé en sous-points permettant de conserver et de structurer toutes les informations importantes.

Les grilles utilisées pour l'évaluation et la lecture des articles sont disponibles dans l'Annexe D. Elles sont déjà remplies avec les commentaires respectifs.

Tous les résultats jugés probants ont été synthétisés et critiqués pour leur intégration dans ce travail. Les différentes interventions et points clés de tous les articles ont été choisis afin de répondre au mieux à la problématique de départ. Un tableau récapitulatif, en Annexe C, a également été élaboré afin de lister les différents résultats. Une synthèse thématique a été réalisée car elle semblait plus appropriée suite aux différents résultats obtenus. Ainsi, les résultats ou interventions similaires ont été regroupés puis classés par thèmes généraux. Créer de telles catégories a permis de mieux comprendre les interventions développées en vue de prévenir les erreurs médicamenteuses lors de la transition de soins.

## ***Résultats***

### **Traitement des données**

Suite à l'analyse critique des huit articles sélectionnés, celui de Grandjean et al. (2010) est exclu. En effet, cette étude observationnelle descriptive fournit des données intéressantes pour la problématique mais ne répond pas à la question de recherche. Les sept recherches retenues ont été publiées entre 2006 et 2014, dont cinq aux États-Unis, une au Canada et une dernière en Allemagne. Elles ont toutes reçu l'approbation d'une commission d'éthique. Ces sept études ont donc été jugées de bonne qualité de par leur rigueur méthodologique ainsi que par la pertinence des résultats en relation avec la question de recherche (Annexes C et D). Dans ce chapitre, ces différents résultats sont classés dans quatre catégories, selon les interventions testées : la réconciliation médicamenteuse, le dossier médical informatisé, les documents de transfert et le suivi téléphonique et à domicile.

#### ***Réconciliation médicamenteuse***

Dans les trois études qui traitent de la réconciliation médicamenteuse, les différents auteurs utilisent le terme anglophone de « medication reconciliation ». En français, il peut être traduit par « bilan comparatif des médicaments », « vérification systématique de la médication » ou encore « réconciliation médicamenteuse » (Grandjean et al., 2009 ; FSP, 2014). Un schéma explicatif en Annexe B illustre la définition suivante de Durán-García et al. (2012):

Processus formel de vérification de la liste complète et précise de la médication du patient avant son entrée et de sa comparaison avec la médication prescrite après la transition de soins (à l'admission, après le transfert vers une autre unité, à la sortie). (p.798)

Selon Bayley et al. (2007), le pharmacien est déjà reconnu en tant qu'agent de liaison efficace pour couvrir les failles d'un contexte de soins. Ces mêmes auteurs définissent le rôle du pharmacien de transition de soins de cette manière : « il évalue l'adéquation et l'efficacité de chaque médication, découvre les problèmes

d'adhérence et lésions potentielles dues à la médication, procure des plans pour des surveillances appropriées par les infirmières qui feront le suivi » (p. 696). D'après les recherches des auteurs, le pharmacien récolte des données plus complètes et précises sur l'historique du régime médicamenteux lors de l'entretien d'admission, en comparaison avec l'infirmière. Il est également plus efficace dans le bilan comparatif des médicaments. Une réduction significative du nombre d'erreurs peut être mise en parallèle avec la réduction des coûts engendrés par une réhospitalisation précoce. L'éducation procurée par les pharmaciens ainsi que le suivi par téléphone suite à la sortie diminuent les visites aux urgences. Ils occupent également la meilleure position pour personnaliser le régime médicamenteux des patients.

Kwan et al. (2013), par leur revue systématique de littérature, ont évalué l'effet du bilan comparatif des médicaments sur les contradictions jugées non intentionnelles au sein du traitement du patient. Ces contradictions comprennent des erreurs ou différences entre son traitement avant l'hospitalisation et celui prescrit à la sortie. L'efficacité est mesurée en fonction du taux de réadmission à l'hôpital ou d'une visite aux urgences dans les 30 jours suivant la sortie. Dans le cadre de ces études, ce sont les pharmaciens qui exercent le plus souvent ce bilan comparatif des médicaments. Dans un des articles retenus, une infirmière est désignée en temps qu'avocate de sortie. Elle s'occupe de la cohérence du traitement médicamenteux à la sortie, sans le soutien du pharmacien. D'après les estimations, une économie du rapport coût-efficacité serait significative grâce à ce type d'intervention. Les auteurs précisent bien que la réconciliation médicamenteuse à elle seule ne suffit pas à diminuer le taux de réhospitalisation après la sortie. On obtient plus de succès lorsque diverses composantes additionnelles à cette intervention sont incluses. En effet, trois essais cliniques

randomisés (RCT) démontrent une réduction significative de 23% des réadmissions par une intervention plus intensive. Deux RCT proposent notamment les conseils d'un pharmacien et un suivi par téléphone au cours des cinq jours suivants, en plus de la réconciliation des médicaments. Une réduction significative du taux d'évènements médicamenteux indésirables évitables est passée de 11% à 1%. Mais, au final, le total des évènements médicamenteux indésirables ne diffère pas des deux groupes. Kwan et al. (2013) remarquent que le bilan comparatif des médicaments n'est pas plus efficace pour une population ciblée sur les patients à haut risque. Ils supposent que cette population, souvent âgée et présentant diverses maladies chroniques, profite d'un traitement déjà stable depuis un certain temps. Un facteur de risque plus direct comprendrait des changements plus fréquents et récents dans la médication. Une autre RCT a été exclue du fait qu'elle mesurait le taux de recours à l'hôpital dans les 12 mois et non 30 jours après la sortie. Cependant, la stratégie de réconciliation médicamenteuse exercée démontre une réduction des réadmissions de 16%. Le pharmacien identifie les problèmes liés au traitement de manière générale (et non pas spécifiquement aux contradictions non intentionnelles), conseille les patients à l'admission et à la sortie, et téléphone après deux mois afin de s'assurer de la gestion adéquate du traitement à domicile. La réconciliation médicamenteuse, associée à d'autres composantes, est une intervention efficace en vue de prévenir les erreurs médicamenteuses lors de la transition de soins.

LaMantia et al. (2010), dans leur revue systématique de littérature, ont cherché à identifier et à évaluer des interventions permettant l'amélioration de la communication des listes précises de médicaments. Dans ce but, ils ont examiné une étude pré- et post-interventionnelle portant sur le bilan comparatif des médicaments effectué par un pharmacien. Les résultats montrent que le groupe

post-interventionnel a 2.3% d'événements médicamenteux indésirables liés à des contradictions dans la médication, tandis que le groupe pré-interventionnel présente 14,5% d'événements indésirables. Pour que les listes de médicaments soient plus précises, il est important que les registres de transfert soient bien structurés. L'usage optimal des médicaments peut être amélioré par le bilan comparatif de la médication effectué par un pharmacien. Cependant, cette intervention à elle seule ne suffit pas à assurer une continuité des soins optimale. Comme le mentionnent LaMantia et al. (2010), une meilleure continuité des soins est favorisée en combinant la communication entre les professionnels ; la préparation de la sortie ; la comparaison de la médication à l'admission et à la sortie ; un rendez-vous avec le médecin et la discussion des signes avant-coureurs.

Bayley et al. (2007), à travers leur étude quantitative descriptive, ont ciblé six tâches du pharmacien, telles que : 1. Concilier toutes les sources d'information pour produire une liste précise de médicaments des patients à l'admission 2. Fournir une sélection de médicaments, leur dosage, et d'autres recommandations pour les médecins hospitaliers durant le séjour à l'hôpital 3. Développer une liste compréhensive des médicaments de sortie 4. Conduire une éducation au patient à sa sortie 5. Transmettre les informations sur les médicaments à la sortie, incluant un suivi planifié par les médecins traitants 6. Contacter les patients par téléphone dans les trois à cinq jours après la sortie pour confirmer leur compréhension de la médication et répondre à leurs questions. 26% du temps du pharmacien clinique est attribué à la récolte de données sur l'historique et la compréhension du traitement médicamenteux. Il contrôle ainsi les éventuels problèmes d'adhérence, clarifie les dosages, différencie les véritables allergies des médicaments aux problèmes d'intolérance et apporte des ressources évidentes à l'équipe médicale. Deux heures sont consacrées à la sortie, soit à la préparation de la liste de médicaments pour la

sortie, les conseils au patient, le détail sur la suite du plan de soins à envoyer aux médecins traitants. Le pharmacien s'assure que le patient sorte de l'hôpital avec un régime médicamenteux sur le long terme et avec la reprise du traitement pris auparavant. Un des avantages du pharmacien est que son travail se substitue à celui des infirmières et des médecins. 30% des recommandations permettent de prévenir de sérieuses conséquences cliniques, notamment lors d'ajout de médicaments. Le pharmacien vérifie que le patient reçoive une liste complète comprenant les nouveaux médicaments et les substituts, et que les symptômes évalués soient soulagés. Une partie importante des interventions concerne la suppression de médicaments qui ne sont plus indiqués. 52% de ces suppressions sont confirmées par les résultats du laboratoire (prise de sang), ou une amélioration des symptômes, et 33% sont jugées inappropriées ou obsolètes (ex : un traitement aux œstrogènes pour une dame de 83 ans). L'équipe doit fournir des efforts pour collaborer avec le pharmacien. En effet, le pharmacien donne son expertise sur la reprise du traitement, la suppression de médicaments, le changement des dosages, l'identification des résultats de laboratoire critiques. En revanche, les infirmières peuvent par exemple s'occuper de la partie relative à la clarification des allergies, conseiller les patients et s'assurer qu'ils aient bien reçu les soins de prévention (ex : vaccins).

### ***Dossier médical informatisé***

Dans leur étude, Boockvar et al. (2010) ont examiné la fréquence des événements médicamenteux indésirables lors de transferts dans un groupe bénéficiant d'un dossier patient informatisé et dans un autre groupe ayant une forme papier. Ils ne trouvent aucune différence entre les deux groupes. Même si ce système donne accès à des informations importantes, le fait d'avoir un dossier

informatisé ne permet pas de réduire le nombre d'événements médicamenteux indésirables lors de transferts. D'après les chercheurs, ce résultat coïncide avec une étude précédente qui démontre que les événements médicamenteux indésirables dus à des erreurs dans l'ordonnance des médicaments sont communes, même dans un système informatisé. Boockvar et al. (2010) relie ce résultat au fait que le dossier informatisé, complet et lisible, augmente la probabilité de trouver des événements médicamenteux indésirables dans le dossier de soins. Le problème ne se situerait pas au niveau de la forme du dossier, mais au niveau du contenu, soit des informations complètes, précises et actualisées. Ils parlent aussi du petit échantillon des établissements étudiés, qui n'est pas représentatif, comme cause potentielle du résultat nul. Les obstacles à un bilan comparatif des médicaments efficace ainsi qu'à l'examen du traitement médicamenteux au moment du transfert dans un cadre informatisé comprennent des informations incomplètes ou imprécises ; une dépendance à l'ordinateur par les professionnels qui mène à des entretiens moins approfondis et à un examen des médicaments moins soigneux ; une mauvaise conception d'interface de l'ordinateur ; et des tâches simultanées pour les professionnels lors de surcharge de travail. Des outils informatiques spécifiques au bilan comparatif des médicaments devraient être mis en place pour obtenir un effet positif. De plus, Boockvar et al. (2010) proposent qu'une équipe de professionnels entièrement dédiée au bilan comparatif des médicaments devrait être constituée.

Kwan et al. (2013), dans leur revue systématique, ont également sélectionné une RCT qui teste l'intervention d'une « Web-based application », utilisant les dossiers électroniques de l'hôpital pour créer une liste de la médication en préadmission. Les événements médicamenteux indésirables potentiels ainsi que les contradictions au sein des traitements sont réduits de 0.72%. L'implantation de ce système électronique servirait aux pharmaciens et aux infirmières qui gèrent l'admission. Le

milieu clinique informatisé, comprenant le dossier médical électronique et les ordres médicaux, fait partie des aides à la réconciliation médicamenteuse. Cependant, certaines erreurs peuvent être ancrées dans le dossier des patients. Le médecin peut avoir accès à l'historique du patient, mais la précision de l'information est limitée puisque peu de possibilités sont disponibles pour vérifier la qualité des données auprès du patient ou d'autres sources.

### ***Documents de transfert***

Dans la revue systématique de littérature de LaMantia et al. (2010), les chercheurs ont trouvé une étude dans laquelle un document de transfert permettant d'améliorer la sécurité aux points de transfert entre une maison de retraite et un service d'urgence a été évalué. Un aspect important de ce document est qu'il permet d'inscrire le traitement médicamenteux ainsi que la dernière dose de médicament administrée. L'efficacité de ce document a été évaluée. Il en ressort que 88% des professionnels des soins d'urgence trouvent que ce formulaire facilite fortement les soins aux personnes âgées. 93% des professionnels rapportent également avoir mis moins de cinq minutes pour recueillir les données avec le formulaire. Cependant, LaMantia et al. (2010) rapportent que leur revue de littérature ne met pas en lumière des interventions permettant d'améliorer nettement la communication de la liste des médicaments.

Au sein de leur étude randomisée, Coleman et al. (2006) traitent de l'élaboration d'un dossier propre à la situation du patient. Ce dossier est détenu par le patient lui-même afin de faciliter le transfert des informations lors de la transition de soins. Cette intervention incite le patient à se montrer plus actif et à s'affirmer auprès des professionnels de la santé lors des transferts. Ce rapport personnalisé contient les données nécessaires à la coordination et à la continuité des soins à travers les

différents contextes. Par exemple, la liste des problèmes actuels, les médicaments et allergies, les directives anticipées, une liste de signes et symptômes à surveiller propres aux diagnostics du patient y sont insérés et actualisés. Ce dossier personnalisé s'inscrit dans une intervention plus large comprenant l'intervention d'une coach de transition, comme cela est expliqué plus bas. L'intervention, dans son ensemble, démontre des taux de réhospitalisation significativement réduits dans les 30, 90 et 180 jours qui suivent la sortie.

Hohmann et al. (2014), par leur étude randomisée, démontrent que l'utilisation d'un rapport structuré pour la médication comprise dans la lettre de sortie améliore l'adhérence du médecin traitant à la médication à la sortie de l'hôpital. En effet, les erreurs liées au traitement se déroulent le plus souvent lors de transferts d'informations incomplètes et imprécises entre l'hôpital et les médecins traitants. Le groupe de contrôle (CG) reçoit une lettre de sortie comprenant la médication actuelle, avec le nom commercial des médicaments et le dosage. Le pharmacien ajoute des informations détaillées au rapport du traitement médicamenteux, approuvées par le neurologue, dans la lettre de sortie du groupe avec l'intervention (IG). Les précisions apportées comprennent les raisons des changements (avec une formulation standardisée), la liste des noms commerciaux et des principes actifs, le moment où la médication commence et le moment où elle est stoppée. Les médecins traitants recevant cette lettre sont contactés trois mois après la sortie afin d'obtenir la médication actuelle du patient, ce qui permet aux chercheurs d'évaluer l'adhérence au traitement depuis la sortie. L'adhérence augmente significativement de 83.3% pour le CG à 90.9% pour l'IG. Les informations relatives aux médicaments ainsi qu'à leur indication sont nécessaires. Avec un retour de 53% des médecins traitants sur 111 contactés, ces informations détaillées sur la médication contribuent à améliorer la sécurité de la transition de soins. Grâce à cette collaboration

améliorée, les changements effectués lors de l'hospitalisation deviennent plus clairs pour les médecins traitants. La population-cible concerne uniquement les patients ayant subi un accident ischémique transitoire (AIT) ou un accident vasculaire cérébral (AVC). Le comportement des patients quant à la prise de leur traitement n'est pas évalué. La communication d'informations complètes et précises permet de réduire les erreurs médicamenteuses dans le traitement du patient à la suite de sa sortie.

### ***Suivi téléphonique et à domicile***

Coleman et al. (2006), dans leur étude randomisée, ont testé l'intervention d'une coach de transition afin d'assurer la continuité des soins. Ce rôle est rempli uniquement par une « advanced practice nurse », ce qui correspond en Suisse à une infirmière clinicienne spécialisée ou à une infirmière praticienne spécialisée (Morin & Eicher, 2012). Coleman et al. (2006) précisent que cette personne doit être capable de revoir les médicaments et de régler les contradictions dans la médication, d'aider les patients à communiquer leurs besoins aux différents professionnels de la santé ainsi que de les encourager à être le plus indépendant possible. Dans cette étude, la coach et le patient ont une première rencontre avant la sortie de l'hôpital, durant laquelle ils fixent un rendez-vous pour une visite à domicile, si possible dans les deux à trois jours qui suivent le départ de l'hôpital. Si le patient est transféré en réadaptation, la coach prend contact quotidiennement avec le patient afin de maintenir la continuité et de préparer la sortie à domicile. Les objectifs de cette intervention propres à la médication concernent les connaissances des médicaments ainsi que la gestion du traitement par le patient. Lors de la visite à l'hôpital, la coach discute de l'importance de connaître la médication et d'y adhérer. Dans un deuxième temps, la coach rencontre le patient et ses aidants à son

domicile afin de réaliser une liste de la médication cohérente entre la période de pré- et post-hospitalisation. Elle identifie les possibles divergences et procède à ses remédiations. Le traitement est revu avec le patient et les connaissances de ce dernier sont complétées sur les raisons, les instructions et les effets secondaires du traitement. La coach appelle trois fois dans les 28 jours suivant la sortie afin de répondre aux éventuelles questions concernant la médication. Cette intervention a apporté de réels bénéfices aux patients puisque les taux de réhospitalisation à 30, 90 et 180 jours suivant la sortie ont significativement diminué. Cette relation de coaching encourage l'investissement actif du patient dans ses soins, dans sa sécurité et dans ses transitions, notamment en ce qui concerne la gestion de sa médication. Elle fournit des outils au patient et à ses aidants afin d'améliorer la transition immédiate, mais aussi pour les transitions futures. En ayant à disposition une infirmière uniquement dédiée à cette tâche, elle peut s'occuper de plus de patients et éviter divers interfaces avec les professionnels de santé (infirmière de liaison, de soins à domicile ou autres). Une économie significative des coûts de réhospitalisation à 180 jours est également relevée.

Dans leur étude semi-expérimentale, Costa et al. (2011) ont tenté de démontrer l'importance du soutien aux patients dans la transition de soins par l'infirmière en collaboration avec le pharmacien. Cette intervention de coaching, se déroulant durant et après l'hospitalisation, vise à favoriser l'adhérence au traitement par le patient. L'infirmière s'assure que la liste des médicaments à l'admission soit complète et elle l'actualise dans le dossier de soins. Avec l'aide d'un pharmacien, elle procède également au bilan comparatif des médicaments entre l'admission et la sortie. Une visite à domicile 14 jours après la sortie permet à l'infirmière d'évaluer si le patient gère son régime médicamenteux, se procure ses médicaments, est organisé dans son traitement, prend effectivement ses médicaments et renouvelle

ses ordonnances. Les téléphones aux 60<sup>ème</sup> et 90<sup>ème</sup> jours suivant la sortie servent à vérifier si le patient a subi une nouvelle hospitalisation ou s'il a eu recours aux services d'urgences. 67% des participants ont des contradictions dans leur médication détectées lors des conversations téléphoniques ou lors des visites à domicile. 36 de ces contradictions sont détectées lors de 16 visites. Lors de dix visites sur 16, soit dans 62% des cas, l'infirmière a repéré des divergences dans le traitement qui n'avaient pas été relevées lors des appels téléphoniques. Sept des 25 patients, soit 28%, ont subi une hospitalisation durant la période de suivi, sans preuve que ce résultat soit lié à des contradictions dans la médication. Les problèmes dans la médication concernent en majorité une non adhérence, non intentionnelle, des patients. L'omission de médicaments est la cause principale. Le nombre de contradictions est significativement relié à la faible adhérence au régime médicamenteux. Afin de soutenir le patient et de coacher les aidants responsables de la médication, l'infirmière fournit et vérifie les semainiers. Cependant, l'échantillon de cette étude est petit. Les auteurs se demandent si des résultats similaires seraient ressortis avec une plus grande participation de patients. Dans le cas présent, l'infirmière joue un rôle actif tout en collaborant avec d'autres professionnels de la santé, afin de prévenir les erreurs médicamenteuses lors du retour à domicile.

## ***Discussion***

Dans ce chapitre, les résultats sont analysés afin de répondre à la question de recherche. Les résultats sont mis en lien avec le « Swiss Cheese Model ». Les limitations de cette revue de littérature, les implications pour la pratique infirmière dans le système de santé suisse ainsi que les perspectives pour les recherches futures sont également présentées.

### **Analyse des résultats**

Suite à l'analyse des résultats, les points importants pour la pratique infirmière sont mis en évidence. Selon les études retenues, la combinaison de plusieurs interventions, la pertinence du contenu de l'information communiquée et l'importance de la collaboration interdisciplinaire sont essentielles à la prévention des erreurs médicamenteuses lors des transferts. Le rôle autonome de l'infirmière dans ce domaine plutôt médical est décrit. Les choix de population divergent entre les études sélectionnées.

#### ***Combinaison de plusieurs interventions***

Plusieurs auteurs (Coleman et al., 2006 ; LaMantia et al., 2010 ; Boockvar et al., 2010 ; Costa et al., 2011 ; Kwan et al., 2013) insistent sur le fait que la combinaison de plusieurs interventions est nécessaire à la prévention des erreurs médicamenteuses lors des transferts. Les études qui testent uniquement une intervention ont des résultats moins significatifs que les études qui testent une combinaison entre plusieurs interventions. Par exemple, Boockvar et al. (2010) et LaMantia et al. (2010) ne démontrent pas d'amélioration significative du taux d'erreurs avec l'utilisation d'un dossier patient informatisé ou d'un autre document de transfert pour transmettre la liste des médicaments. En revanche, Coleman et al. (2006) démontrent l'efficacité d'associer une coach de transition et un rapport

personnalisé de la médication. Ce rôle de coach de transition est assuré par une infirmière clinicienne spécialisée ou une infirmière praticienne spécialisée. Costa et al. (2011) obtiennent également un meilleur taux de détection des contradictions dans le traitement médicamenteux lorsque la réconciliation médicamenteuse, le suivi par téléphone ainsi que la visite à domicile sont combinés. Kwan et al. (2013) démontrent l'efficacité de l'intervention d'un pharmacien à travers le bilan comparatif des médicaments lorsque ce dernier fournit également des conseils aux patients et assure un suivi téléphonique post-hospitalisation.

### ***Communication de l'information***

Une lacune importante concerne le contenu des informations transmises aux professionnels de la santé quant au régime médicamenteux. En effet, elles sont souvent décrites comme incomplètes ou imprécises, ce qui favorise les erreurs ou les contradictions dans le traitement des patients à leur sortie. Boockvar et al. (2010), suite à leur résultat nul, supposent que le problème ne provient pas de la forme du dossier informatisé mais du contenu des informations. Kwan et al. (2013) soutiennent la transmission des informations par un système informatisé mais insistent sur le fait de toujours vérifier la qualité et la pertinence des données. Ils appuient également l'importance du recueil de l'historique des médicaments à l'admission avant d'envisager une réconciliation médicamenteuse ou une autre intervention pour prévenir les erreurs à la sortie.

En comparaison avec l'expérience pratique vécue, l'infirmière accueille le patient et recueille l'historique des médicaments lors de l'anamnèse d'entrée. Selon les établissements, l'infirmière ou le médecin entrent ces informations dans le dossier de soins. Il revient donc à l'infirmière d'avoir une certaine rigueur pour lister le régime médicamenteux de manière complète et précise. Si le travail d'entrée est

bien fait, le risque d'erreur à la sortie diminue. Hohmann et al. (2014) ont mis au point un rapport détaillé de la médication dans la lettre de sortie. Lors des stages effectués, il revenait souvent à l'infirmière de vérifier et d'expliquer tous les papiers de sortie au patient. Si la partie concernant la médication est écrite de manière claire et précise, il lui est plus facile de repérer les contradictions, de transmettre les informations pertinentes et de faire l'enseignement nécessaire au patient.

### ***Collaboration***

Dans trois études (Bayley et al., 2007 ; Costa et al., 2011 ; Hohmann et al., 2014), les auteurs rapportent que la collaboration entre les professionnels est primordiale. Bayley et al. (2007) mentionnent clairement l'importance d'une collaboration entre l'infirmière, le pharmacien et le médecin. Les tâches du pharmacien se substituent aux tâches des infirmières et des médecins. Cependant, les auteurs insistent sur le fait que l'équipe doit collaborer avec le pharmacien et non simplement en dépendre. En revanche, Kwan et al. (2013) relèvent, dans une des études sélectionnées, qu'une infirmière est désignée en temps qu'avocate de sortie. Elle s'occupe de la cohérence du traitement médicamenteux à la sortie sans le soutien du pharmacien, mais les auteurs ne détaillent malheureusement pas les résultats spécifiques à cette intervention.

En regard de l'expérience acquise lors des stages, parmi les six tâches du pharmacien ciblées par Bayley et al. (2007), l'infirmière peut aider à produire une liste précise de la médication du patient à l'admission, transmettre les informations sur les médicaments à la sortie et prodiguer au patient l'enseignement relatif au traitement au moment de la sortie.

### ***Types de population***

Les sept études intégrées dans cette revue de littérature s'intéressent à diverses populations. La plupart se sont concentrées sur des patients âgés et/ou souffrants de maladies chroniques en pensant que ces personnes sont plus à risque de subir des erreurs médicamenteuses lors des transferts en raison de leur polymédication (Costa et al., 2011 ; LaMantia et al., 2010 ; Boockvar et al., 2010 ; Kwan et al., 2013). Suite à leurs résultats, Kwan et al. (2013) supposent que les patients âgés et chroniques ont souvent un traitement stable, donc sans problème de contradictions. La réconciliation médicamenteuse n'est donc pas forcément utile pour eux. Les auteurs pensent qu'il serait mieux de cibler les patients ayant subi des changements fréquents ou récents. Bayley et al. (2007) s'intéressent à une population à risque plus précise ne touchant pas forcément les deux critères ci-dessus, tels que des patients avec de multiples médicaments, des médicaments jugés à haut risque, de l'inexpérience concernant leur régime médicamenteux et des motifs d'hospitalisation en rapport avec leur médication. Hohmann et al. (2014), quant à eux, ont travaillé uniquement avec des patients ayant subi un AIT ou un AVC, sans préciser la gravité de l'état des patients. Les populations à haut risque sont donc souvent ciblées bien que la prévention des erreurs médicamenteuses devrait être systématiquement appliquée à tous les transferts de patients.

### **Réponse à la question de recherche en lien avec le cadre de référence**

Par cette revue de littérature, il est désormais possible de répondre à la question de recherche : comment les infirmières peuvent-elles prévenir les erreurs médicamenteuses, en soins aigus, lors du transfert d'un patient vers un autre établissement, vers une autre unité de soins ou lors du retour à domicile ?

Selon le « Swiss Cheese Model » de Reason (2000), il est plus efficace de se baser sur une approche par le système que de se concentrer sur les personnes considérées comme cause de l'erreur. En prenant l'exemple des moustiques, il ne sert à rien de faire une chasse individuelle pour s'en débarrasser définitivement, mais il est plus efficace de s'attaquer à la source du problème, c'est-à-dire au marais. Ainsi, comprendre les conditions latentes aux accidents permet d'identifier et de résoudre les problèmes avant qu'une erreur médicamenteuse ne se produise. Dans les soins, les infirmières sont souvent pointées du doigt lors d'erreurs médicamenteuses et blâmées afin que ceci ne se reproduise plus. Or, si le système ne fournit pas les outils ou moyens adaptés, ces accidents professionnels continueront à se produire. Les interventions issues des études nécessitent des réformes du système afin d'être implantées et permettre une réduction des erreurs médicamenteuses lors des transferts. La collaboration de l'équipe infirmière et médicale avec un pharmacien semble efficace pour résoudre cette problématique. Il est également nécessaire de développer un document de transfert afin d'assurer une transmission des informations complètes et précises concernant les médicaments. Un suivi téléphonique et/ou à domicile après la sortie de l'hôpital, à différents moments, permet de résoudre les contradictions dans la médication et de s'assurer que le patient gère correctement son régime médicamenteux. Ce suivi peut être effectué par l'infirmière de manière autonome ou en collaboration avec un pharmacien. Toutes ces interventions devraient être combinées afin d'obtenir de meilleurs résultats. Le National Quality Forum, cité par LaMantia et al. (2010), appuie cette recommandation. Il affirme que quatre domaines, dont les soins de transition font partie, doivent être mesurés pour évaluer la qualité des soins de coordination, soit la qualité de la communication entre les professionnels de santé,

la qualité des informations et la compétence des services d'assurer des soins après le transfert des patients.

### **Limites**

Cette revue de littérature comporte certains points forts. En effet, cette thématique n'a jamais été traitée dans un travail de Bachelor en soins infirmiers au cours des quatre dernières années à la Haute École de Santé de Fribourg. Peu de moyens spécifiques sont mis en place en Suisse pour prévenir ce type de problème. D'ailleurs, pour l'OFSP, améliorer la sécurité de la médication aux interfaces de soins fait partie du plan « Santé 2020 ». Toutes les études datent de moins de dix ans, dont cinq ont été publiées dans les cinq dernières années. Leurs résultats sont donc considérés comme récents et actuels. Cette revue de littérature donne un aperçu des interventions testées dans différents pays pour résoudre ce problème. De plus, les systèmes de santé de ces différents pays sont relativement similaires au système suisse. Leur transférabilité est donc envisageable. Ces études ont un devis quantitatif ou sont des revues de littérature, ce qui élève leur niveau de preuve.

Cependant, quelques limites sont également à prendre en compte. Deux études (Costa et al., 2011 ; LaMantia et al., 2010) contiennent de petits échantillons donnant des pistes prometteuses mais ne permettant pas de généraliser les résultats. Ces pistes devraient être testées dans des établissements différents et avec un plus grand nombre de participants.

La plupart des études (Hohmann et al., 2014 ; Kwan et al., 2013 ; Coleman et al., 2006 ; LaMantia et al., 2010) concernent le domaine médical plutôt qu'infirmier. Même si ces interventions sont médicales, elles ont tout de même un impact sur le travail infirmier. En effet, l'infirmière est proche du patient et coordonne les

interventions des différents professionnels de la santé. Ceci l'amène à pouvoir réaliser certaines interventions et ainsi collaborer avec l'équipe interdisciplinaire pour prévenir les erreurs médicamenteuses lors des transferts.

Boockvar et al. (2010) et LaMantia et al. (2010) n'ont pas trouvé de résultats clairement significatifs pour la pratique. Il en ressort certaines pistes à exploiter lors de recherches futures, comme des outils informatiques spécifiques à la réconciliation médicamenteuse combinés à des documents de transfert améliorant la qualité des informations transmises.

Les critères d'évaluation du travail de Bachelor limitent la recension entre six à dix articles. L'inclusion d'un plus grand nombre d'études touchant les soins infirmiers et la mise à disposition de plus de temps pour réaliser cette revue de littérature auraient certainement permis une analyse plus approfondie et détaillée de cette problématique.

### **Implications pour la pratique**

A travers cette revue de littérature, quelques points importants pour la pratique infirmière ont pu être mis en évidence. Les différentes interventions sont testées dans des pays où l'infirmière ne peut pas forcément les réaliser. En Suisse, son cahier des charges permet d'en adapter certaines.

En Suisse, l'infirmière possédant un master, l'infirmière clinicienne spécialisée et l'infirmière praticienne spécialisée ont plus de possibilités d'appliquer ces interventions, notamment celle de coach de transition. Ces infirmières travaillent en interdisciplinarité avec les autres professionnels de la santé ainsi qu'avec les équipes infirmières afin d'adapter le système en vue d'améliorer la continuité, la qualité et la sécurité des soins (Morin & Eicher, 2012). L'infirmière praticienne

spécialisée peut même prescrire certains médicaments et en assurer le suivi et les ajustements (Morin & Eicher, 2012). Cette compétence serait idéale pour assurer le bilan comparatif des médicaments et assurer un suivi à domicile.

L'infirmière diplômée « standard » peut assurer une anamnèse d'entrée efficace grâce à des documents de transfert afin d'obtenir des informations complètes et précises sur la médication actuelle. Elle peut également vérifier les papiers de sortie préparés par le médecin et les expliquer lors de leur remise au patient. Comme mentionné ci-dessus, lors des stages effectués dans le canton de Fribourg, il revenait à l'infirmière d'effectuer ces tâches.

L'idéal serait de collaborer directement avec un pharmacien dans les services de soins aigus. Certaines tâches lui seraient ainsi attribuées mais il serait également d'un grand soutien et une source importante d'informations et de conseils pour l'équipe infirmière et médicale. Cependant, d'importantes réformes seraient nécessaires pour leur implication dans les services de soins aigus.

### **Perspectives futures**

De futures recherches sont nécessaires pour approfondir la prévention des erreurs médicamenteuses lors du transfert d'un patient, d'un point de vue infirmier. La collaboration avec un pharmacien, la coach de transition et la réconciliation médicamenteuse devraient être testées dans le système suisse. L'OFSP, en collaboration avec la FSP, testent en ce moment un programme pilote sur la vérification systématique de la médication dans dix hôpitaux suisses. Les résultats seront disponibles en 2017.

En prenant cette problématique sous un autre angle, il serait intéressant d'approfondir les moyens visant à assurer des transmissions orales et écrites de

qualité. Cela permettrait d'inclure les erreurs médicamenteuses tout au long de l'hospitalisation, comprenant le moment de l'admission, les changements d'équipe et le moment de la sortie. Les transmissions orales et écrites représentent un aspect important en vue d'assurer la sécurité du patient lors de son transfert.

## ***Conclusion***

En réponse à la question de recherche de cette revue de littérature, des pistes d'intervention sont données afin de prévenir les erreurs médicamenteuses en soins aigus lors du transfert d'un patient.

Ces pistes proposent d'effectuer une réconciliation médicamenteuse du traitement de l'admission avec celui de la sortie, avec ou sans la collaboration d'un pharmacien ; d'utiliser un document de transfert incluant une liste précise du régime médicamenteux ; et d'assurer un suivi téléphonique ou à domicile pour s'assurer de la bonne gestion du traitement par le patient. L'idéal serait de pouvoir combiner plusieurs de ces interventions.

En Suisse, peu d'interventions sont mises en place pour prévenir les erreurs médicamenteuses lors des transferts. D'un point de vue infirmier, l'infirmière titulaire d'un master, l'infirmière clinicienne spécialisée et l'infirmière praticienne spécialisée sont les plus à même de réaliser les interventions recensées par cette revue de littérature. Cependant, toutes les infirmières travaillant en soins aigus peuvent d'elles-mêmes assurer une certaine rigueur dans l'anamnèse d'entrée du patient quant à son régime médicamenteux. Il leur revient également de vérifier les documents de sortie avant de les expliquer aux patients de manière claire et précise.

Cette thématique devrait sensibiliser tous les professionnels de la santé ainsi que les plus hauts niveaux d'organisation aux erreurs médicamenteuses se produisant principalement lors de la transition de soins. Le moyen le plus efficace afin de répondre à cette problématique et d'améliorer la sécurité des patients serait d'entreprendre une réforme plus ou moins importante du système de santé suisse.

***Liste des références bibliographiques***

- Association suisse des infirmières et infirmiers. (2007). Position éthique 2 : la responsabilité et qualité dans les soins infirmiers. Accès : [http://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop\\_downloads/fr/Ethische\\_Standpunkte\\_2\\_f.pdf](http://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop_downloads/fr/Ethische_Standpunkte_2_f.pdf)
- Association suisse des infirmières et infirmiers. (2011). Les soins infirmiers en Suisse perspectives 2020. Accès : [http://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop\\_downloads/fr/Perspektive2020-fr.pdf](http://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop_downloads/fr/Perspektive2020-fr.pdf)
- Bayley K. B., Savitz L. A., Maddalone T., Stoner S. E., Hunt J. S. & Wells R. (2007). Evaluation of patient care interventions and recommendations by a transitional care pharmacist. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 3(4), 695-703.
- Boockvar, K. S., Livote, E. E., Goldstein, N., Nebeker, J. R., Siu, A., & Fried, T. (2010). Electronic health records and adverse drug events after patient transfer. *Quality and Safety in Health Care*, 19(16), 1-5.
- Brami, J. & Amalberti, R. (2010). *La sécurité du patient en médecine générale*. Paris : Springer-Verlag France.
- Coleman E. A., Parry C., Chalmers S. & Min S.-J. (2006). The Care Transitions Intervention. *Internal Medicine*, 166, 1822-1828.
- Costa L. L. & Poe S. S. (2011). Challenges in Posthospital Care. Nurses as Coaches for Medication Management. *Journal of Nursing Care Quality*, 26(3), 243-251.
- Durán-García E., Fernandez-Llamazares C. M. & Calleja-Hernández M. A. (2012). Medication reconciliation : passing phase or real need ? *International Journal of Clinical Pharmacy*, 34, 797-802.
- Elliott, R. A., Tran, T., Taylor, S. E., Harvey, P. A., Belfrage, M. K., Jennings, R. J., & Marriott, J. L. (2012). Gaps in continuity of medication management during the transition from hospital to residential care: an observational study (MedGap Study). *Australasian journal on ageing*, 31(4), 247-254.
- Fondation pour la Sécurité des Patients, Suisse (2014). *L'apprentissage à partir des erreurs renforce la sécurité des patients à l'hôpital*. [Communiqué de presse]. Bâle : Fondation pour la Sécurité des Patients, Suisse. Accès : <http://www.patientsicherheit.ch/fr/info-medias/Communiqu-s-de-presse.html>
- Fondation Sécurité des Patients Suisse (2014). *Programme pilote progress! La sécurité de la medication aux interfaces. Sécurité de la medication. Vérification systématique* !. Accès : [http://www.patientsicherheit.ch/dms/fr/leistungen/Programmbeschrieb\\_progress--SM\\_V1\\_20140711\\_Franz/Descriptif-programme\\_V1.1.pdf](http://www.patientsicherheit.ch/dms/fr/leistungen/Programmbeschrieb_progress--SM_V1_20140711_Franz/Descriptif-programme_V1.1.pdf).
- Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> édition). Montréal : Chenelière Education.

- Foust, J. B., Naylor, M. D., Boling, P. A., & Cappuzzo, K. A. (2005). Opportunities for improving post-hospital home medication management among older adults. *Home health care services quarterly*, 24(1-2), 101-122.
- François, O. (2013). Sécurité de la médication aux interfaces. *Info santé Suisse*, 3, 12-13. Accès: [https://www.santesuisse.ch/icms/pubinhalte/uploads/fr\\_iss-nr-03-2013-fr-12-13.pdf](https://www.santesuisse.ch/icms/pubinhalte/uploads/fr_iss-nr-03-2013-fr-12-13.pdf)
- Grandjean, C., Von Gunten, V., Marty, S., Meier, P. & Beney, J. (2009). De l'anamnèse d'entrée à l'ordonnance de sortie : continuité des traitements médicamenteux des patients hospitalisés dans un hôpital régional suisse. *Journal de Pharmacie Clinique*, 28(3), 151-156.
- Hochreutener, M.-A. & Meyer-Masseti, C. (2010). *Drug Event Monitoring DEM-SMM - Mesurer la sécurité des médicaments et de la médication dans les hôpitaux suisses*. Accès : [http://www.patientensicherheit.ch/.../4115\\_medienmitteilung\\_DEM\\_mai10\\_f.pdf](http://www.patientensicherheit.ch/.../4115_medienmitteilung_DEM_mai10_f.pdf)
- Hohmann C., Neumann-Haefelin T., Klotz J. M., Freidank A., Radziwill R. (2014). Providing systematic detailed information on medication upon hospital discharge as an important step towards improved transitional care. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 39, 286-291.
- Institute for Safe Medication Practices. (2011). *Optimiser l'usage sécuritaire médicaments aux points de transfert*. Accès : [https://www.ismp-canada.org/download/MedRec/MedRec\\_National\\_Summitreport\\_Feb\\_2011\\_french.pdf](https://www.ismp-canada.org/download/MedRec/MedRec_National_Summitreport_Feb_2011_french.pdf)
- Ketchum, K., Grass, C. A., & Padwojski, A. (2005). Medication reconciliation: verifying medication orders and clarifying discrepancies should be standard practice. *The American Journal of Nursing*, 105(11), 78-85.
- Kraft, P. (2009). Médicaments : publicité mensongère et mauvais usage menacent la sécurité. Etudes faussées, promesse fallacieuses et erreurs de médication. *Info santé suisse*, 3, 12-13. Accès : [https://www.santesuisse.ch/icms/pubinhalte/uploads/fr\\_taeuschungf.pdf](https://www.santesuisse.ch/icms/pubinhalte/uploads/fr_taeuschungf.pdf)
- Kwan J. L., Lo L., Sampson M. Shojania K. G. (2013). Medication Reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy. A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 158(5), 397-403.
- LaMantia, M. A., Scheunemann, L. P., Viera, A. J., Busby-Whitehead, J., & Hanson, L. C. (2010). Interventions to improve transitional care between nursing homes and hospitals: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(4), 777-782.
- Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI
- Manno, M. S., & Hayes, D. D. (2006). BEST-PRACTICE INTERVENTIONS: How medication reconciliation saves lives. *Nursing*, 36(3), 63-64.

- Mayer, H. (2011). *Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung* (3<sup>ème</sup> édition). Vienne : Facultas
- Morin, D. & Eicher, M. (2012) La pratique infirmière avancée. *Revue médicale Suisse*, 8, 1680-1681.
- Office Fédéral de la Santé Publique (2015). Assurance qualité. Stratégie en matière de qualité dans le système de santé Suisse. Accès : <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/14791/index.html?lang=fr>
- Reason, J. (2000). Human error : models and management. *British Medical Journal*, 320, 768-770.
- Schaller, P. & Gaspoz, J.-M. (2008). Continuité, coordination, intégration des soins: entre théorie et pratique. *Revue Médicale Suisse*, 172, 2034-3039. Accès : <http://rms.medhyg.ch/numero-172-page-2034.htm>
- Schwappach, D. (S.d.). Paper of the Month #16 – Sécurité des médicaments améliorée par une intervention structurée auprès des soignants. *Fondation pour la Sécurité des Patients, Suisse*. Accès : <http://www.patientensicherheit.ch/fr/publications/Paper-of-the-Month.html>
- Schwappach, D. (S. d.). Paper of the Month #17 – Influence d'une analyse préalable du risque sur le comportement en matière de déclaration dans les systèmes de déclarations des erreurs. *Fondation pour la Sécurité des Patients, Suisse*. Accès : <http://www.patientensicherheit.ch/fr/publications/Paper-of-the-Month.html>
- Schwappach, D. (S. d.). Paper of the Month #21 – Fréquence et caractéristiques des incidents liés au transfert de la prise en charge documentés dans un système de déclaration interne. *Fondation pour la Sécurité des Patients, Suisse*. Accès : <http://www.patientensicherheit.ch/fr/publications/Paper-of-the-Month.html>
- Schwappach, D. (S. d.). Paper of the Month #41 – Adaptations fréquentes de la médication pendant et après une hospitalisation. *Fondation pour la Sécurité des Patients, Suisse*. Accès : <http://www.patientensicherheit.ch/fr/publications/Paper-of-the-Month.html>
- Schwappach, D. (S. d.). Paper of the Month #43 – Réduction des erreurs et des événements indésirables par une amélioration de la transmission. *Fondation pour la Sécurité des Patients, Suisse*. Accès : <http://www.patientensicherheit.ch/fr/publications/Paper-of-the-Month.html>
- Société Française de Pharmacie Clinique. (2006). Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse 1ère édition. Accès : [http://www.omedit-basse-normandie.fr/gallery\\_files/site/1533/1534/1571/2192/2824/4679.pdf](http://www.omedit-basse-normandie.fr/gallery_files/site/1533/1534/1571/2192/2824/4679.pdf)

## ***Annexes***

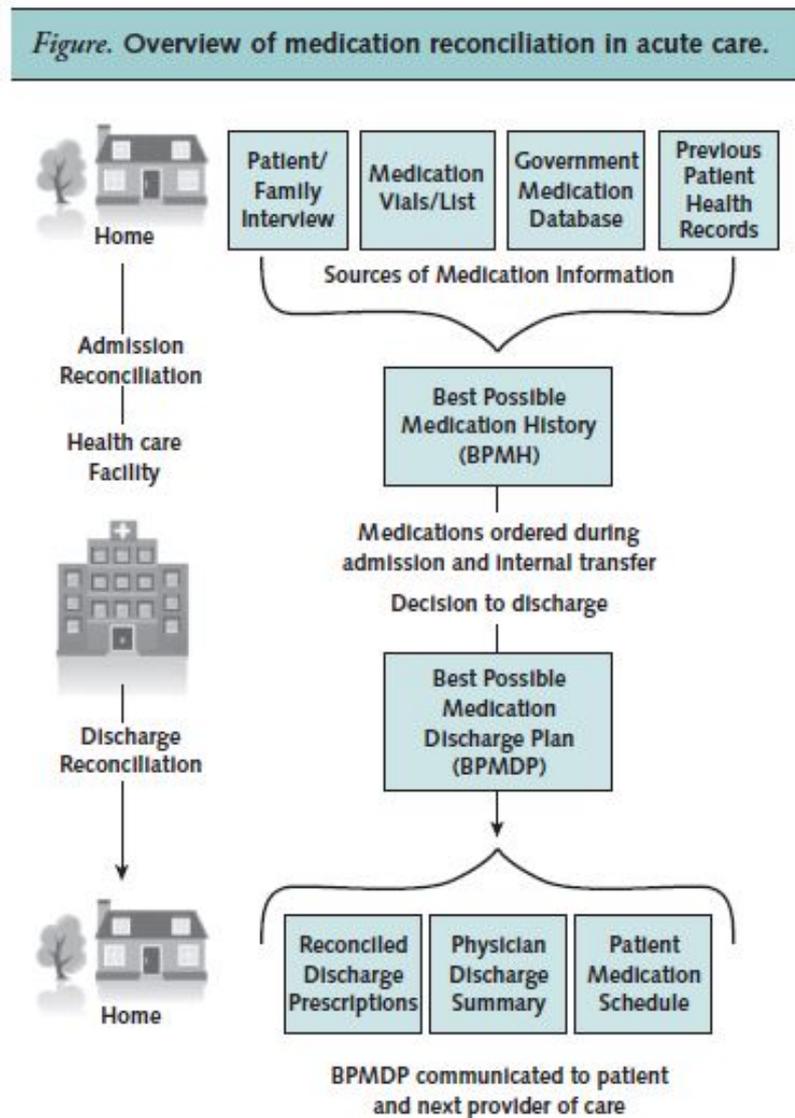
***Annexe A***  
***Déclaration d'authenticité***

« Nous déclarons avoir réalisé ce travail nous-mêmes, conformément aux directives. Les références utilisées dans le travail sont nommées et clairement identifiées. »

Chloé Python et Pauline Roulin

***Annexe B***

***Schéma de la réconciliation médicamenteuse***



Adapted, with permission, from Fernandes OA. Medication reconciliation. *Pharmacy Practice*. 2009;25:26.

Source : Kwan, Lo, Sampson et Shojania (2013)

**Annexe C*****Tableau récapitulatif des résultats***

Auteurs, année, pays	Devis	Echantillon, lieu	Méthode	Type d'intervention	Résultats
Bayley K. B., Savitz L. A., Maddalone T., Stoner S. E., Hunt J. S. & Wells R., 2007, United States	Quantitatif descriptif	N = 483, de l'hôpital à la sortie à domicile, à Portland	Observation de l'impact des interventions des pharmaciens lors de transition de soins	Interventions et recommandations d'un pharmacien dans la transition de soins	L'efficacité dans le service est atteinte si l'équipe fournit des efforts plutôt que de simplement dépendre du pharmacien.
Boockvar K. S., Livote E. E., Goldstein N., Nebeker J. R., Siu A., & Fried T., 2010, United States	Étude observationnelle de cohorte	N = 469, entre 7 maisons de retraite et 3 hôpitaux à New York et dans le Connecticut	Comparaison entre 2 groupes : US Veterans Affairs patients avec un dossier médical électronique (n=226) et un groupe de non-Veterans Affairs patients sans dossier médical électronique (n=243)	Usage du dossier médical électronique de l'US Department of Veterans Affairs lors de transition de soins	Aucune différence significative entre les 2 groupes ne ressort dans tous les résultats concernant les contradictions dans la médication, les contradictions dans les médicaments à haut risques, les événements indésirables causés par des contradictions dans la médication.
Coleman E. A., Parry C., Chalmers S. & Min S.-J., 2006, United States	Essai clinique randomisé contrôlé	N = 750, de l'hôpital à la sortie à domicile, dans le Colorado	Mesure du taux de réhospitalisation à 30, 90 et 180 jours. Comparaison d'un groupe contrôle recevant des soins habituels et le groupe qui reçoit les interventions.	1. Outils pour promouvoir la communication entre sites 2. Encouragement des patients et leurs aidants/personnel soignant de prendre un rôle actif dans	Les patients avec interventions ont des taux de réhospitalisation significativement plus bas à 30 (P=0.048), 90 (P=0.04) et 180 (P=0.046) jours.

				leurs soins et affirmer leurs préférences	
				3. « Coach de transition »	
Costa L. L., Poe S. S. & Lee M. C., 2011, United States	Étude quasi – expérimentale (étude pilote)	N = 25, de l'hôpital à la sortie à domicile, à Baltimore	Interviews structurés basés sur The Moriski Medication Adherence Scale par téléphone par les infirmières et visites à domicile	1. Suivi par téléphone 48h, 30, 60 et 90 jours après la sortie 2. Visite à domicile 14 jours après la sortie (par l'infirmière mais avec le soutien d'un pharmacien)	Des contradictions dans la médication ont été trouvées chez 67% des participants. La visite à domicile a permis de détecter plus de contradictions dans la médication.
Hohmann C., Neumann-Haefelin T., Kloz J. M., Freidank A. & Radzwill R., 2014, Germany	Essai randomisé contrôlé	N = 312, de l'hôpital à la sortie à domicile, à Fulda	Mesure de l'adhérence au traitement 3 mois après la sortie auprès des médecins traitants, entre le groupe qui reçoit une lettre de sortie rédigée par le médecin (CG) et celui qui reçoit une lettre rédigée par le pharmacien (IG)	Développement d'un rapport structuré des médicaments à intégrer dans la lettre de sortie pour le médecin traitant	L'adhérence a augmenté significativement de 83.3% pour le CG à 90.9% pour le IG (P = 0.01). L'utilisation d'un rapport structuré pour la médication dans une partie de la lettre de sortie conduit à améliorer l'adhérence à la médication à la sortie de l'hôpital.
Kwan J. L., Lo L., Sampson M. & Shojania K. G., 2013, Canada	Revue systématique	18 études, de l'hôpital à la sortie à domicile	Recherche d'articles scientifiques dans les banques de données MEDLINE, EMBASE, Cochrane Central	« Medication reconciliation » = bilan comparatif de la médication	Les pharmaciens exercent la réconciliation des médicaments dans 17 des 20

			Register of Control Trials		interventions. La réconciliation des médicaments groupée avec d'autres interventions peut mener à une amélioration de la qualité des transitions de soin.
LaMantia M. A., Scheunemann L. P., Viera A. J., Busby-Whitehead J. & Hanson L. C., 2010, United States	Revue systématique	5 études, de l'hôpital à la sortie en maison de retraite	Recherche d'articles scientifiques dans les banques de données MEDLINE, ISI Web, EBSCO Host, dès juin 2008.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Document de transfert</li> <li>2. Bilan comparatif des médicaments</li> </ol>	<p>Une forme standardisée de transfert de patient peut aider à la communication de la liste de médicaments. Une revue de la liste des médicaments guidée par le pharmacien peut aider à identifier l'omission ou l'indication de médicaments durant le transfert.</p>

***Annexe D***

***Grilles de lecture et d'analyse critique des articles scientifiques***

**Grille de lecture d'un article scientifique  
Approche quantitative**

<b>Aspects du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Boockvar, K. S., Livote, E. E., Goldstein, N., Nebeker, J. R., Siu, A., & Fried, T. (2010). Electronic health records and adverse drug events after patient transfer. <i>Quality and Safety in Health Care</i> , 1-5.
<b>Résumé</b>	<p><b>Contexte</b> : L'objectif était d'examiner la fréquence des erreurs de médication et des effets indésirables des médicaments (EIM) au moment du transfert des patients dans un système avec un dossier de soins électronique (DSE) par rapport à un système sans DSE. Il a été émis l'hypothèse que, dans le système avec un DES, la fréquence de ces événements serait inférieure en raison du meilleur échange d'informations entre les sites de soins.</p> <p><b>Méthode</b> : 469 patients transférés entre sept maisons de retraite et trois hôpitaux de New York et du Connecticut entre 1999 et 2005 ont été suivis rétrospectivement. Deux groupes de patients ont été comparés: des patients de l'US Vétérans (UV), avec un DSE, et des patients non UV, sans un DSE, sur les mesures suivantes: (1) les divergences de prescription des médicaments aux transferts maison de retraite/hôpital, (2) les divergences des médicaments à haut risque et (3) les EIM causés par les divergences médicamenteuses, selon un examen structuré des dossiers médicaux par des paires d'évaluateurs médecin/pharmacien.</p> <p><b>Résultats</b> : L'incidence globale des EIM causés par des divergences de médicaments était de 0,20 par épisode d'hospitalisation. Après le contrôle des covariables démographiques et cliniques, il n'y avait pas de différences significatives entre les groupes UV et non-UV dans les divergences médicamenteuses (moyenne de différence de 0,02; IC à 95% - de 0,81 à 0,85), les divergences de médication à haut risque (- 0,18; IC à 95% - 0,22 à 0,58) ou l'apparition d'un EIM causé par une divergence de médication (OR 0,96; IC à 95% 0,18 à 5,01).</p> <p><b>Conclusion</b> : Il n'y avait aucune différence, avec et sans un DSE, d'apparition de divergence de médicaments ou d'EIM causés par des divergences de médicaments au moment des transferts entre les sites de soins. La réduction de ces problèmes peut nécessiter des outils informatiques spécialisés pour faciliter l'examen de la médication.</p>
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	<p>On rencontre beaucoup de transferts de patient ou entre établissements. Cependant, on y rencontre souvent des lacunes dans la communication des informations, des divergences dans les prescriptions de médicaments pouvant causer des événements indésirables médicamenteux (EIM). En réponse à cela, divers pays testent l'examen des médicaments ainsi que le bilan comparatif de ceux-ci. Aux Etats-Unis, ce dernier est considéré comme une norme en matière de sécurité.</p> <p>L'objectif de cette étude était d'examiner la fréquence des divergences de médicaments et des EIM dus aux écarts de médicaments au moment des transferts du patient dans le système UV par rapport au système non-UV, où des formulaires papier, parfois manuscrits, sont utilisés pour communiquer les informations sur la santé.</p>
Recension des écrits	Le DSE accessible entre les sites de soins devrait pouvoir améliorer la communication, réduire les erreurs médicamenteuses en permettant d'avoir des informations plus complètes sur la prescription, permettre de lire les annotations et permettre de prescrire des médicaments. Selon l'US Institute of Medicine, l'échange de données de soins et la communication entre les établissements

	de soins sont les fonctions de base et nécessaires à un DSE. Avec de DES de l'UV, les professionnels peuvent accéder aux notes de soins, aux résumés, aux ordonnances, aux résultats de radiologie et de laboratoire des différents services de l'UV. Pourtant, il n'y a pas d'étude évaluant si le DSE permettrait de réduire les divergences de médicaments ou les EIM liés à celles-ci lors des transferts.
Cadre théorique ou conceptuel	Les soins de transition / l'erreur médicamenteuse ?
Hypothèses	Dans cette étude, ils ont supposé que la fréquence des événements indésirables médicamenteux serait inférieure dans le système de l'UV en raison de son DSE, par rapport aux sites non-UV où un DSE n'est pas disponible pour l'échange d'informations.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Etude de cohorte observationnelle.
Population et contexte	469 patients (226 UV → DSE avec 331 hospitalisations / 243 non-UV → sans DSE avec 387 hospitalisations) transférés entre 7 maisons de retraite et 3 hôpitaux de New York et du Connecticut entre 1999 et 2005 ont été suivis rétrospectivement et les deux groupes ont été comparés. Eligibilité : patients transférés de maison de retraite- hôpital, restés hospitalisés au moins 24h, ayant survécu à la sortie de l'hôpital, retournant dans la maison de retraite d'où ils provenaient. Les établissements ont approuvé une renonciation au consentement éclairé, puisque les données étaient recueillies par examen rétrospectif des dossiers médicaux.
Collecte des données et mesures	Les données ont été examinées pour repérer les divergences de prescriptions durant les transferts maison de retraite – hôpital et vice versa. Les dossiers examinés comprenaient les ordonnances de médicaments, les documents de transfert, les informations de l'administration des médicaments et les instructions de sortie. Les divergences étaient : un arrêt, un changement de posologie, de fréquence, de voie d'administration ou la substitution d'un médicament avec la même indication. Pour 14 classes de médicaments, les divergences sont à risque élevé : Inhibiteurs de l'angiotensine, des agents anti-arythmiques, les anticoagulants, les agents antiépileptiques, les agents anti prostate, les antipsychotiques, les bloquants à calcium, l'insuline, le métronidazole, les nitrates, les analgésiques non opioïdes, les analgésiques opioïdes, les sédatifs / hypnotiques et les substituants de la thyroïde. Agents topiques, vitamines, minéraux et laxatifs non à risque ont été exclus. Un échantillon de dossiers a été examiné jusqu'à 2 mois après le transfert pour identifier les EIM liés à des divergences de médication. Les dossiers ont été examinés par 2 enquêteurs pour identifier les EIM tels que : des saignements nouveaux ou aggravés, une défaillance cardiaque congestive, le délire, la diarrhée, la dyspnée, les chutes, la diminution de la vigilance, l'incontinence, la douleur, les rougeurs, la rétention urinaire, des vomissements, des anomalies de pression, de la fièvre, et des tests anormaux de la fonction rénale, de la fonction hépatique. D'autres anomalies de laboratoire (hypoglycémie ou d'hyperglycémie, hyperkaliémie) ont été enregistrés si symptomatiques ou si elles ont causé une arythmie cardiaque.

Déroutement de l'étude	<p>Les enquêteurs, par un examen structuré, déterminent si l'EIM a pu être causé pas une divergence de médication lors du transfert. Les critères d'examen incluent (1) si l'incident était une conséquence physiologiquement possible de la divergence de prescription des médicaments, (2) s'il y avait une note dans le dossier médical qui a suggéré qu'une divergence de médicament a provoqué l'incident, (3) l'intervalle de temps entre l'incident et la divergence, (4) si l'incident pouvait avoir été causé par autre chose qu'une divergence de médicaments et (5) si l'état du patient s'est amélioré après la correction de la divergence de médicament.</p> <p>Les divergences et EIM ont été discutés à l'aide d'un Likert à 6 points (1=peu ou pas de certitude / 6=certitude presque entière) pour déterminer la cause de l'EIM. Après avoir déterminé si l'EIM pouvait avoir été causé par une divergence de prescription, les évaluateurs ont marqué la gravité des EIM (a-t-il provoqué des symptômes, un séjour prolongé/supplémentaire ou des préjudices permanents /mort ?)</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>Les caractéristiques des deux groupes et celles de leurs hospitalisation ont été comparées avec le test t et <math>\chi^2</math>. Ils ont calculé les différences entre les groupes et ils ont utilisé des modèles de régression pour tenir compte de ces différences.</p> <p>Co-variables : sexe, âge, nombre de médicaments en pré hospitalisation, le Charlson comorbidité score, le score de Physiologie aiguë et d'évaluation de santé chronique, les admissions hors heures, les diagnostics d'admission et la durée du suivi.</p> <p>Variabes indépendantes : les écarts de médicaments, des écarts à haut risque et les EMI</p> <p>Toutes les analyses ont été effectuées en utilisant la version du logiciel SAS 9.1.</p>
Présentation des résultats	<p>1854 divergences de prescription ont été observées durant les transferts maison de retraite-hôpital et 1059 durant les transferts hôpital-maison de retraite, avec une moyenne de 2.58 et 1.61 par transfert. Dans les divergences, 64% = arrêts de médicaments, 19% = changements de dosage ou de fréquence, 12% = substitutions pour un médicament avec la même indication, 5% = autre.</p> <p>52% des divergences ayant causé des EIM = changement appropriés, 48% = erreurs de prescription. Ces erreurs incluent 46% des omissions, 46% des erreurs dans la fréquence et 8% des erreurs de dosage.</p> <p>46% des EIM étaient asymptomatiques, 52% étaient associés à des symptômes et 3% ont provoqué en séjour prolongé.</p> <p>Les chercheurs n'ont pas trouvé de différences significatives entre les deux groupes dans tous les résultats. La statistique c pour le modèle de résultats des EMI était 0,682, ce qui indique la discrimination équitable. En outre, il n'y avait pas de différences significatives entre les groupes UV et non-UV dans la gravité des EIM ou dans les EIM causés par des erreurs de prescription.</p>
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	<p>L'hypothèse de départ a été rejetée. En effet il n'y avait pas de différence entre les deux groupes dans l'apparition des divergences médicamenteuses, des divergences de médicaments à haut risque ou d'EIM liés à des divergences médicamenteuses au moment des transferts.</p> <p>Les services avec des systèmes informatisés ne sont pas à l'abri des EIM dus à des erreurs dans la prescription ; les EIM sont communs. Ces résultats correspondent à une étude antérieure. Il y a plusieurs obstacles à un bilan comparatif ou à un examen des médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informations incomplètes ou imprécises sur les médicaments,</li> <li>- Dépendance des professionnels à l'ordinateur, menant à des interviews moins approfondies et à un examen des médicaments moins soigneux,</li> <li>- Une mauvaise conception de l'ordinateur</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des tâches qui se chevauchent (grande charge de travail, patients qui décompensent,...)</li> </ul> <p>Même si le DES n'a pas permis de faciliter l'examen des médicaments ou du bilan comparatif, il a permis d'accéder à d'autres informations importantes. La prévention des EIM se passe par la réduction des divergences de médicaments au moment des transferts. Les auteurs ressortent des procédures qui pourraient améliorer ça :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Équipe dédiée au bilan comparatif et à l'examen des médicaments, intégrant les changements des équipes</li> <li>- Outils informatiques spécialisés pour le bilan comparatif et l'examen des médicaments.</li> </ul>
Perspectives futures	La mise en place d'un DSE accessible entre les établissements de soins n'est pas la seule intervention pour réduire les erreurs médicamenteuses et EIM associés aux points de transfert. Cela peut nécessiter des outils informatiques spécialisés pour le bilan comparatif des médicaments.
<b>Questions générales</b> Présentation	Il y a des éléments qui sont un peu disséminés. La structure aurait pu être mieux.
Evaluation globale	Il n'y a pas de différence entre les deux groupes mais ils proposent des causes possibles de ce résultat et parlent quand même ce que qui pourrait être fait d'autre.

### Grille de lecture critique d'un article scientifique Approche quantitative

Boockvar, K. S., Livote, E. E., Goldstein, N., Nebeker, J. R., Siu, A., & Fried, T. (2010). Electronic health records and adverse drug events after patient transfer. *Quality and Safety in Health Care*, 1-5.

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	x			
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	x			Ok mais pas de mots clés/ mots Mesh
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	x			
Recension des	-Résume-t-elle les connaissances sur	x			

écrits	les variables étudiées ?				
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			x	Pas clairement nommé.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	x			
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures) ?	x			Découle du manque qu'il y a.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	x			
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?			x	Le nombre de participants n'apparaît que dans le résumé et pas dans la description de l'échantillon.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	x			
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	x			
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	x			
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x			
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	x			
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires,	x			

	tableaux, graphiques, etc.) ?				
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	x			Fait à partir des études antérieures.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			x	Ce n'est pas clairement dit mais il est dit que le résultat correspond à certaines études.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	x			
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			x	Il y a des éléments qui devraient être mis ensemble qui se retrouvent disséminés dans l'article.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?			x	Il n'y a pas de différence entre les deux groupes mais ils parlent quand même ce que qui pourrait être fait d'autre.

**Grille de lecture d'un article scientifique**  
**Approche quantitative → revue de littérature**

<b>Aspects du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	LaMantia, M. A., Scheunemann, L. P., Viera, A. J., Busby-Whitehead, J., & Hanson, L. C. (2010). Interventions to improve transitional care between nursing homes and hospitals: a systematic review. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> , 58(4), 777-782.
<b>Résumé</b>	<p><b>Contexte</b> : Les transitions entre les établissements de santé sont associées à des erreurs dans la communication des informations et dans les plans de traitement pour les patients âgés et fragiles, mais des stratégies pour améliorer les soins transitoires font défaut. <b>Méthode</b> : Une revue systématique a été menée pour identifier et évaluer les interventions pour améliorer la communication des listes de médicaments exactes et appropriées et des directives anticipées pour les patients âgés en transition entre les maisons de retraite et l'hôpital. MEDLINE, ISI Web et EBSCO Host ont été utilisés pour rechercher des articles de recherche originaux de langue anglaise évaluant des interventions pour améliorer la communication des listes de médicaments et des directives anticipées.</p> <p><b>Résultats</b> : Cinq études ont finalement rempli tous les critères d'inclusion. Deux décrivent des interventions améliorant la transmission des directives anticipées, deux décrivent des interventions qui ont amélioré la communication des listes de médicaments, et une intervention atteint les deux buts. Une étude était un essai contrôlé randomisé, tandis que le reste des études ont utilisé ou non des témoins historiques.</p> <p><b>Discussion</b> : Les résultats des études indiquent qu'un formulaire standardisé de transfert du patient peut aider à la communication des directives anticipées et des listes de médicaments et que l'avis d'un pharmacien sur les listes de médicaments peut aider à identifier les omissions ou les médicaments indiqués durant le transfert. Bien que les preuves préliminaires s'appuient sur l'adoption de ces méthodes pour améliorer les transitions entre la maison et l'hôpital, d'autres recherches sont nécessaires pour définir les populations cibles et les mesures des résultats pour des soins de transition de haute qualité.</p>
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	<p>Pour fournir des soins de qualité aux patients durant les transferts entre établissements, il est important de communiquer des informations précises. Les patients âgés sont plus vulnérables car ils ont un taux élevé de transferts. Les patients souffrant de troubles cognitifs sont plus vulnérables lors de ces transitions car ils ne peuvent pas bien participer à ce processus, entraînant un manque d'informations, ce qui peut conduire à des événements indésirables tels que : des hospitalisations répétées, des complications iatrogènes et une non coordination des soins.</p> <p>Les chercheurs ont définis des sous-groupes vulnérables de personnes âgées pouvant bénéficier d'intervention visant une amélioration. Les résidents de maisons de retraite ont été identifiés comme tel en raison du nombre élevé de leurs comorbidités et de leur dépendance aux autres. Ce centrer sur cette population plus à risque peut indiquer comment améliorer la coordination des soins de transitions pour tous les patients âgés.</p>
Recension des	Les deux composantes essentielles pour les soins durant les transitions sont la communication des listes de médicaments

écrits	précises et des directives anticipées. Les erreurs de médication associées à une mauvaise communication ont été identifiées comme une source importante de morbidité et de mortalité. Auparavant, les médecins de l'hôpital n'avaient souvent pas accès à des directives anticipées, bien qu'elles puissent influencer la décision du médecin. La communication précise de ces deux éléments médicalement importants a été examinée comme preuve potentielle que les soins de transitions apportés aux personnes âgées en transition maisons de retraite - hôpitaux de soins aigus sont de haute qualité.
Cadre théorique ou conceptuel	Par déduction : Les soins de transition → <i>Les soins de transition efficaces peuvent être compris comme une addition de plusieurs étapes clés: la communication entre les médecins envoyant et recevant le patient, la préparation du soignant et du patient pour la transition, le bilan comparatif des listes de médicaments des patients pré et post hospitalisation, l'arrangement d'un plan pour un suivi des essais en cours et pour un rendez-vous avec le médecin recevant, et la discussion des signes avant-coureurs qui pourraient nécessiter une évaluation médicale.</i>
Hypothèses	Une intervention clinique peut-elle améliorer la transmission de listes de médicaments appropriées et exactes pour les adultes de 65 ans et plus dans la transition entre les maisons de retraite et les hôpitaux ? Est-ce qu'une intervention a démontré améliorer la communication des directives anticipées pour ces patients entre les établissements ?
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Revue systématique de littérature
Population et contexte	Critères d'inclusion : étude ciblant des patients de 65 ans et plus en transition entre maison de retraite – hôpitaux (et vice versa), et qui impliquent une intervention testant l'amélioration de la communication des listes de médicaments précises et appropriées ou des directives anticipées. Toutes les mesures de résultats améliorant des dernières ont été considérées.
Collecte des données et mesures	Des recherches d'articles en anglais avec résumé disponible ont été faites dans MEDLINE, ISI Web of Knowledge, et EBSCO Host jusqu'à juin 2008. Les auteurs ont été aidés par un bibliothécaire de recherche. 4 articles sélectionnés dans les bibliographies des auteurs. <ul style="list-style-type: none"> <li>- MEDLINE : nursing home AND hospital avec patient transfert OR patient discharge OR medication systems, hospital OR medication errors OR advance directives OR resuscitation orders OR advance directive adherence.</li> <li>- ISI Web of Knowledge et EBSCO Host : patient transfert OR patient discharge OR medication errors OR advance directive OR resuscitation order OR medication reconciliation.</li> </ul>
Déroulement de l'étude	Les données de chaque étude ont été extraites avec un instrument de collecte standardisé puis ont présenté un tableau récapitulatif (type d'étude, population, l'intervention, les résultats probants). Suite à l'analyse de la méthode et de la rigueur scientifique, les études ont été classées selon la solidité des preuves (grades IA-IV). La recherche a permis d'identifier 696 titres, dont 620 ont été exclus pour non pertinence. 28 articles des 76 restants ont été exclus après lecture des résumés. Le reste a été examiné et certains ont été exclus pour les raisons suivantes : ne décrivent pas une intervention; n'étudie pas les populations de maisons de retraite, les listes de médicaments, les directives anticipées ou des transitions entre un hôpital et une maison de retraite; ou ne rend pas compte des résultats. Les différences d'opinion ont été

	résolues par la discussion entre les auteurs.
<b>Résultats</b> Traitement des données	5 articles répondaient à tous les critères d'inclusion. Deux interventions ont amélioré les transmissions des listes de médicaments précises et appropriées, deux interventions ont amélioré la transmission de directives anticipées, et une intervention a rempli les deux buts.
Présentation des résultats	<p>Dans un essai randomisé contrôlé simple en aveugle, une intervention de consultant en pharmacie a été testée. Elle permet de détecter une élévation de l'utilisation appropriée des médicaments chez des patients en maison de retraite après hospitalisation en Australie. Un groupe contrôle a reçu des soins standards alors que les professionnels prenant soins du groupe d'intervention ont reçu un résumé de transfert comprenant la médication et ils étaient aidés avec un examen des médicaments 10 à 14 jours après l'admission à la maison de retraite. 8 semaines après la sortie, de nouveaux pharmaciens en aveugle ont examiné le traitement du groupe de contrôle et du groupe d'intervention et ont calculé un indice de la justesse de la médication. La différence de 4 points entre le score des deux groupes indique que le groupe d'intervention a une utilisation plus appropriée des médicaments que le groupe contrôle.</p> <p>Dans une étude, une intervention pré et post enquête sur le bilan comparatif des médicaments mené par des pharmaciens a été menée. Elle a pour but de réduire les événements indésirables médicamenteux (EIM) chez des patients en transfert hôpital-maison de retraite aux USA. Dans le groupe post-intervention, un pharmacien a fait le bilan comparatif des médicaments pré et post hospitalisation, dans les 24h suivant le retour du patient. Les écarts rencontrés sont les omissions, les ajouts, les changements de dose ou les substitutions. Le pharmacien a complété un formulaire de communication revu par le médecin de la maison de retraite pour être inséré dans de dossier médical. Un assistant de recherche a revu les divergences médicamenteuses liées aux transferts et 2 médecins ont assigné un score de Likert à 4 points sur les risques de préjudice. Il y avait 10 EIM en pré-intervention et 1 en post-intervention → 14.5% à 2.3%. 0.16 (IC à 95% +/- 0.02-1.2) est le risque relatif en post-intervention. Les erreurs courantes étaient les omissions, et les types les plus communs de médicaments qui ont été impliqués étaient les médicaments cardiovasculaires, neuropsychiatriques, et analgésiques ou anti-inflammatoires. Dans 429 (71,7%) des anomalies, le médecin était conscient de la différence, et dans 73 (10,5%), la prescription des modifications a été potentiellement attribuée à l'intervention de bilan comparatif.</p> <p>Une dernière étude a évalué prospectivement un document de transfert. Son but était de faciliter la transition des patients entre maison de retraite et urgences aux USA. Il contient une section spécifique pour enregistrer le traitement médicamenteux et la dernière dose administrée. Les données concernant la démographie et les raisons du transfert ont été recueillies pendant 12 mois chez 420 patients consultés aux urgences et provenant d'une maison de retraite. L'efficacité du formulaire à améliorer la capacité à prendre en soins les patients a été mesurée chez 34 infirmières et 7 médecins en urgence. 88% répondent que la liste des médicaments a rendu plus facile la prise en soins de ces patients. 56% rapportent avoir effectué de recueil des données en</p>

	plus de 10 min sans le formulaire et 93% l'ont effectué en moins de 5 min avec le formulaire.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	<p>Les erreurs médicamenteuses liées aux transitions sont un problème majeur. Toutefois les auteurs de cette revue n'ont pas identifié d'intervention permettant d'améliorer nettement la communication des listes de médicaments. La communication des directives anticipées a été améliorée par deux documents de transfert, même si les études n'ont pas signalé l'exactitude du transfert de l'information. Cette recherche met en avant le potentiel de différentes interventions permettant d'améliorer la communication de l'information durant les transferts mais il n'y a pas de preuve d'une solution unique.</p> <p>La structure et la composition des registres de transfert permettent d'améliorer la précision et la fréquence des listes de médicaments et des directives anticipées. De plus, le pharmacien peut augmenter l'usage adéquat de la médication par le patient en effectuant un examen de la liste des médicaments après le transfert. Pour assurer la continuité des soins, la communication de l'information uniquement est insuffisante, même si elle est très importante pour les soins de transition efficaces. Les soins de transition efficaces comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la communication entre les médecines envoyeur et receveur,</li> <li>- la préparation du soignant et du patient pour la transition,</li> <li>- le bilan comparatif des médicaments pré hosp avec ceux post hosp,</li> <li>- l'arrangement d'un rendez-vous avec le médecin receveur,</li> <li>- la discussion des signes avant-coureurs qui pourraient nécessiter une évaluation médicale</li> </ul> <p><b>Limites de l'étude :</b> La stratégie de recherche, l'examen d'articles seulement en langue anglaise et le biais de publication peuvent avoir limité cette revue systématique. Les interventions décrites dans les études examinées ont été effectuées dans une variété de systèmes de soins de santé et avec un nombre limité de patients, ce qui peut limiter la validité externe de leurs résultats. Bien que de nombreuses interventions aient démontré de l'efficacité pendant la période d'étude, la durabilité de ces résultats et l'efficacité de ces interventions ne sont pas claires.</p>
Perspectives futures	De futures recherches sont nécessaires pour déterminer la qualité de l'information incluse dans le formulaire de transfert et pour déterminer la forme idéale (papier ou électronique). Il faut également investiguer quelles interventions peuvent améliorer les soins de transition donnés aux personnes âgées en transfert maison de retraite- hôpitaux.
<b>Questions générales</b> Présentation	Structure pas toujours claire. Il aurait pu y avoir plus d'articles sélectionnés mais peut-être que cela n'était pas possible.
Evaluation globale	Quelques pistes peuvent être ressorties mais pour les auteurs, elles ne sont pas assez concluantes.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche quantitative → ici revue de littérature**

LaMantia, M. A., Scheunemann, L. P., Viera, A. J., Busby-Whitehead, J., & Hanson, L. C. (2010). Interventions to improve transitional care between nursing homes and hospitals: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(4), 777-782.

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	x			
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	x			
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	x			
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	x			
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			x	Pas de façon claire.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	x			
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	x			
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	x			Revue de littérature.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	x			
	-La taille de l'échantillon est-elle	x			Peut-être un peu pauvre.

	adéquate par rapport au contexte de la recherche ?				
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	x			
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?			x	Parce que c'est une revue de littérature
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x			
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	x			
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	x			
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			x	Disent que c'est une thématique importante mais que les interventions trouvées utilisées seules n'améliorent pas beaucoup la communication des médicaments.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	x			
<b>Questions générales</b>	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé			x	Je n'ai pas toujours bien compris la structure utilisée, peut-être à cause de la barrière de la langue.

Présentation	pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	x			

**Grille de lecture d'un article scientifique  
Approche quantitative**

Aspects du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Bayley K. B., Savitz L. A., Maddalone T., Stoner S. E., Hunt J. S. & Wells R. (2007). Evaluation of patient care interventions and recommandations by a transitional care pharmacist. <i>Therapeutics and Clinical Risk Management</i> , 3(4), 695-703.
<b>Résumé</b>	<p><b>Contexte</b> : Un pharmacien de transition de soins a été inclus au sein d'un service de soins aigus afin d'identifier les opportunités pour améliorer la continuité des soins.</p> <p><b>But</b> : Fournir des services en « bilans comparatifs des médicaments », des consultations de médicaments (stupéfiants ?), des conseils au patient et des plans de soins pour la suite, après l'hospitalisation.</p> <p><b>Résultats</b> : Le temps accordé à ces interventions est conséquent et pourtant fructueux, résultant d'à peu près 9 interventions par patient. Les domaines avec le meilleur potentiel pour réduire la morbidité étaient la reprise de la médication du domicile (traitement habituel) durant l'hospitalisation et à la sortie. Les contributions clé du pharmacien concernent l'identification d'allergie à l'admission, ainsi que la mise à disposition d'un plan de suivi du traitement détaillé à la sortie. La focalisation sur des patients à hauts risques et l'extension des parts de travail à d'autres disciplines peuvent augmenter l'efficacité dans ce service.</p> <p><b>Conclusion</b> : Les résultats ont de la valeur pour les pour les hôpitaux qui implantent des programmes de « bilans comparatifs de médication. »</p>
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	Les transitions entre les différents contextes de soins sont la cause majeure d'erreurs de médication et d'évènements médicamenteux indésirables. Une composante importante de ces transitions concerne le transfert complet et précis des informations sur la médication du patient.
Recension des écrits	Une approche potentielle pour améliorer la sécurité des transitions serait de développer un système d'intégration des informations. Cependant, des travaux récents suggèrent que plusieurs vulnérabilités existent dans le processus de soins malgré les tentatives de transitions optimales en utilisant les systèmes de dossiers médicaux électroniques. Pour éviter ces vulnérabilités, plus d'un intermédiaire sont requis pour assurer ces transmissions afin d'améliorer le plan de soins, comme

	<p>l'utilisation d'un « agent de liaison » qui couvrirait les brèches à travers les contextes de soins.</p> <p>Plusieurs études ont exploré la participation d'un pharmacien à plusieurs moments de l'hospitalisation en soins aigus. Ex : à l'admission, l'historique des médicaments prise par le pharmacien a prouvé plus de précision et de complétude que si l'entretien était mené par l'infirmière ; le pharmacien est plus efficace concernant l'information sur le bilan comparatif des médicaments. La réduction significative du nombre d'erreurs peut être mise en parallèle avec la réduction des coûts. Les pharmaciens procurent une éducation efficace à la sortie et réduisent les visites plus tard en urgence, par le suivi téléphonique avec les patients suite à l'hospitalisation.</p> <p>Un domaine non étudié est celui du rôle et de l'impact du pharmacien ciblé sur les problèmes de transition de soin.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p><b>Les soins de transition</b> = un ensemble d'action conçu pour assurer la coordination et la continuité des soins de santé lors de transferts de patients entre différents contextes (settings) et différents niveaux de soins.</p> <p><b>Les pharmaciens de transition de soins</b> = ils évaluent l'adéquation et l'efficacité de chaque médication, découvrent les problèmes d'adhérence et lésions potentielles de la médication, procurent des plans pour des surveillances appropriées par les infirmiers qui feront le suivi. Le pharmacien se trouve dans la meilleure position pour personnaliser le régime médicamenteux.</p>
Hypothèses	La présente étude décrit le rôle des pharmaciens de transition de soins et les opportunités spécifiques d'amélioration disponibles sur le séjour à l'hôpital et sur la sortie.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Quantitatif descriptif, qui teste une intervention
Population et contexte	<p>Eligibilité : « HMO Medicare patients » avec un médecin employé durant la période du 10 février au 31 octobre 2004.</p> <p>Exclusion : les patients avec une maladie mentale ou des troubles de la mémoire (ils ne peuvent pas donner leur consentement) et les patients en EMS.</p> <p>483 lits, en soins tertiaires, à l'hôpital de Portland, en Oregon. Intégration de tous les systèmes, soit les plans de santé, le groupe médical et du domicile ainsi que les services communautaires.</p>
Collecte des données et mesures	<p>J'en ai déduit une retranscription d'observation quand aux interventions mises en place</p> <p>Une base de données a été développée pour documenter toutes les interventions (identification du patient, date, type de recommandation, moment des recommandations, impact reporté, efficacité des interventions et acceptation des recommandations par les médecins hospitaliers). Note du temps passé pour chaque activité pour un jour typique/standard. Un observateur note le temps oublié ou négligé par le pharmacien.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Etude approuvée par l'Institutional Review Board.</p> <p>Dans la première étude : le pharmacien accompagne les médecins hospitaliers pour consulter les médications, et s'est montré bien aidant.</p> <p>Dans la seconde étude : le pharmacien se concentre sur l'éducation du patient à la sortie, notamment pour la reconnaissance des infirmières.</p> <p><b>6 Rôles ciblés des « transitional care pharmacist (TCP) »</b> : 1. Conciliation de toutes les sources d'information pour produire</p>

	<p><i>une liste précise de médicaments des patients à l'admission 2. Fournir une sélection de médicaments, leur dosage, et d'autres recommandations pour les médecins hospitaliers durant le séjour à l'hôpital 3. Développer une liste compréhensive des médicaments de sortie 4. Conduire une éducation au patient à sa sortie 5. Transmettre les informations sur les médicaments à la sortie, incluant un suivi planifié par les professionnels de soins primaires (médecin traitant ?) 6. Contacter les patients par téléphone dans les 3-5 jours après la sortie pour confirmer leur compréhension de leur médication et répondre à leurs questions.</i></p> <p><b>Classification des interventions :</b> Les interventions du pharmacien sont classifiées en utilisant un schéma adapté de Hatoum et al (1988). Chaque catégorie contient des codages pour des interventions similaires. Chaque intervention est classée dans la base de données développée et possède un impact sur le court ou long terme et sur les coûts pour prévenir la mortalité. <i>Impact à court terme = prévention de lésions et/ou pharmacothérapie. Impact à long terme = interventions sur les affections chroniques ou la pratique de prévention (vaccin).</i></p>
<p><b>Résultats</b> Traitement des données</p>	<p>105 patients éligibles. 99 vus par le TCP, 91 ont eu au final une intervention. 927 interventions accomplies, soit environ 9.4 par personne. Les médecins ont accepté les recommandations des pharmaciens à 96% et les changements ont été implantés sur ces recommandations.</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p><b>Temps :</b> ¼ (26%) du temps des TCP est consacré à l'admission pour la collecte des informations sur l'historique de la médication et la compréhension de l'historique de cette médication. 83 min/patient sont passées au téléphone avec les famille et pour vérifier les données du traitement habituel. 75 min (22%) sont comprise pour revoir le travail du laboratoire, consulter les médecins concernant le régime médicamenteux. 38% (2h/patient) est consacrée à la sortie, soit à la préparation de la liste de médicaments à la sortie, les conseils au patient, le détail sur la suite du plan de soins à envoyer aux professionnels de soins primaires (médecin traitant). Le temps qui reste sert à l'identification des patients qui recevront les interventions et la documentation des interventions, requises pour l'étude. Il est difficile de quantifier le temps des téléphones, environ 3-5 min/tel et plusieurs contacts étaient souvent nécessaires.</p> <p><b>Nature des recommandations :</b> En général, le même nombre de recommandations a été donné à l'admission, durant l'hospitalisation et à la sortie. Plus de 2/3 des interventions à l'admission traitent des allergies (clarifier, ajouter ou supprimer des informations sur les allergies). Les recommandations sur l'addition ou la suppression des médicaments sont plus loin dans le classement. Les interventions des pharmaciens induisent des bénéfices à long terme avec un impact à court terme (dans les maladies chroniques, effet à court terme sur les symptômes). Les recommandations les plus fréquentes concernent les médicaments avec un impact à court et à long terme comme ceux qui diminuent l'acidité du reflux gastro-œsophagien ou les médicaments contre les allergies saisonnières. 30% des recommandations préviennent de sérieuses morbidités, surtout lors d'implication de médicaments additionnels.</p> <p>L'addition d'un médicament, souvent durant le séjour hospitalier, inclue 4 types de recommandation : 1. Résumé de la médication pour le domicile pour les problèmes chroniques (antidépresseurs, statine, insuline, antihypertenseurs) 2. Nouveaux médicaments pour les problèmes chroniques qui ont un potentiel à long terme et ne sont pas contre-indiqués 3. Soulagement des symptômes comme la constipation (narcotique) ou l'irritation nasale (lunettes O<sub>2</sub>) 4. Substitution d'un médicament pour un autre pour améliorer la rentabilité (coûts).</p> <p>Une petite partie des interventions du pharmacien, mais importante, implique la suppression de médicaments qui ne sont plus</p>

	<p>indiqués. 52% sont prouvées par laboratoire ou une amélioration des symptômes, 33% sont inappropriées ou plus nécessaires (œstrogènes à 83 ans). 4 patients ne prennent pas le médicament à domicile, car il ne serait plus utile, cliniquement parlant. Le rôle du pharmacien à la sortie est ciblé sur le renvoi du patient avec un régime médicamenteux pour le long terme, avec la reprise de médicaments pris auparavant. Plus de la moitié des recommandations concernent l'addition d'un médicament, dont 85% concerne la reprise du traitement habituel avant l'hospitalisation. 4% concernent les coûts et assurances.</p>
<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Un pharmacien concentré sur les problèmes de réconciliation médicamenteuse ou de « bilans comparatifs de médicaments » va trouver des possibilités d'amélioration, dont une combinaison efficace pour les soins de transition. Ce travail prend beaucoup de temps, avec 3-4h/patients. L'intervention du pharmacien comprend la simple conciliation des noms de médicaments avec leur dosage sur une liste, mais inclue aussi des recherches plus poussées sur la médication habituelle, des conseils au médecin hospitalier, le développement de plans de soins pharmaceutiques personnalisés, l'éducation au patient, un contact après la sortie concernant le traitement, le contrôle du plan de soins ambulatoires. Les activités dans les soins de transition sont plus longues chez les personnes âgées avec régime médicamenteux complexe.</p> <p>Selon ce travail, les personnes les plus appropriées à recevoir ce type de service (par les TCP) sont ceux qui ont de multiples médicaments, qui prennent des médicaments à hauts risques, qui sont inexpérimentées avec leur régime médicamenteux, ou alors ceux dont le motif d'hospitalisation concerne la médication. Ces patients ont souvent des conditions chroniques.</p> <p><b>L'efficacité de cette intervention au sein du service de soins est atteinte si l'équipe fournit des efforts à sa réalisation plutôt que de simplement dépendre du pharmacien. L'étude donne l'expertise du pharmacien sur la reprise du traitement, la suppression de médicaments, le changement de doses, l'identification de résultats critiques de laboratoire. Cependant, d'autres disciplines (comme infirmière) peuvent s'occuper de la partie sur la clarification des allergies, conseiller les patients, assurer les soins de préventions (vaccins).</b></p> <p>Le pharmacien qui mène la recension de l'historique de la médication utilise son expertise pour contrôler les problèmes d'adhérence, clarifier les doses, différencier les véritables allergies des médicaments aux problèmes d'intolérance, apporter des ressources évidentes à l'équipe médicale, ce qui apporte un certain avantage. <b>Leur travail se substitue au temps de celui des infirmières et médecins.</b></p> <p>Précision des médicaments à l'admission, actualisation du traitement.</p> <p>Les analyses confirment qu'une sortie en ordre dépend de la récolte de données à l'admission. La principale charge à la sortie est de résumer la médication pour le domicile suite aux médicaments stoppés à la sortie (85%). 10% des patients ont de nouveaux médicaments. 5% concernent le soulagement des symptômes ou la substitution de médicaments.</p> <p>L'ajout, la suppression, la clarification des informations sur les allergies se font à l'admission car les soins primaires n'ont pas accès au même dossier électronique, d'où le manque d'informations sur les allergies dans ce type de système hospitalier.</p> <p>La polymédication est un important problème chez les personnes âgées, puisqu'elle augmente le risque d'erreurs. Le contrôle d'un pharmacien des données de laboratoire et l'évaluation des symptômes au quotidien procurent une bonne occasion de réduire les médicaments plus nécessaires, et ainsi de réduire le risque d'erreurs médicamenteuses et les effets secondaires potentiels. Les régimes médicamenteux complexes entraînent une faible adhérence des patients.</p> <p>Les coûts sont diminués et la qualité améliorée.</p>

	<p><b>Limitations :</b> Un seul pharmacien a récolté les données et mis en place des interventions (type et impact). Il est possible que des interprétations différentes existent. Le contrôle systématique intercepte des erreurs issues d'automatisme et manuelles et prévient des dommages futurs dans le processus. La notion du temps passé par le pharmacien à ses interventions est très approximative.</p> <p>L'étude est ciblée sur les personnes âgées. Le taux d'interventions peut varier entre des autres patients à différents degrés de risques (VIH, cas obstétrique en bonne santé). Les résultats de cette étude documentent le besoin d'objectifs, d'efforts approfondis dans la « medication reconciliation ».</p>
Perspectives futures	<p>Rechercher l'impact à long terme sur les services de pharmaciens dans les transitions de soins. La majorité des interventions de cette étude sont faites pour des bénéfices à long terme plutôt que la sécurité ou le soulagement des symptômes à court terme. Les bénéfices sur les coûts n'ont pas été étudiés par manque de temps sur le terrain. Une étude sur le long terme serait nécessaire pour voir la continuité de l'adhérence des médicaments chez les patients avec des problèmes chroniques, comme un impact sur l'utilisation des hôpitaux, les morbidités et mortalités dans le futur.</p> <p>Faire un essai randomisé contrôlé avec une comparaison avec les soins habituels et une évaluation économique.</p>
<b>Questions générales</b> Présentation	<p>Manque un peu de rigueur ex : Description de l'échantillon et la manière de récolter les données → Méthode. Le devis n'est pas clair.</p> <p>Dans Discussion, peu de sources mises en évidence dans le texte.</p>
Evaluation globale	<p>Liens avec l'influence des pharmaciens sur la pratique infirmière. Plus présent lors de la discussion. Efforts de l'équipe de soins nécessaires.</p>

### Grille de lecture critique d'un article scientifique Approche quantitative

Bayley K. B., Savitz L. A., Maddalone T., Stoner S. E., Hunt J. S. & Wells R. (2007). Evaluation of patient care interventions and recommandations by a transitional care pharmacist. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 3(4), 695-703.

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	x			
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie,	x			Pourrait être mieux structuré.

	etc.)?				
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	x			
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	x			
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	x			Mais pas de cadre théorique décrit.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	x			Rejoint le but de la présente étude
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures) ?	x			
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?			x	Le devis n'est pas précisé. J'en déduis qu'il est quantitatif avec le test d'une intervention sur le terrain, soit quantitatif descriptif.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	x			
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	x			105 patients
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?			x	Des observations (j'en déduis) inscrites dans une Database
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	x			
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x			Etude approuvée par Institutional Review Board.

<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	x			Statistiques simples
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			Tableaux avec commentaires
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	x			
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	x			
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	x			
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			Manque un peu de rigueur ex : Description de l'échantillon et la manière de récolter les données → Méthode. Le devis n'est pas clair. Dans Discussion, peu de sources mises en évidence dans le texte.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	x			Liens avec l'influence des pharmaciens sur la pratique infirmière. Plus présent lors de la discussion.

**Grille de lecture d'un article scientifique  
Approche quantitative**

<b>Aspects du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Coleman E. A., Parry C., Chalmers S. & Min S.-J. (2006). The Care Transitions Intervention. <i>Internal Medicine</i> , 166, 1822-1828.
<b>Résumé</b>	<p><b>Contexte</b> : Les patients avec des soins complexes, requérant des soins à dans différents contextes de soins, sont plus vulnérables en ce qui concerne la qualité des soins. Des interventions ciblées sur les transitions de soins encourageraient les patients et leurs aidants à assurer un rôle plus actif durant la transition de soins et pourrait réduire le taux de réhospitalisation suite aux sorties des hôpitaux.</p> <p><b>Méthode</b> : Essai randomisé contrôlé, entre septembre 2002 et août 2003. N=750 patients de plus de 65 ans dans un hôpital. Interventions reçues : 1. Outils pour promouvoir une communication entre site. 2. Encourager à prendre plus un rôle actif dans leurs soins et affirmer leurs préférences. 3. Continuité à travers les contextes et guidance par « un coach de transition ». Le taux de réhospitalisation est mesuré à 30, 90 et 180 jours.</p> <p><b>Résultats</b> : Les patients recevant les interventions ont des taux de réhospitalisation plus bas à 30, 90 et 180 jours. Les coûts pour l'hôpital était plus bas pour les patients ayant reçus les interventions à 180 jours.</p> <p><b>Conclusion</b> : Coacher les patients âgés atteints de maladie chronique et leurs aidants pour assurer leurs besoins rencontrés durant la transition de soins peut réduire le taux subséquent de réhospitalisation.</p>
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	La qualité est déficiente chez les patients en transition de soins.
Recension des écrits	<p>Des études qualitatives démontrent que les patients ne sont souvent pas préparés à l'autogestion de leurs soins à domicile (autonomie). Ils reçoivent des conseils contradictoires, sont souvent incapables de se tourner vers les professionnels de santé adéquats. Ces derniers devraient avoir accès à leurs plans de soins et portent souvent une contribution minimale aux plans de soins des patients.</p> <p>D'autres études qualitatives affirment que la qualité et la sécurité des patients sont compromises lors des transitions entre différents contextes de soins à cause d'un haut risque d'erreurs de médication, d'informations incomplètes ou imprécises lors de transfert, d'un manque de suivi de soins approprié. Durant la transition, les patients reçoivent des médicaments de différents médecins, qui ont rarement accès à une liste clair de la médication actualisée et complète du patient. Ce type de problème tend à augmenter le taux récidive et ainsi provoque des coûts élevés au système de santé. 15 à 20% de réadmissions sont présentes dans les 30 jours.</p> <p>Les patients et leurs aidants constituent ensemble une cible appropriée pour une intervention visant l'amélioration de la qualité des soins, puisqu'ils sont souvent l'unique point/dénominateur commun à toutes les transitions de soins entre différents sites.</p>

Cadre théorique ou conceptuel	Aucun décrit. Par déduction : transition de soins, qualité des soins, continuité des soins
Hypothèses	Encourager les patients âgés et leurs proches (aidants) à assurer un rôle plus actif dans leurs transitions de soins afin de réduire le taux de réhospitalisation.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Essai clinique randomisé contrôlé
Population et contexte	Patients de 65 ans ou plus, recevant des soins d'un hôpital basique contenant une organisation de médecins durant leur séjour à l'hôpital et en général, d'une équipe différente de professionnels pour chaque contexte de soins post hospitalisation. Inclusion : 65 ans ou plus, pas de conditions psychiatriques enregistrées, pas de domicile communautaire (ex. EMS), résidant au sein d'un périmètre prédéfini autour de l'hôpital ( pour que les visites soient applicables), ayant un téléphone fonctionnel, parlant l'anglais, pas de documentations concernant une démence enregistrée dans le dossier médical, pas de plans d'entrer à l'hospice, ne participant pas à une autre étude/recherche, ayant 1 des 11 diagnostics dans le dossier médical (en gros problèmes cardiaques, pulmonaires, vasculaires, diabète, fractures). Ces conditions induisent une haute probabilité que les patients aillent en réadaptation/convalescence, aient des soins à domicile ou aient besoin de gérer un traitement anticoagulant intensif. Dans le Colorado, du 1 <sup>er</sup> septembre 2002 au 31 août 2003.
Collecte des données et mesures	Les patients sont repérés lors de leur admission. Ils remplissent un consentement éclairé avec 4 items qui testent les facultés cognitives (âge, numéro de téléphone, date du jour, nom de l'établissement). 3 sur 4 doivent être correctes. L'anonymat est conservé. Les données du patient sur sa démographie et ses diagnostics sont recueillies durant la phase de recrutement. Les données pharmacologiques proviennent d'un index sur la comorbidité, le « score de la maladie chronique » (« chronic disease score »). Ces scores sont associés aux conseils des médecins concernant la sévérité de la maladie du patient, le status de santé, l'hospitalisation et la mortalité. La mesure des résultats primaires s'intéresse aux taux de réhospitalisation non élective à 30, 60 et 180 jours après la sortie. Les mesures des résultats secondaires s'intéressent aux taux de réhospitalisation pour la même condition précipitée de l'index d'hospitalisation. Les données de réhospitalisation proviennent des dossiers administratifs (système délivré pour l'étude).
Déroulement de l'étude	Les variables mesurées proviennent de 4 domaines issus des études qualitatives : 1. Assistance pour la gestion de la médication 2. Dossier-patient détenu et actualisé par le patient pour faciliter le transfert d'informations lors de changement de sites 3. Suivi opportun avec des soins spécialisés ou primaires 4. Liste de « drapeaux rouges » indiquant des conditions de dégradation clinique et des instructions pour y répondre. 2 mécanismes de suivi ont été conçus pour assurer la coordination et la continuité des soins : 1. Un rapport personnel du patient 2. Une série de visites et d'appels téléphoniques avec un coach de transition. Le rapport personnel du patient est un document centré sur le patient contenant les données nécessaires à faciliter la continuité du plan de soins à travers les contextes de soins. Il contient une liste des problèmes actuels, les médicaments et allergies, les directives anticipées complétées, une liste des

	<p>drapeaux rouges ou symptômes et signes à surveiller pour la maladie propre au patient. Une place est disponible pour les questions du patient en prévision de la prochaine rencontre. Patient et aidants sont encouragés à actualiser ce rapport et de le partager dans les différents contextes de soins.</p> <p>Les rôles principaux du coach de soins sont d'encourager les patients et aidants à affirmer un rôle plus actif dans les transitions de soins, d'assurer la continuité à travers les contextes et d'exprimer leurs besoins afin qu'ils soient pris en compte. Coach = « advanced practice nurse » avec des compétences requises : revue des médicaments et conciliation, expérience dans l'aide aux patients à communiquer leurs besoins aux différents professionnels de soins, encourager les patients à être le plus indépendant possible.</p> <p>Le coach de transition rencontre le patient à l'hôpital avant sa sortie pour établir un rapport initial. Il pourra alors introduire le rapport personnel du patient et arranger une visite à domicile, idéalement 48 à 72 heures après la sortie de l'hôpital.</p> <p>Pour les patients transférés en réadaptation, le coach téléphone ou rend visite chaque semaine pour maintenir la continuité et faciliter la préparation à la sortie. Il arrange également une visite à domicile.</p> <p>La rencontre à domicile se fait entre le coach, le patient et les aidants, si possible. L'objectif principal est de concilier tout le régime médicamenteux du patient (de l'entrée à la sortie, leurs comptes, leurs prescriptions) utilisant la « Medication Discrepancy Tool ». Ils revoient chaque médication pour assurer que le patient comprenne leur raison/but, leurs instructions, leurs effets secondaires. Le coach fait le nécessaire en cas de problème.</p> <p>Le coach utilise ses compétences en matière de communication des besoins. Ensemble, ils élaborent des stratégies de communication efficace pour que le patient articule clairement ses besoins.</p> <p>Le coach revoit également les drapeaux rouges qui indiquent une condition clinique qui se dégraderait et donne l'éducation sur les phases initiales à entreprendre pour gérer ces imprévus et quand contacter les professionnels appropriés.</p> <p>Suite à la visite à domicile, le coach maintient la continuité avec le patient et ses aidants par des appels téléphoniques à 3 reprises durant 28 jours. Le 1<sup>er</sup> appel s'informe sur le patient et ses recours aux services appropriés (nouvel médicament, équipement). Le 2<sup>e</sup> s'inquiète des progrès du patient quant aux objectifs fixés lors de la visite (renforce l'importance de maintenir et de partager le rapport personnel)</p> <p><b>Objectifs concernant la médication : Le patient connaît ses médicaments et gère son traitement. Lors de la visite à l'hôpital : discussion sur l'importance de connaître sa médication et avoir un système en place pour assurer l'adhérence au régime médicamenteux. Lors de la visite à domicile : Concilier la liste de médication pré et post hospitalisation. Identifier et corriger les contradictions. Lors du suivi par téléphone : Répondre aux restes des questions sur la médication.</b></p>
<p><b>Résultats</b> Traitement des données</p>	<p>Analyse statistique : Wilcoxon et Fisher</p> <p><math>\chi^2</math> tests pour les résultats dichotomiques (2 parties en opposition ou contraste), testant leur significativité statistique entre le groupe qui reçoit l'intervention et le groupe contrôle.</p> <p>« Logistic analysis regression » utilisé pour ajuster si possible les déséquilibres dans la randomisation dans l'évaluation des résultats primaires et secondaires.</p> <p>Les données sur les coûts analysés par le test median.</p>

	Toutes les analyses sont complétées sur SAS pour Windows version 8.02.
Présentation des résultats	<p><b>Figure.</b> N = 750 → Intervention group (IG) N = 379. Control group (CG) N = 371 → Au final, nombre inclus dans l'analyse pour l'IG N = 360, soit 95%. Control group N = 352, soit 94.9%. 67% de l'IG ont reçu toutes les interventions (visite à l'hôpital, à domicile, 3 téléphones). Dans l'ensemble, 86% de l'IG a reçu une visite à domicile et un téléphone.</p> <p><b>Table 2.</b> Comparaison des variables (démographique, diagnostic, caractéristiques à l'hôpital). En général, caractéristiques de la population de l'étude : âge avancé, haut niveau d'éducation, grande charge de la maladie chronique, haut taux de « prior hospital » et département d'urgence.</p> <p><b>Table 3.</b> Taux de réhospitalisation ajusté et non ajusté à 30, 90, 180 jours. L'IG a un taux plus faible de réadmissions que le CG à tout intervalle. Significativement significatif : à 30 jours (P=0.04), à 90 jours (P=0.04), à 180 jours (P=0.046) (pour les mêmes conditions précipitées de l'index d'hospitalisation)</p> <p><b>Table 4.</b> Comparaison des coûts (incluant les contrats et non contrats avec l'établissement) pour les IG et CG. La transformation avec « LOG analyse » montre que IG ont significativement moins de frais hospitaliers à 90 et 180 jours.</p>
<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p><i>L'intervention pour les transitions de soins est conçue pour être efficace et peu coûteuse et implantée dans différents système avec différentes structures de financement. Les outils et les compétences sont fournis afin d'encourager les patients et ses aidants à prendre un rôle plus actif dans leurs soins, et tendent également à influencer non seulement la transition imminente mais aussi toutes les suivantes. (=rappel du but)</i></p> <p>Comme les résultats le montrent, reconnaître et supporter les rôles clés des patients et leurs aidants dans les transitions de soins démontrent une baisse significative des taux de réhospitalisation. <b>Les résultats sont plus forts à 30 et 90 jours, ce qui montre que les patients arrivent à tirer des bénéfices de cette intervention (nouveaux outils et compétences appris).</b> Le coach de transition et le patient développent un plan de soins qui s'adresse spécifiquement à l'index d'hospitalisation. <b>Par conséquent, la réduction du taux de réhospitalisation est, avec les mêmes conditions qui ont précipité l'index d'hospitalisation, significativement réduit à 90 et 180 jours.</b></p> <p>Ces découvertes suggèrent qu'encourager les patients à affirmer un rôle plus actif dans leurs transitions de soins peut réduire le taux de réhospitalisation. Le coach de transition et le rapport personnel de la santé joueraient un rôle important dans cette phase de vulnérabilité. Les besoins des patients et de leurs aidants seraient donc pris en compte.</p> <p>Les premières découvertes d'une étude qualitative (qui permet de mieux comprendre quelle composante du modèle est le plus aidant dans les interventions au patient) suggère que l'intervention conduit à améliorer l'autogestion, soit les connaissances et compétences de plusieurs patients, premièrement sur le thème de la <b>gestion des médicaments</b>, conditions de gestion, confiance du patient sur ce qui est requis pour la transition. La continuité de la relation de coaching encourage un sens du prendre soin, de sécurité et d'anticipation de la transition. L'investissement du patient dans le programme est donc essentiel.</p> <p><b>Comparaison avec les autres études déjà publiées.</b> Les études faites précédemment démontrent une réduction de réhospitalisation chez les patients souffrant de maladie chronique et ceux avec des conditions spécifiques (comme une insuffisance cardiaque congestive) grâce à « advanced practice nurse » et des interventions guidées par un pharmacien.</p>

	<p>Cette étude diffère sur 2 points. Premièrement, sur le niveau d'intensité. Dans les études précédentes, les professionnels de soins assument un rôle dans la gestion du plan de soins durant la période de transition post hospitalière. Dans cette étude, le coach de transition assume un rôle de soutien et ne fonctionne pas comme un professionnel de santé. Dans ce rôle moins intense, <u>le coach peut manager plus de patients</u> et donne moins de possibilités aux redondances existantes entre les professionnels de santé comme les planificateurs de sortie, les infirmières soins à domicile, les gérants de cas. Deuxièmement, la durée de l'intervention et son potentiel sont soutenus tout le long. <u>L'intervention est conçue non seulement pour améliorer la transition immédiate pour les patients et leurs aidants mais aussi pour procurer des outils et des habiletés à appliquer dans les futures transitions de soins.</u></p> <p><b>Coûts de l'intervention et productivité.</b> Un coach de transition gère un panel de 24 à 28 patients en tout temps. Le coût annuel d'une intervention de transition de soins revient à 74'310 dollars. Dans une analyse de l'efficacité des coûts formels, les données des coûts de réhospitalisation à 180 jours suggère une économie semi-annuelle d'approximativement 147'797 dollars. Quand les coûts sont extrapolés pour une année entière, l'économie se projette à 295'594 dollars.</p> <p>Dans un contexte ambulatoire, une clinique peut choisir d'assigner une « registred ou advanced practice nurse » dans un rôle de coach dans la transition pour améliorer l'efficacité des visites de suivi post hospitalisation. Typiquement, ces visites sont inefficaces avec des professionnels de soins ayant passé un temps considérable à comprendre quels tests ont été réalisés à l'hôpital, la conciliation des médicaments et l'aide au patient à comprendre son rôle de gestion dans ses soins. Avoir un coach de transition qui prépare mieux les patients à leurs visites de suivi ambulatoire peut améliorer la productivité dans l'ensemble des cliniques.</p>
Perspectives futures	<p>Déterminer comment inclure au mieux le patient et ses aidants (proches) à faire des efforts pour améliorer la qualité durant les transitions de soins est nécessaire afin d'élaborer des stratégies efficaces. Avec un focus du « patient au centre » du système de soins, les professionnels s'assurent que les besoins du patient sont pris en compte, avec une attention particulière sur la conciliation des régimes médicamenteux disparates et l'amélioration de la continuité à travers les différents contextes de soins. Les interventions dans les soins de transitions apparaissent comme une grande promesse adressée à une sérieuse déficience de qualité qui existe durant les transitions de soins et pourraient réduire le taux de réadmissions futures à l'hôpital.</p>
<b>Questions générales</b> Présentation	Articles bien structuré, respecte la rigueur scientifique.
Evaluation globale	Résultats significatifs. La gestion de la médication n'est qu'un des thèmes de l'intervention globale. À bien distinguer !

**Grille de lecture critique d'un article scientifique  
Approche quantitative**

Coleman E. A., Parry C., Chalmers S. & Min S.-J. (2006). The Care Transitions Intervention. *Internal Medicine*, 166, 1822-1828.

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	x			
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	x			
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	x			
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	x			
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		x		Mentionne uniquement l'utilisation d'un essai clinique randomisé contrôlé
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	x			
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	x			
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	x			
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	x			
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	x			

Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	x			Visites et téléphone
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	x			4 piliers mais uniquement celui de la gestion de la médication nous intéresse.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x			Approuvée par University of Colorado Health Sciences Center et Health Insurance Potability and Accountability Act et l'hôpital. Anonymat garanti.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	x			
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	x			Surtout en comparaison avec des recherches antérieures. Mais comme il n'a pas de cadre conceptuel posé ce point-là n'est pas respecté.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	x			
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?		x		Bon échantillon. Pour notre BT, étude de 2006. Pas la totalité du IG a reçu les 3 interventions. Pas beaucoup de détails ressortent sur les résultats du rapport de soins personnel sur le patient. (Mon avis)
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	x			Plutôt vague mais soulignent l'importance de continuer des recherches sur des interventions pour améliorer la qualité des transitions de soins.
<b>Questions générales</b>	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé	x			

Présentation	pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	x			Utilisation d'un rapport personnel (ou personnalisé) de santé pour le patient. Intervention d'une coach pour la transition de soins (visites à l'hôpital, visite à domicile, 3 téléphones de suivi). Comprend des données sur la médication. Réduit le taux de réhospitalisation et les coûts.

**Grille de lecture d'un article scientifique**  
**Approche quantitative**

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Costa L. L. & Poe S. S. (2011). Challenges in Posthospital Care. Nurses as Coaches for Medication Management. <i>Journal of Nursing Care Quality</i> , 26(3), 243-25.
Résumé	<b>But</b> : évaluer les interventions, dans les transitions de soins, après la sortie de l'hôpital, pour les patients avec des maladies chroniques, concernant la gestion d'un régime médicamenteux complexe. <b>Etude pilote descriptive</b> : test de 2 interventions : le suivi par téléphone et la visite à domicile. Les interventions sont délivrées avec le soutien du pharmacien (consultation). <b>Résultats</b> : 62% de contradictions trouvées en plus lors de la visite à domicile
Introduction Enoncé du problème	Le transfert de l'hôpital de soins aigus à domicile nécessite un transfert de soins complexes (propre au patient hospitalisé) d'une équipe experte à l'individu et sa famille. Cet article vise le partage des résultats de cette étude pilote dans la pratique. L'utilisation d'une équipe infirmière-pharmacien pourrait donner des interventions pour les transitions de soins basées ainsi sur des preuves probantes. Afin d'assurer la coordination des soins, les informations sur la médication données aux familles et patients doivent être précises et complètes. Cette intervention concernant la transition de soins s'est développée durant 2 ans de recherche dans un hôpital universitaire. Une <b>équipe interdisciplinaire</b> (infirmières, pharmaciens et médecins) s'est rencontrée chaque mois pour revoir les contradictions dans la médication résultant d'informations incomplètes sur la médication du domicile pour les patients hospitalisés. Les infirmières de l'étude travaillaient sur la conciliation des ordres sur la médication à l'admission et la médication effectivement prise à domicile. Elles ont trouvé que <b>30 minutes supplémentaires</b> étaient requises pour dresser la meilleure liste par rapport au traitement du domicile. Elles ont dû utiliser de différentes sources pour compléter cette liste quand les données actuelles n'étaient pas disponibles par le patient ou leur dossier. Elles ont trouvé des contradictions entre la liste du régime

	médicamenteux du domicile et la médication prescrite à la sortie de l'hôpital. Malgré les corrections de ces différences, les infirmières de l'étude recevaient de multiples appels suite à la sortie pour des questions de clarifications sur les prescriptions de médicaments. Les patients avaient donc des difficultés à gérer leur médication après la sortie, une fois à domicile.
Recension des écrits	Le temps entre la sortie immédiate de l'hôpital et le contact avec une équipe de soins primaires (médecin traitant) est souvent rempli d'incertitudes. Une étude a démontré que la portion de patient qui n'utilisait pas les nouvelles prescriptions était 8 fois plus élevée que la proportion de patients qui maintienne une adhérence adéquate. Ce résultat met en évidence l'importance de procéder à une évaluation précoce sur l'adhérence à de nouvelles prescriptions lors de la sortie des patients. (Osterberg & Blaschke). Les interactions entre le patient, les professionnels de santé et le système santé sont des barrières à l'adhérence au traitement. Elles peuvent entraver le suivi fiable du régime médicamenteux par le patient. Les méthodes actuellement utilisées sont complexes et inefficaces (diverses combinaisons d'informations, rappels ou pense-bête, consolidation, aides ou conseils). <i>Non-adhérence = un manque passif de suivi de la prescription du régime médicamenteux</i> → ce qui est un facteur de risques dans les maladies chroniques (cela peut entraîner la mort et des hospitalisations). The National Quality Forum et d'autres leaders de soins ont constaté le taux de réadmissions élevées et les coûts en milliards de dollars. Les transmissions et les transitions sont inadéquates. En 2004, 1 bénéficiaire de soins sur 5 a été réadmis dans les 30 jours suivant sa sortie. Les coûts son estimés à 17.4 milliards de dollars. Les déficits en communication et les informations transmises durant le transfert placent le patient dans une position à risque. <b>Une étude a évalué que 72% des évènements indésirables venus à la sortie concernaient les problèmes de médication.</b> Les recommandations actuelles ciblent donc l'amélioration des transitions de soins, l'amélioration des transferts d'informations à travers l'utilisation de dossiers médicaux électroniques ainsi que l'amélioration la réconciliation médicamenteuse.
Cadre théorique ou conceptuel	Pas clairement défini dans le texte. Keys words : care transitions, medication reconciliation, patient safety
Hypothèses	Le soutien dans la transition fourni par les infirmières en collaboration avec des pharmaciens améliore la sécurité des patients. Les interventions de coaching, qui se focalisent sur l'adhérence au traitement, ont été délivrées efficacement au cours et après l'hospitalisation. Ces interventions sont mises en œuvre par des infirmières, des pharmaciens et des techniciens en pharmacie. But : 1) Déterminer en quoi l'infirmière qui initie des interventions de coaching avec les patients atteints de maladies chroniques peut détecter et résoudre les contradictions de la médication à la sortie 2) Comparer le nombre et le type de contradictions de médication trouvés durant le suivi par téléphone et la visite à domicile
Méthodes Devis de recherche	Décrite comme une étude pilote non expérimentale, descriptive. Soit, au final, une étude quasi expérimentale.
Population et contexte	Eligibilité des patients : 18 ans ou plus, 4 médicaments ou plus, cognition intacte, parlant anglais, sortant à domicile → 32 patients en tout Au sein de 3 unités de médecine.

Collecte des données et mesures	<p>Interviews structurées effectuées par les infirmières de l'étude lors de l'appel téléphonique 48 heures après la sortie. Elles permettent d'identifier les facteurs socio-économiques des patients, leur fiabilité à fournir une liste actuelle de leur médication, la disponibilité des ressources à domicile.</p> <p>Visite à domicile 14 jours après la sortie pour voir si le patient gère son traitement, se procure ses médicaments, est organisé dans son traitement, prend ses médicaments, renouvelle ordonnance.</p> <p>Téléphone après 60 et 90 jours pour vérifier si le patient a été ré hospitalisé ou s'est présenté aux urgences durant cette période post hospitalisation.</p> <p>Les infirmières de l'étude mène une interview et accomplit la réconciliation médicamenteuse durant l'hospitalisation.</p>
	<p>Instruments de codage et analyses statistiques.</p> <p>Moriski Medication Adherence Scale est utilisé pour structurer les interviews.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les infirmières de l'étude revoient la liste de la médication du domicile qui a été entrée par le personnel de l'hôpital dans le dossier médical électronique. Si l'information sur la médication n'est pas complète, l'infirmière contacte d'autres sources (famille, pharmacies communautaires) pour la compléter et fournir la meilleure liste possible des médicaments pris à domicile. Elle actualise cette liste dans le dossier médical électronique. Elle consulte le pharmacien clinique pour corriger les contradictions potentielles lorsque des différences apparaissent entre le traitement actuelle à l'hôpital et celui à domicile. Les prescripteurs des médicaments sont contactés pour aider à résoudre ces différences.</p> <p>Les interventions post hospitalisation incluent un suivi par téléphone 48 heures après la sortie avec une interview structurée, une réconciliation médicamenteuse, une visite à domicile 14 jours après la sortie pour observer l'utilisation de la médication à domicile et les symptômes relatifs à la maladie. <b>Combiner les 2 interventions permet de déterminer si la visite à domicile apporte des informations supplémentaires concernant l'autogestion du patient, qui ne seraient pas captées lors d'une interview par téléphone.</b> L'autogestion de la médication est évaluée selon les capacités du patient à se procurer ses médicaments, à s'organiser avec son régime médicamenteux, à prendre ses médicaments, à obtenir le renouvellement des ordonnances.</p> <p>À chaque fois que c'est possible, l'infirmière interagit avec la famille durant l'hospitalisation. Un suivi par téléphone à 30 jours après la sortie évalue la résolution des contradictions dans la médication et les visites des soins. Des appels supplémentaires à 60 et 90 jours s'intéressent aux éventuelles réadmissions ou visites aux urgences. Il manque des informations dans les dossiers médicaux si les patients se sont rendus sur différents sites hospitaliers.</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>Patients admis n=72 → patients enrôlés n=32, âgés de 22 à 88 ans.</p> <p>87% sont des femmes, 94% sont des afro-américains. Le nombre de médicaments prescrits à la sortie varie entre 4 et 21. Selon le niveau d'étude, 2 sujets ne sont pas capables de lire et 4 ne peuvent pas participer parce qu'ils n'ont pas de lunettes.</p>
Présentation des résultats	<p>Le comportement de prise de médicaments a été mis en lien avec le fait que le patient se rappelle de prendre ses médicament et s'il ressent des effets bénéfiques. 25% oublient de prendre leurs médicaments, 15% sont négligents envers le moment de la prise, 25% arrêtent parfois de prendre leur médicament car ils se sentent mieux, 40 % arrêtent leurs médicaments quand ils se sentent moins bien. Ces données permettent structurer l'intervention de coaching et ainsi d'inclure une discussion sur les effets et effets indésirables attendus de la médication.</p>

	<p>Les auteurs ont eu des difficultés à contacter les participants après leur sortie. Grâce aux numéros de téléphones cellulaires et d'amis, ils ont réussi à atteindre les patients. Les membres de la famille responsable de la gestion de la médication ont pu être interrogés. <b>18 participants ont participé aux interviews par téléphones.</b> Les autres n'ont pas répondu, étaient en soins aigus, ou ont pris la décision de se retirer de l'étude.</p> <p>Le nombre de médicaments en moyenne prescrit à la sortie (pour les patients qui avaient une visite à domicile) était de 10.63 +- 4.13. Le nombre de médicaments pris, évalué lors la visite à domicile, était de 8.5 +- 4.32. <b>Des contradictions dans la médication ont été trouvées dans 67% des participants soit par l'interview au téléphone soit lors de la visite à domicile. Les infirmières ont trouvé 36 contradictions lors de 16 visites. Dans 10 de ces 16 visites (soit 62.5%), les infirmières ont trouvé des contradictions dans la médication qui n'avaient pas été détectées par l'interview au téléphone.</b> 4 participants n'avaient pas de contradictions, 2 avaient résolu les différences après le téléphone. Le nombre de contradictions trouvé durant la visite était corrélé négativement avec le score de Morisky reporté dans l'interview à l'hôpital (<math>r = -0.664</math>). <b>Le nombre élevé de contradictions était significativement corrélé (<math>P=0.005</math>) aux scores faibles de Moriski (= faible adhérence à la médication).</b></p> <p>La plupart des contradictions se situaient au niveau « <b>non adhérence non intentionnelle</b> », dont l'omission du médicament étant le plus fréquemment rencontrée. <b>Les instructions des copies de la sortie étaient incomplètes, imprécises, illisibles sont le facteur de risque (des contradictions) le plus fréquent.</b> Durant les visites à domicile, aucune lettre de sortie originale avec les instructions n'a été trouvée. Les infirmières avaient apporté des copies afin de comparer la médication à domicile. Les pharmaciens cliniques ont été contactés après 2 visites pour voir s'il était possible de simplifier le traitement (soit le rendre moins complexe) mais ils ont répondu que non.</p> <p>Plusieurs membres de la famille se partagent les soins d'une personne souffrant de maladie chronique. <b>Coacher les aidants primaires responsables du régime médicamenteux est important pour la résolution des contradictions.</b> Par exemple, fournir un semainier (boîtes à pilules) aide les membres de la famille à coordonner leurs tâches et leurs responsabilités.</p> <p>Les participants étaient confus face aux instructions sur la médication, spécialement lorsque leurs médicaments étaient diminués ou devaient être pris durant une durée précise, avec une date de début et de fin fixes. Un patient explique qu'il ne comprenait pas son régime médicamenteux par rapport aux dosages et ne savait pas à qui demander des clarifications.</p> <p>Des difficultés dans la gestion de la médication sont couramment observées, spécialement quand de multiples prescriptions sont impliquées, même avec l'aide de semainier. Des erreurs dans les semainiers sont possibles, la visite à domicile permettrait de les repérer.</p> <p>Sur les 32 patients qui avaient commencé l'étude, 7 se sont retirés avant les 90 jours de suivi. <b>Sur les 25 restants, 7 (28%) ont été réadmis à l'hôpital durant la période de suivi.</b> Rien ne prouve l'implication d'une contradiction dans la médication. Les infirmières ont passé beaucoup de temps à suivre les patients et leur famille suite à la sortie (habitation à 5 miles de l'hôpital, temps de parcours de 15 minutes, visite durant de 10 à 60 minutes). La contribution des proches aidants n'a pas été mesurée car le temps n'est pas évaluable dans certains cas. Les auteurs ont besoin de détailler la composante du temps attentivement pour reporter les coûts précis de cette intervention.</p>
<b>Discussion</b>	Krakauer and Naylor ont défini 2 buts de base pour les interventions dans les transitions de soins : 1. S'occuper des lacunes

Intégration de la théorie et des concepts	<p>dans la prestation de soins sécuritaires 2. S'occuper de la source (cause profonde) de ces faibles résultats. Le premier but avait été exploré à travers cette étude pilote. La lacune concerne le manque d'efficacité dans les lettres de sorties. Cette étude pilote permet à l'équipe d'acquérir les connaissances approfondies sur les besoins des soins à domicile des patients et familles (avec une pauvreté intellectuelle, misère) et un début de compréhension concernant les causes des taux élevés de réadmission. Les patients ayant consulté leur médecin traitant tendent à avoir une meilleure compréhension de leur régime médicamenteux. Des transmissions aux médecins traitants rapidement délivrées après la sortie semblent donner de meilleures chances aux soins sécuritaires. <b>Cette étude ne peut proposer de solutions à cause des pauvres résultats de soins récoltés sur les sources d'erreurs.</b></p> <p>Pour rappel, le second but de cette étude concerne la comparaison entre le nombre et le type de contradictions dans les médications. Le suivi par téléphone et la visite à domicile a démontré que des données riches peuvent être obtenues lors des visites à domicile. La technologie de l'information permet d'assurer la continuité des soins. En effet, elle peut aider à suivre la coordination des soins et à communiquer des informations importantes sur la médication à la sortie aux professionnels de la santé, aux patients ainsi qu'à leurs aidants. The Moriski Medication Adherence Scale peut être potentiellement utilisée comme une mesure des facteurs de risques durant l'admission à l'hôpital.</p> <p><b>Limitations :</b> Majorité de femmes, hommes peu représentés. 1 hôpital pris en compte, patients de la même ville avec une éducation et des moyens financiers limités. Les résultats aurait-il été les mêmes si plus de participants avait participé ? The Moriski Scale a un alpha en dessous de 0.70.</p> <p><b>Conclusion :</b> L'intervention d'une infirmière à la sortie permet de détecter des contradictions dans la médication de la population de la ville. Les meilleures conditions à la communication des informations importantes sont lors d'un face à face après la sortie, quand le patient et la famille assument leurs responsabilités de soins. Le contact avec le patient sa famille avant la sortie permet à l'infirmière d'établir un rapport initial avec les participants, ce qui facilite le suivi post hospitalisation dans plusieurs cas. L'équipe de soins et médical hospitalière a une fonction de liaison avec les médecins traitant afin des les aider à résoudre les soucis d'autogestion. L'intervention menée par l'infirmière est un model qui peut être transposé dans d'autres institutions.</p>
Perspectives futures	L'impact des systèmes d'informations et la projection des risques sur la coordination des soins, pour une population souffrant de désavantages économiques et éducationnels donnent des perspectives d'études futures.
<b>Questions générales</b> Présentation	Bien structuré.
Evaluation globale	L'échantillon est petit. Les données sont exploitables puisqu'elles proposent des interventions à notre question de recherche. Cependant il faudra préciser dans la discussion ou les limitations de notre revue que l'échantillon de cette étude est petit. Le point de la collaboration est repris, ce qui est très intéressant pour notre revue. L'infirmière est comprise dans les interventions, puisque dans cette étude elle participe activement à la réconciliation médicamenteuse.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique  
Approche quantitative**

Costa L. L. & Poe S. S. (2011). Challenges in Posthospital Care. Nurses as Coaches for Medication Management. *Journal of Nursing Care Quality*, 26(3), 243-251.

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	x			
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	x			
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	x			
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	x			
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			x	On peut les déduire, ils ne sont pas clairement définis.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	x			
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	x			Issues de revues de littérature.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	x			Etude pilote non expérimentale, descriptive
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	x			
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de		x		N = 32 Petit échantillon

	la recherche ?				
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	x			
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	x			
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	x			
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	x			
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?			x	Commentaires présents mais manque de graphiques ou tableaux pour illustrer.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	x			
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	x			
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	x			
<b>Questions générales</b>	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé	x			Acceptable. L'échantillon est petit.

Présentation	pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	x			Touche la discipline infirmière. <b>IMPORTANT DE LA COLLABORATION !</b> Démontre l'importance du suivi des infirmières pour voir si le suivi du traitement est correct à domicile suite à la sortie. Permet de faire les enseignements nécessaires en cas de non respect du traitement prescrit par le patient (non volontaire) et les corrections si elles rencontrent des contradictions dans les traitements. Par exemple lorsqu'il y a des erreurs dans les prescriptions des doses ou de la durée du traitement.

**Grille de lecture d'un article scientifique  
Approche quantitative**

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Hohmann C., Neumann-Haefelin T., Klotz J. M., Freidank A., Radziwill R. (2014). Providing systematic detailed information on medication upon hospital discharge as an important step towards improved transitional care. <i>Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics</i> , 39, 286-291.
Résumé	<p><b>État des connaissances</b> : une bonne communication entre l'hôpital et les soins primaires (médecin traitant) est importante pour assurer la continuité des soins lors de la transition qui suit une hospitalisation. Les problèmes de médication surviennent lors de cette interface. Les lettres de sortie manquent souvent de structure dans le rapport des médicaments et ne précisent pas les raisons des changements de médication (résultat du faible taux d'adhérence)</p> <p><b>Objectifs</b> : Développer une structure pour le rapport des médicaments dans la lettre de sortie. Evaluer l'impact du rapport de la médication pour les patients ayant eu un accident vasculaire cérébral (AVC) et identifier le problème le plus important dans le processus des transitions de soins pour ces patients.</p> <p><b>Méthodes</b> : 1. Développement d'un rapport structuré des médicaments. 2. Evaluation de l'impact de ce nouveau rapport dans la pratique clinique à travers une étude en deux phases avec des patients AVC ayant plus de 2 médicaments à la sortie. Dans le groupe « contrôle » (CG), le neurologue inclut la médication actuelle dans la lettre de sortie. Dans le groupe « intervention » (IG), le pharmacien ajoute des informations détaillées dans le rapport des médicaments. Pour évaluer l'adhérence à la médication à la sortie, les médecins de soins primaires (médecin traitant) sont interviewés 3 mois après la sortie de l'hôpital sur la médication. L'adhérence est mesurée selon le respect de l'entier du régime médicamenteux, le traitement anticoagulant et anticholestérolémiant ainsi que le traitement en suspend. Les problèmes les plus importants dans les transitions de soins pour</p>

	<p>les patients AVC sont identifiés en se basant sur la prévention d'une attaque secondaire et les risques cardiovasculaires.</p> <p><b>Résultats et discussion :</b> 312 patients enrôlés, 156 dans chaque groupe (au final CG n=135, IG n=146). Avec le développement de la nouvelle lettre de sortie, l'adhérence a augmenté significativement de 83.3% pour le CG à 90.9% pour l'IG (P = 0.01). Des différences significatives entre le CG et IG ont été trouvées en regard de l'adhérence au traitement anticoagulant (83% CG vs. 91.9% IG ; P = 0.033) et un traitement aux statines (69.8% CG à 87.7% IG ; P &lt; 0.001).</p> <p><b>Conclusion :</b> L'utilisation d'un rapport structuré pour la médication dans une partie de la lettre de sortie améliore l'adhérence à la médication à la sortie de l'hôpital.</p>
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	L'amélioration du processus de transition de soins passe par une bonne communication entre les hôpitaux et les médecins traitants. Les problèmes de médication sont présents à cette interface. Il est important d'assurer la continuité des soins aux patients.
Recension des écrits	49% d'erreurs médicamenteuses surviennent suite à une hospitalisation. Le régime médicamenteux a souvent subi des changements entre le moment de l'admission et la sortie (maladie aiguë, nouveau diagnostic). Les traitements sont changés sans raison précise dans la lettre de sortie et le médecin traitant doit décider de les continuer ou non. Il est important que les informations sur la médication soient complètes et précisent lors du transfert. Bergkvist et al. ont déjà démontré la diminution des erreurs médicamenteuses grâce à des rapports de sortie comprenant les raisons des changements. Ces dernières années, il a été reconnu que le pharmacien a un rôle essentiel et permet une amélioration de la sécurité de la médication. <b>La collaboration médecin-pharmacien-patient est importante.</b> Le pharmacien clinique contrôle les informations transférées par la revue de la médication et la conciliation de la médication à l'admission, et donne des conseils à la sortie de l'hôpital.
Cadre théorique ou conceptuel	<b>Les soins de transition</b> = un ensemble d'actions conçues pour assurer la coordination et la continuité des soins lors des transferts de patients entre différents établissements et différents niveaux de soins au sein d'un même établissement.
Hypothèses	<b>Objectifs de l'étude :</b> 1. Développer un rapport structuré de la médication qui fera partie de la lettre de sortie et évaluer l'impact de ce rapport chez les patients AVC 2. Identifier les problèmes les plus importants dans les transitions de soins des patients AVC 3. Evaluer l'utilité des informations détaillées concernant les modifications de médicaments dans la lettre de sortie pour le médecin traitant
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Tester une intervention dans la pratique clinique en comparant un CG et un IG → Etude randomisée (« [...] après randomisation [...] » p. 289)
Population et contexte	Patient avec un diagnostic de accident ischémique transitoire (AIT) et AVC, ayant 18 ans minimum, qui prennent 2 médicaments ou plus durant le séjour hospitalier et à la sortie. Klinikum Fulda gAC, hôpital universitaire en Allemagne, impliquant une unité complète pour les AVC, en association avec un pharmacien clinique et des médecins traitant dans la région de Fulda. Etude conduite d'octobre 2011 à juin 2011 pour le CG et d'octobre 2011 à mars 2012 pour l'IG.

Collecte des données et mesures	<p>Le suivi après 3 mois permet d'évaluer l'adhérence à la médication à la sortie. Les médecins primaires traitant sont interviewés clinique par téléphone 3 mois après la sortie concernant la médication actuelle de chaque patient. L'adhérence est mesurée par le pharmacien clinique. Il se focalise particulièrement sur l'intégralité du régime médicamenteux, les médicaments anti thrombotiques et le traitement aux statines, ainsi que sur la médication arrêtée. <i>L'adhérence est définie comme la continuité de la thérapie de la sortie de l'hôpital à 3 mois après la sortie par le médecin traitant. Toute déviation induit une non adhérence (sauf pour la substitution par un générique et la modification du dosage des antihypertenseurs et traitement contre le diabète).</i></p>
	<p>Analyses statistiques : PASW statistics 18.0. Les données descriptives sont montrées par le median et l'interquartile (IQR) ou les déviations standards de la moyenne (SD). Le chisquared test est utilisé pour évaluer les différences de proportion. Le T-Test compare les moyennes des 2 groupes. Le Kolmogorov-Smirnov test est utilisé pour déterminer la distribution normale des variables. Le Non parametric rank sum test par Mann and Whitney permet de comparer la distribution des classes/rangs des 2 groupes. La valeur P est considéré statistiquement significative &lt;0.05.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Des revues scientifiques, des rencontres avec des médecins primaires traitants et hospitaliers, ainsi que les expériences des auteurs dans la pratique clinique ont permis d'identifier les publications essentielles au sein du rapport de la médication :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lister la médication à l'admission à l'hôpital et à la sortie en deux colonnes dans un tableau pour rendre les changements de médicaments visibles en un coup d'œil</li> <li>• Donner des informations détaillées sur tous les changements de médicaments durant le séjour hospitalier et les raisons de ces changements en utilisant des formulations standardisées</li> <li>• Lister les noms commerciaux et les principes actifs</li> <li>• Souligner le moment où le médicament est commencé durant l'hospitalisation avec la précision « Commencé durant le séjour hospitalier »</li> <li>• Souligner le moment où le médicament est stoppé durant l'hospitalisation avec la précision « Stoppé »</li> </ul> <p>Tout d'abord, un rapport de médication structuré a été développé, incluant le nom commercial, le principe actif, l'effet (avantage de le prendre), la forme de dosage et le dosage. Des informations détaillées sont données sur toutes les modifications du régime médicamenteux, comprenant les raisons des nouveaux médicaments, les modifications de dosages, l'arrêt de médicaments, les contre-indications, les interactions, les effets secondaires, les indications en cas d'oubli.</p> <p>Pour assurer la continuité de ces informations détaillées dans la lettre de sortie, une formulation standardisée a été définie : par exemple : Acetylsalicylic acid (asprin) 100 mg → clopidrogel 75 mg : prévention secondaire, traitement d'intensification à cause du profil à haut risque et des problème occlusif des artères périphériques ; pour xxx mois (jusqu'au yyy) pour la raison zzz, suivi par AAS 100 mg en monothérapie ; médicament stoppé car a une contre-indication en cas d'insuffisance rénal.</p>

Table 1. Example of the medication report in the discharge letter with detailed information

Medication				
On admission		At discharge		
Drug	Dose frequency	Drug	Dose frequency	Information
Aspirin 100 mg tabl.	QAM	Discontinued		*1
Enalapril 5 mg tabl.	BID	Enalapril 10 mg tabl.	BID	*2
Metoprolol 100 mg tabl.	BID	Beloc ZOK 95 mg retard tabl. (Metoprololsuccinat)	BID	
Commenced during hospital stay		Marcumar (phenprocoumon) 3 mg tabl.	According to INR	*3
Commenced during hospital stay		Simvastatin 40 mg tabl.	QPM	*4
Commenced during hospital stay		Digoxin 0.25 mg tabl.	QAM	*5

BID (bis in die) – twice daily; QAM (quaque die ante meridiem) – one dose in the morning; QPM (quaque die post-meridiem) – one dose in the evening.

#### Additional information

- \*1 – aspirin has been discontinued due to new therapy with an oral anticoagulant.
- \*2 – enalapril; dose has been increased due to high blood pressure to optimize antihypertensive medication.
- \*3 – phenprocoumon; indication: atrial fibrillation, target INR 2-3.
- \*4 – simvastatin 40 mg; for cholesterol lowering and plaque stabilization. Simvastatin produces additional benefits for high-risk patients, irrespective of their initial cholesterol level, and reduces the rates of myocardial infarction, stroke, and of revascularization by about one-quarter.
- \*5 – digoxin has been started for rate control due to new diagnosed atrial fibrillation.

Ensuite, l'impact de ce nouveau rapport sur la médication sur la pratique clinique est évalué avec une étude en deux phases ouvertes, prospectives et interventionnelles conduite par le Klinikum Fulda gAC. Un pharmacien clinique expérimenté s'est occupé de différentes tâches : concilier la médication de chaque patient (CG et IG) admit dans l'unité des AVC ; contrôler les rapports de médication régulièrement durant l'hospitalisation ; identifier et résoudre les problèmes liés aux médicaments ; prendre part aux rondes de garde ; enregistrer tous les changements de médicaments faits durant le séjour hospitalier.

La prévention secondaire a été conduite en accord avec les guidelines nationaux et internationaux.

Pour le CG : le neurologue a inclus la médication actuelle avec le nom commercial et le dosage dans la lettre de sortie

Pour l'IG : Le pharmacien clinique a inclus le rapport de médication avec des informations détaillées dans la lettre de sortie approuvées par le neurologue.

Suivi après 3 mois : pour évaluer l'adhérence à la médication à la sortie, les médecins traitants sont interviewés par téléphone 3 mois après la sortie concernant la médication actuelle de chaque patient.

**Le problème le plus important dans la transition de soins pour les patients avec un AVC** sera identifié en se basant sur la prévention secondaire et les facteurs de risque cardiovasculaire.

**L'utilité des informations détaillées dans la lettre de sortie est évaluée** par une enquête envoyée par mail aux médecins traitants qui avaient reçu les lettres de sortie des patients IG. Le questionnaire comprenait 4 items : la comparaison entre la médication à l'admission et à la sortie répartie en 2 colonnes ; les informations détaillées sur le début, l'arrêt ou la modification des médicaments durant le séjour hospitalier ; l'amélioration de la transparence dans les changements sur le régime médicamenteux ; la réduction des erreurs de médication lors des interfaces entre l'hôpital et les contextes ambulatoires. Ils peuvent noter entre 1 (très bien) et 6 (insuffisant).

<b>Résultats</b> Traitement des données	N = 312, soit 156 dans chaque groupe → 155 par groupe → au final 146 dans l'IG et 135 dans le CG suite à la vérification de la disponibilité de l'intégralité du régime médicamenteux. Il n'y avait pas de différences significatives entre les 2 groupes.
Présentation des résultats	<p><b>Evaluation de l'impact du rapport de la médication des patients avec un AVC.</b> L'adhérence augmente significativement de 83.3% (CG) à 90.9% (IG ; P = 0.01). Des différences significatives entre le CG et IG ont été établies en regard de l'adhérence aux traitements anti thrombotiques (83.8 % CG vs 91.9% IG, P = 0.033) et avec les statines (69.8% CG vs 87.7% IG, P &lt; 0.001). Pas d'amélioration significative n'a été démontrée avec l'arrêt de médicament (P = 0.119).</p> <p><b>Identification du problème le plus important dans la transition de soins des patients AVC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Médicaments anti thrombotiques</i> : pour la continuité du traitement antiagrégant plaquettaire ou anticoagulant oral après la sortie, il est nécessaire d'inclure les raisons de l'utilisation de ces médicaments, les indications du traitement anticoagulant avec la cible de l'INR, l'indication et la durée de la thérapie duale antiagrégant plaquettaire (aspirin + clopidogrel ou autre anticoagulant).</li> <li>- <i>Statines</i> : une raison doit être donnée à l'addition ce type de médicament.</li> <li>- <i>Contrôle des facteurs de risques cardiovasculaires</i> : Le plus important est de réduire la pression artérielle en-dessous de 140/90 mmHg, 135/80 mmHg pour les diabétiques.</li> </ul> <p><b>Evaluation de l'utilité de l'information détaillée dans la lettre de sortie.</b> L'enquête a été envoyée à 111 médecins traitants, avec un retour de 53%. Les résultats de cette étude démontrent que des informations détaillées systématiques sur la médication à la sortie de l'hôpital insérées dans la lettre de sortie contribuent à l'amélioration de la transition de soins. L'adhérence peut être considérablement améliorée en ce qui concerne le commencement d'une nouvelle médication ou des changements au sein du traitement médicamenteux. L'adhérence aux changements dans la médication faits à l'hôpital est plus grande de la part des médecins traitants grâce à une meilleure communication.</p>
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	<p>Müller-Bühl et al. ont montré que dans 19.4% des hôpitaux proposés en Allemagne, la médication était sortie inchangée. Seules 5 des 130 lettres de sortie envoyées aux médecins traitants contenaient des informations détaillées sur les changements des médicaments, ce qui montre clairement la nécessité d'améliorer cette étape de la transition de soins.</p> <p>Une étude canadienne a démontré que la documentation sous une forme simple de la médication à l'admission, des changements au cours de l'hospitalisation et de la médication au moment de la sortie permet de standardiser les profils des patients dans les pharmacies communautaires après l'hospitalisation. Cette forme de standardisation est un outil utile pour diminuer les problèmes liés aux médicaments. Cependant la présente étude n'inclut pas les pharmacies communautaires, seuls les médecins traitants sont inclus car ils peuvent gérer la médication des patients.</p> <p>Midlöv et al. ont montré (étude similaire mais avec une population et des paramètres différents) que le rapport de médication structuré pouvait réduire les erreurs de médication. Les erreurs les plus fréquentes se déroulaient lors de l'addition de médicaments chez les patients âgés transférés de l'hôpital à la maison de retraite. Ils ont ressorti les impacts positifs du rapport de la médication sur les risques de conséquences cliniques.</p> <p>Les médecins traitants ont évalué la lettre de sortie détaillée. L'appréciation « très bien » a été relevé concernant les changements de médicaments effectués, ce qui soutient le besoin de recevoir plus d'informations afin améliorer la</p>

	<p>compréhension et la gestion du traitement médical. Karapinar et al. ont montré que plus de 85% des médecins traitants souhaitent savoir si la médication a été stoppée ou changée durant l'hospitalisation et pourquoi. Assurer un suivi optimal des soins nécessite donc de recevoir des informations sur la médication à la sortie comprenant notamment les raisons des changements de la médication de base.</p> <p><b>Limitations :</b> Suivi sur une période de 3 mois, ce qui est relativement court, mais longtemps assez pour évaluer l'adhérence au traitement dans les 3 phases importantes (après la sortie, après le transfert en réhabilitation et dans un contexte ambulatoire). Les auteurs n'ont pas cherché les raisons des changements ou l'arrêt de la médication durant les 3 mois suivant auprès des médecins traitants. Les auteurs n'ont également aucune données ni sur les différences, ni sur les résultats cliniques, ni sur les évènements médicamenteux indésirables entre CG et IG. <b>Le comportement des patients concernant la prise de médicaments n'a pas été exploré puisque l'étude se portait sur l'adhérence des médecins traitants à la médication à la sortie de l'hôpital.</b></p>
Perspectives futures	Aucune autre étude en Allemagne n'avait encore développé de rapport spécifique sur la médication prenant part à la lettre de sortie. Ces résultats renforcent le réel besoin d'améliorer le transfert des informations entre les hôpitaux et les soins ambulatoires. L'utilisation d'un rapport sur la médication, comportant des informations détaillées systématiques, est un pas important dans l'amélioration de la communication dans les transitions de soins.
<b>Questions générales</b> Présentation	Bien présenté. Rappel souvent les critères et le but de l'étude, ce qui évite de dévier du sujet. Parle vraiment du problème de communication entre les différents contextes de soins, soit les problèmes de transmissions d'informations claires.
Evaluation globale	Donne des pistes concrètes. Touchent principalement les médecins. La collaboration pour ce type d'intervention est essentielle, entre le médecin de l'hôpital, le pharmacien clinique et les médecins traitants. L'infirmière est aussi touchée puisqu'elle les côtoie tous et de part sa proximité avec le patient. Dans certains cas, c'est elle qui remet les papiers de sortie et les explique. Elle est impliquée dans chaque sortie.

### Grille de lecture critique d'un article scientifique Approche quantitative

Hohmann C., Neumann-Haefelin T., Klotz J. M., Freidank A., Radziwill R. (2014). Providing systematic detailed information on medication upon hospital discharge as an important step towards improved transitional care. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 39, 286-291.

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	x			

<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	x			
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	x			
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	x			
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	x			Concept de transition de soins défini. Pas de cadre théorique expliqué.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	x			Les objectifs sont décrits.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	x			
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?			x	Tester une intervention dans la pratique clinique en comparant un CG et IG → Etude randomisée par déduction (p. 289 « [...] après randomisation [...] »)
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	x			
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	x			
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	x			
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	x			
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x			

<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	x			
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	x			
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	x			
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	x			
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	x			Etude dans le domaine médical et pas assez infirmier car elle parle de lettre de sortie que seul les médecins rédigent pour l'instant. A voir dans la collaboration interdisciplinaire le rôle de l'infirmière dans les interventions présentées. A l'HFR, l'infirmière donne la lettre de sortie et l'explique, donc si la lettre est plus claire, l'enseignement est plus facile et la compréhension du patient améliorée. Elle peut agir en cas de problème dans la lettre car

					<p>elle la vérifie avant de la donner.</p> <p>L'intervention est testée dans un contexte avec des patients souffrant d'AVC uniquement et pas plusieurs pathologies confondues. Mais si cela fonctionne déjà pour ce type de patient, ceci donne des pistes pour les études futures.</p>
--	--	--	--	--	---

**Grille de lecture d'un article scientifique**  
**Approche qualitative → ici revue systématique**

<b>Aspects du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Kwan J. L., Lo L., Sampson M. Shojania K. G. (2013). Medication Reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy. A systematic review. <i>Annals of Internal Medicine</i> , 158(5), 397-403.
<b>Résumé</b>	<p><b>Problématique</b> : L'identification et la résolution des divergences non intentionnelles entre la liste des médicaments pré et post hospitalisation des patients durant les transitions nécessite le bilan comparatif des médicaments.</p> <p><b>But</b> : synthétiser les preuves de l'efficacité du bilan comparatif des médicaments à l'hôpital.</p> <p><b>Méthode</b> : Les banques de données utilisées sont : Medline, Embase, Cochrane Central Register of Control Trials. Les études sont retenues si elles évaluent les effets du bilan comparatif de la médication sur les divergences non intentionnelles risquant de nuire aux patients ou de provoquer une visite aux urgences ou réadmission dans les 30 jours suivant la sortie. 2 chercheurs ont évalué l'éligibilité des études, les résumés et la qualité des études.</p> <p><b>Résultats</b> : 18 études évaluant 20 interventions répondent aux critères de sélection. 17 des 20 interventions sont concentrées sur les pharmaciens qui exercent le bilan comparatif des médicaments. La plupart des divergences n'ont pas eu d'incidence clinique. Pour avoir une efficacité maximale, le bilan comparatif des médicaments doit être combiné avec d'autres interventions pour mener à une qualité des soins de transition améliorée.</p>
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	<p>La communication incomplète et des informations lacunaires (étourderie, inattention, inadvertance,...) présentent un risque d'erreur chez le patient lors des transitions de soin de l'entrée à la sortie.</p> <p>Le changement non intentionnel de régime médicamenteux entre l'admission et la sortie représente une catégorie d'études sur de telles erreurs. D'autres divergences sont présentes à cause du manque d'informations complètes et précises sur le traitement (ttt) habituel et les dosages.</p>
Recension des écrits	<p>Des divergences médicamenteuses dans le ttt des patients hospitalisés sont présentes chez 67% d'entre eux et se poursuivent à leur sortie. 40 à 80% de ces patients ne souffrent d'aucune conséquence clinique.</p> <p>Les corps d'accréditation de soin des Etats-Unis et du Canada soutiennent l'identification formelle et les corrections des divergences médicamenteuses.</p>

Cadre théorique ou conceptuel	<p>« Patient Safety Strategy ». Recueillir le meilleur historique possible des médicaments des patients à l'entrée est essentiel pour le bilan comparatif des médicaments. 2 étapes : 1. Processus systématique pour obtenir les médicaments prescrits et non prescrits en utilisant une interview structurée 2. Vérification de cette information par une autre source fiable (pharmacie, médecin traitant, ...).</p> <p>La conciliation se réfère à l'achèvement de l'historique du ttt et à la correction de toutes les divergences non intentionnelles entre le régime médicamenteux antérieur et les ordres proposés à l'admission (hôpital, home, réhabilitation), durant le transfert intra hospitalier (entre services) ou à la sortie (domicile ou home). Un bilan comparatif plus avancé implique une <b>collaboration interdisciplinaire</b> (médecin et infirmière ou pharmacien comme équipe), une intégration de ce bilan dans la synthèse de sortie et la prescription, des conseils sur la médication au patient. Le bilan comparatif fait partie d'un groupe d'interventions, telles que le conseil sur le plan de soins à la sortie, la coordination avec les rdv de suivi et les coups de téléphone post sortie.</p>
Question de recherche	<p>Cette étude cible l'effet du bilan comparatif des médicaments sur les divergences de médicaments qui ont le potentiel de nuire (« clinical significant discrepancies ») et de provoquer une réhospitalisation après la sortie. Les chercheurs ont estimé ces paramètres par le nombre des visites aux urgences non planifiées et les réadmissions à l'hôpital dans les 30 jours, dans un contexte de soin hospitalier (non ambulatoire).</p>
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	Revue systématique de littérature
Population et contexte	<p>Essais randomisés contrôlés (RCT) ; évaluations avant – après ; études post interventions.</p> <p>Visites aux urgences et hospitalisation dans les 30 jours après la sortie ou lors d'une évaluation de la gravité ou des conséquences cliniques d'une divergence médicamenteuse. Un médecin indépendant ayant évalué les études, ont gardés les études traitant des divergences médicamenteuses.</p>
Collecte des données et mesures	<p>MEDLINE jusqu'au 5 novembre 2012, EMBASE entre 1980 et juillet 2012, Cochrane Center Register of Controlled Trials jusqu'en juillet 2012. Articles en anglais. Références des études également parcourues, parfois contact directement avec l'auteur.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les études ont été classées dans différentes catégories selon la gravité de leur potentiel de nuisance associé aux divergences de médicaments : « insignifiant », « mineur », « peu probable de causer du mal », « cliniquement significatif » correspondants au concept de « potential adverse drug events » (événement médicamenteux potentiellement indésirable)</p>
Rigueur	<p>3 évaluateurs ont revu la rigueur chaque article et la pertinence de chaque résultat en lien avec cette revue.</p> <p>2 évaluateurs ont utilisé le Cochrane Collaboration's tool pour évaluer les risques de biais des 5 études RCT.</p> <p>Cette revue est soutenue par l'Agency for Healthcare Research and Quality</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>18 études (Etats-Unis ou Canada) ont répondu aux critères d'inclusion. Critères d'exclusion : pays autres que cités ci-dessus, pas de distinction entre les divergences médicamenteuses intentionnelles et non intentionnelles ou évaluation clinique de la gravité basée sur le jugement de la personne ayant effectué la réconciliation médicamenteuse.</p> <p>5 études = RCT, faible risque de biais. 1 = quasi expérimentale, 3 = mesure avant et après l'intervention, 9 = mesure post</p>

	<p>intervention. 7 se concentrent sur des groupes de patients à haut risque (âgés, maladie chronique, multiples médicaments). 7 études comparent la réconciliation médicamenteuse aux soins habituels, 2 comparent deux formes de réconciliation. 5 des 20 interventions se centrent sur le moment de l'admission à l'hôpital, 7 sur la sortie à domicile, 1 sur le transfert interne et 7 sur les transferts multiples.</p> <p>Dans 9 des 18 études, les conséquences cliniques des divergences médicamenteuses et les réhospitalisations dans les 30 jours suivant la sortie ont été mesurées.</p> <p>1 étude a un résultat qui est différent mais quand même intéressant. L'étude a évalué la possibilité de mettre en place un système informatique pour les infirmières et pharmaciens qui s'occupent de l'admission.</p> <p>Les pharmaciens jouent un rôle majeur dans 17 des 20 interventions. Les infirmières et médecins ne délivrent que 3 interventions sans soutien du pharmacien, et une des interventions désigne une infirmière avocate de sortie assignée à cette intervention.</p> <p>Un milieu clinique informatisé (ordre médical et dossier médical électroniques) est relevé dans 13 interventions, mais la réconciliation de la médication électronique que dans 9. Le processus de réconciliation de la médication génère de nouveaux ordres de médication dans 3 interventions dans 2 études.</p>
Présentation des résultats	<p><i>Clinically Significant Unintended Medication Discrepancies.</i> Le median de toutes les divergences non intentionnelles jugées est cliniquement significatif à 34% (interquartile de 28% à 49%). Le median des patients avec au final 1 conséquences significative de ces divergences est de 45% (interquartile de 31% à 56%).</p> <p>2 interventions ont ciblé les patients à haut risque (complexité médicale, nombre de médicaments). 1 intervention a identifié 0.36 conséquence significative alors que les autres 0.91.</p> <p>2 RCT s'intéresse à l'effet de la réconciliation médicamenteuse sur les conséquences cliniques significatives engendrées par les divergences médicamenteuses. Dans un RCT, 178 patients ont bénéficié, à leur sortie, de la réconciliation médicamenteuse, des conseils d'un pharmacien et d'un suivi par téléphone dans les 5 jours suivant la sortie. Dans le groupe d'intervention, des patients ont eu des événements indésirables médicamenteux (EIM) évitables (1% vs 11% ; P=0.01). Le total des EIM ne diffère pas entre les 2 groupes. Un RCT a testé la mise en place d'une Web-based application qui utilise les dossiers médicaux informatiques pour produire une liste de médication en préadmission. Une réduction relative de potentiels EIM (et pour les divergences) de 0.72% (95% CI, 0.52 à 0.99) a été observée.</p> <p><i>Emergency Department Visits and Readmission Within 30 Days.</i> 5 études se sont centrées sur les patients à haut risque, sans augmenter l'effet de la réconciliation de la médication.</p> <p>3 RCT ont mesuré une réduction de 23% (CI, 5% à 37% ; <math>I^2 = 24%</math>). Cette réduction est due à la réconciliation médicamenteuse combinée avec d'autres interventions.</p> <p>Un RCT a été exclu de la revue car il n'évaluait pas les réhospitalisations dans les 30 jours mais durant les 12 mois suivant la sortie. Cette étude a rapporté une réduction de 16% avec l'intervention d'un pharmacien effectuant la réconciliation médicamenteuse et identifiant les problèmes dans le ttt, conseillant les patients à l'entrée et à la sortie et leur téléphonant 2 mois après la sortie pour s'assurer de leur gestion des médicaments.</p> <p><i>Harms</i> (mal, préjudice, tort). Dans les dossiers du patient, on peut retrouver les erreurs dans le processus de réconciliation médicamenteuse. Pour pouvoir produire la réconciliation médicamenteuse, le médecin se base souvent uniquement sur</p>

	<p>l'historique documenté du patient et a peu de possibilité de vérifier ces données.</p> <p>Pour prévenir les EIM, l'intervention d'un pharmacien est efficace alors qu'ils ne sont pas beaucoup sollicités dans les hôpitaux. Cependant, s'ils sont plus impliqués, ils risquent d'avoir moins de temps pour effectuer d'autres tâches importantes concernant la sécurité des patients.</p> <p><i>Effect of Context on Effectiveness.</i> La réconciliation de la médication est influencée par des facteurs contextuels :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La capacité de chaque patient à procurer directement un historique du ttt actualisé (grâce aux connaissances du patient)</li> <li>- La disponibilité des sources de données sur la médication</li> <li>- La possibilité de l'établissement de pouvoir informatiser l'entrée des ordres médicaux par le médecin et le dossier médical.</li> </ul> <p>Ces impacts n'ont pas pu être plus explorés par manque d'étude entrant dans les critères sur ce sujet.</p> <p><i>Cost.</i> La réconciliation médicamenteuse a reçu le mandat d'accréditation des États-Unis et du Canada. Une étude considère le rapport coût-efficacité dans 5 stratégies conduites par un pharmacien pour réduire les EIM. En comparaison à la non réconciliation, le rapport coût-efficacité se monte à 16'240 dollars au 31 décembre 2012. L'auteur estime le coût de l'implantation du pharmacien pour cette activité à 3'200 dollars par 1'000 prescriptions (données vérifiées par une étude économique qui évoquent des limitations dans les hypothèses environnantes incertaines sur les réductions des EIM attendus).</p>
<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Seules quelques divergences ont des conséquences cliniques. La plupart des patients n'ont pas de contradictions non intentionnelles. La réconciliation médicamenteuse est porteuse d'intérêt en raison de son effet potentiel sur la réduction des réhospitalisation après la sortie. 3 RCT ont montré en réduction significative dans les 30 jours suivant la sortie mais l'efficacité n'était pas claire car l'intervention était massive, comprenant plusieurs facteurs pour améliorer la continuité des soins.</p> <p>Il faudrait mesurer les effets de la réconciliation durant un temps plus long que 30 jours (par exemple l'étude observant sur 12 mois → réduction significative).</p> <p>Le problème est de savoir comment rendre la réconciliation de la médication plus efficace. La participation d'un pharmacien est importante. Cibler les patients à haut risque n'aide pas dans la prévention des divergences → à cause du petit nombre d'études ? De plus, les patients âgés et avec des maladies chroniques ont beaucoup de médicaments mais leur ttt est stable ou est bien connu du patient lui-même ou de son entourage. Le risque de divergences est donc plus faible. Par contre un des facteurs de risque des divergences médicamenteuses sont les changements fréquents ou récents.</p> <p>La réconciliation médicamenteuse faite par le pharmacien apporte beaucoup de succès. Cette revue de littérature a sélectionné des études qui évaluent les divergences non intentionnelles cliniquement significatives, distinguant les changements de ttt intentionnels ou non par la communication avec l'équipe médicale. Un médecin indépendant a également évalué les conséquences cliniquement significatives.</p>
<p>Perspectives</p>	<p><b>Plusieurs limitations :</b> limité aux articles publiés dans les banques de données scientifiques ; l'intérêt pour les divergences non intentionnelles cliniquement significatives n'est pas toujours le résultat principal des études choisies ; le résultat reste subjectif et ouvert à l'interprétation personnelle; les interventions des études choisies sont souvent décrites avec peu de détails et elles omettent fréquemment de parler du contexte (la compréhension des patients de leur ttt, la culture interprofessionnelle de l'institution).</p> <p>La plupart des divergences n'ont pas eu de conséquence clinique. Le rôle des pharmaciens est très important dans la plupart des</p>

	<p>études. Mais les bénéfices de la résolution des divergences ne sont présents dès le 1<sup>er</sup> mois suivant la sortie. Cela pourrait expliquer que la réconciliation de la médication utilisée seule ne semble pas réduire les réhospitalisation dans les 30 jours.</p> <p>Combiner la réconciliation de la médication avec d'autres interventions dont le but est d'améliorer la continuité des soins à la sortie est prometteur, mais l'effet spécifique de la réconciliation de la médication dans des interventions à multiples facettes peut ne pas apparaître avant plus que 30 jours après la sortie. Les <b>études futures</b> devraient examiner l'effet de la réconciliation de la médication sur les réhospitalisations ou visites aux urgences suite à la sortie à des moments supérieurs à 30 jours et devraient identifier les caractéristiques des patients ayant plus de risque de divergences non intentionnelles cliniquement significatives.</p>
<b>Questions générales</b> Présentation	Bonne présentation de manière générale. Seuls quelques résultats exploitables mais donnent ainsi des pistes pour les futures études.
Evaluation globale	<p><i>Les effets de la réconciliation de médicaments sur des contradictions non intentionnelles avec conséquences cliniques significatives.</i></p> <p>Appuie ce qui a été trouvé sur la réconciliation de la médication. Précise également que la réconciliation seule ne suffit pas, mais que c'est tout un groupe d'intervention où la réconciliation y est comprise qui réduit le taux de réhospitalisation. Les effets à 30 jours après la sortie de sont pas des plus flagrants en comparaison avec une étude qui regarde le taux à 12 mois, avec des résultats clairement significatifs.</p> <p>L'intervention d'un pharmacien est l'intervention la plus courante, attention selon une étude à ne pas trop les dévier de leurs activités de base concernant la sécurité des patients. <b>Dans la pratique routinière, les médecins et infirmières jouent ce rôle. Ils délivrent 3 interventions, sans soutien d'un pharmacien, et une d'elle utilise une infirmière avocate de sortie, assignée à délivrer cette intervention.</b></p>

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche qualitative → ici revue systématique**

Références de l'article analysé : Kwan J. L., Lo L., Sampson M. Shojania K. G. (2013). Medication Reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy. A systematic review. <i>Annals of Internal Medicine</i> , 158(5), 397-403.					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	x			
<b>Résumé</b>	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex.,	x			

	l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	x			
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	x			
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	x			« Patient Safety Strategy » ?
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	x			Oui le focus de l'étude est expliqué
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	x			
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	x			
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	x			L'échantillon correspond ici aux nombres et types d'articles avec les critères d'inclusion
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?			x	Aucune idée. Il n'y a pas d'informations sur ce sujet.
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	x			Banques de données utilisées citées
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	x			

Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x			
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	x			
<b>Résultats</b> Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	x			
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	x			
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	x			
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	x			
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>oui</b>	<b>Non*</b>	<b>Peu clair*</b>	<b>*Commentaires</b>

<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x		
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	x		Seuls quelques résultats exploitables mais donnent ainsi des pistes pour les futures études. Appuie des résultats déjà trouvés par d'autres études.