

**UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

ANNEE : 2016

2016 TOU3 2092

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Après soutenance du Mémoire du DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES de
INNOVATION PHARMACEUTIQUE ET RECHERCHE

Présentée et soutenue publiquement par

Marie MARCHAND

Née le 21 mai 1986, à Amiens (80)

**AIDE AU DEPLOIEMENT DE LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE
SUR LE TERRITOIRE MIDI-PYRENEES :
TRAVAUX PREPARATOIRES A LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET**

Le 27 octobre 2016

Directeurs de thèse : Madame le Docteur POMIES Sylvie
Monsieur le Docteur CESTAC Philippe

JURY

Président : Madame le Professeur SALLERIN Brigitte

1er assesseur : Monsieur le Professeur MASSIP Patrice

2ème assesseur : Monsieur le Docteur GRELLET Jean

3ème assesseur : Madame le Docteur BONNEFOUS Monique

4^{ème} assesseur : Madame le Docteur POMIES Sylvie

5^{ème} assesseur : Monsieur le Docteur CESTAC Philippe

PERSONNEL ENSEIGNANT
de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} octobre 2015

Professeurs Émérites

M. BASTIDE R	Pharmacie Clinique
M. BERNADOU J	Chimie Thérapeutique
M. CAMPISTRON G	Physiologie
M. CHAVANT L	Mycologie
Mme FOURASTÉ I	Pharmacognosie
M. MOULIS C	Pharmacognosie
M. ROUGE P	Biologie Cellulaire

Professeurs des Universités

Hospitalo-Universitaires

M. CHATELUT E	Pharmacologie
M. FAVRE G	Biochimie
M. HOUIN G	Pharmacologie
M. PARINI A	Physiologie
M. PASQUIER C (Doyen)	Bactériologie - Virologie
Mme ROQUES C	Bactériologie - Virologie
Mme ROUSSIN A	Pharmacologie
Mme SALLERIN B	Pharmacie Clinique
M. SIÉ P	Hématologie
M. VALENTIN A	Parasitologie

Universitaires

Mme BARRE A	Biologie
Mme BAZIARD G	Chimie pharmaceutique
Mme BENDERBOUS S	Mathématiques – Biostat.
M. BENOIST H	Immunologie
Mme BERNARDES-GÉNISSON V	Chimie thérapeutique
Mme COUDERC B	Biochimie
M. CUSSAC D (Vice-Doyen)	Physiologie
Mme DOISNEAU-SIXOU S	Biochimie
M. FABRE N	Pharmacognosie
M. GAIRIN J-E	Pharmacologie
Mme MULLER-STAU MONT C	Toxicologie - Sémiologie
Mme NEPVEU F	Chimie analytique
M. SALLES B	Toxicologie
M. SÉGUI B	Biologie Cellulaire
M. SOUCHARD J-P	Chimie analytique
Mme TABOULET F	Droit Pharmaceutique
M. VERHAEGHE P	Chimie Thérapeutique

Maîtres de Conférences des Universités

Hospitalo-Universitaires

M. CESTAC P	Pharmacie Clinique
Mme GANDIA-MAILLY P (*)	Pharmacologie
Mme JUILLARD-CONDAT B	Droit Pharmaceutique
M. PUISSET F	Pharmacie Clinique
Mme SÉRONIE-VIVIEN S	Biochimie
Mme THOMAS F	Pharmacologie

Universitaires

Mme ARÉLLANO C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme AUTHIER H	Parasitologie
M. BERGÉ M. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme BON C	Biophysique
M. BOUJILA J (*)	Chimie analytique
Mme BOUTET E	Toxicologie - Sémiologie
M. BROUILLET F	Pharmacie Galénique
Mme CABOU C	Physiologie
Mme CAZALBOU S (*)	Pharmacie Galénique
Mme CHAPUY-REGAUD S	Bactériologie - Virologie
Mme COSTE A (*)	Parasitologie
M. DELCOURT N	Biochimie
Mme DERAÈVE C	Chimie Thérapeutique
Mme ÉCHINARD-DOUIN V	Physiologie
Mme EL GARAH F	Chimie Pharmaceutique
Mme EL HAGE S	Chimie Pharmaceutique
Mme FALLONE F	Toxicologie
Mme FERNANDEZ-VIDAL A	Toxicologie
Mme GIROD-FULLANA S (*)	Pharmacie Galénique
Mme HALOVA-LAJOIE B	Chimie Pharmaceutique
Mme JOUANJUS E	Pharmacologie
Mme LAJOIE-MAZENC I	Biochimie
Mme LEFEVRE L	Physiologie
Mme LE LAMER A-C	Pharmacognosie
M. LEMARIE A	Biochimie
M. MARTI G	Pharmacognosie
Mme MIREY G (*)	Toxicologie
Mme MONTFERRAN S	Biochimie
M. Olichon A	Biochimie
M. PERE D	Pharmacognosie
Mme PORTHE G	Immunologie
Mme REYBIER-VUATTOUX K (*)	Chimie Analytique
M. SAINTE-MARIE Y	Physiologie
M. STIGLIANI J-L	Chimie Pharmaceutique
M. SUDOR J	Chimie Analytique
Mme TERRISSE A-D	Hématologie
Mme TOURRETTE A	Pharmacie Galénique
Mme VANSTEELANDT M	Pharmacognosie
Mme WHITE-KONING M	Mathématiques

(*) titulaire de l'habilitation à diriger des recherches (HDR)

Enseignants non titulaires

Assistants Hospitalo-Universitaires

Mme COOL C	Physiologie
Mme FONTAN C	Biophysique
Mme KELLER L	Biochimie
Mme PALUDETTO M.N (**)	Chimie thérapeutique
M. PÉRES M.	Immunologie
Mme ROUCH L	Pharmacie Clinique
Mme ROUZAUD-LABORDE C	Pharmacie Clinique

(**) Nomination au 1^{er} novembre 2015

Remerciements

Au Président du Jury

Madame le Professeur Brigitte SALLERIN,

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de ce jury. Soyez assurée de ma sincère gratitude et de mon profond respect. Je tiens à vous remercier pour tous vos enseignements universitaires passionnant, pour votre écoute, votre gentillesse et votre grande disponibilité.

Aux membres de mon Jury

A mes directeurs de thèse,

Madame le Docteur Sylvie POMIES

Praticien Hospitalier, Responsable des équipes pharmaceutiques de pôle, CHU de Toulouse

Pour m'avoir fait bénéficier de votre expérience, de vos conseils et de votre disponibilité, je vous remercie. Merci de m'avoir guidée avec la plus grande bienveillance. Je tiens à vous témoigner mon plus profond respect et ma plus vive reconnaissance.

et

Monsieur le Docteur Philippe CESTAC

Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier, CHU de Toulouse

Merci de m'avoir accompagné tout au long de ce travail et bien au-delà. Pour vos précieux conseils depuis de nombreuses années, la richesse de vos enseignements, votre disponibilité, votre soutien et votre gentillesse, votre investissement et votre persévérance, vos encouragements, votre soutien..., je vous remercie infiniment. Ces quelques lignes ne suffisent pas pour vous témoigner toute ma reconnaissance. Merci pour la confiance que vous m'accordée, puisse ce travail et la suite de notre collaboration être à la hauteur de vos espérances.

A Monsieur le Professeur Patrice MASSIP,

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, responsable du management de la prise en charge médicamenteuse, CHU de TOULOUSE

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de faire partie de mon Jury de thèse et de juger ce travail. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance. Je tiens à vous remercier pour votre grande disponibilité, votre dynamisme, ainsi que pour votre précieuse expérience partagée toutes les semaines à la COMEDIMS.

A Monsieur le Docteur Jean GRELLET,

Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier, CHU de Bordeaux

Je suis très honorée que vous ayez accepté de juger mon travail. Permettez-moi de vous témoigner ici l'expression de mon respect le plus sincère.

A Madame le Docteur Monique BONNEFOUS,

Praticien Hospitalier, Coordonnateur de l'OMEDIT Midi-Pyrénées

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de faire partie de mon Jury de thèse. Veuillez trouver ici mes remerciements les plus sincères. Je tiens également à vous remercier de m'avoir accueillie et guidée pendant un semestre à l'OMEDIT-MiP. Je suis heureuse de poursuivre aujourd'hui notre collaboration.

A tous les pharmaciens, internes et collègues que j'ai eu la chance de croiser
pendant mon parcours

A l'équipe de la COMEDIMS, Sophie, Jocelyne, merci pour votre bonne humeur, votre écoute et votre gentillesse. Merci Olaia (notre basque préférée !) pour ton soutien et les bon moments partagés ensemble !

Blandine, merci d'avoir encadré les prémices de cette thèse, mais surtout un énorme merci pour tout ce que tu as fait pour moi depuis maintenant 3 ans. Ces quelques lignes ne suffiront pas pour t'exprimer toute ma reconnaissance. Pour tes conseils, ta sagesse, ta bonne humeur, ta gentillesse et ta grande disponibilité, (...et les gouters de décompression), je te remercie infiniment. Travailler ensemble est un véritable plaisir et je suis heureuse de pouvoir continuer à apprendre à tes côtés, pendant encore quelques années je l'espère.

Aux externes, Jean-Baptiste et Mawa qui m'ont aidé à saisir les 200 conciliations nécessaires au test de mon outil,

A mes co-internes de la COMEDIMS, pour leur soutien tout au long de cette thèse : Margaux, Eve-Marie, Anne-Lise, Aurélie et Lucie,

Aux équipes pharmaceutiques de pôle, pour votre écoute et votre disponibilité. A Isabelle L, Mathieu, Isabelle R, Lucie et Fiona pour avoir cru en ce projet et y avoir contribué, MERCI !

A toute l'équipe de l'OMEDIT Aquitaine, Antoine B, Myriam, Emilie, Vanessa, Anne-Laure, Antoine A, Anna, Eric, Elise, Erwan. Cette année restera la plus marquante et riche en émotions de mon internat. Merci à tous pour votre gentillesse et pour toutes les connaissances que vous m'avez apportées. J'ai commencé avec vous mon premier semestre d'internat avec le projet Med'Rec et je termine par cette thèse... La boucle est bouclée !

A Bertrice LOULIERE, veuillez trouver ici mes remerciements et ma reconnaissance la plus sincère pour m'avoir fait partager votre passion, votre expérience et pour la confiance que vous m'avez accordée. Je profite chaque jour de tout ce que j'ai pu apprendre à vos côtés. Travailler avec vous, a été un véritable bonheur et j'espère avoir la chance de renouveler un jour cette expérience.

A l'équipe 4 de l'UMR INSERM 1027, madame le professeur Anne CAMBON-THOMSEN et Florence TABOULET, merci de m'avoir fait partager votre passion pour la recherche.

A tous les internes et assistants que j'ai eu le plaisir de rencontrer : Antoine, Xavier, Guillaume, Aurélie, Lucie, Eve-Marie, Anne-Lise, Margaux, ... Merci pour ces bons moments partagés !

A l'équipe de la Pharmacie PICAT : Monique, Frédérique, Françoise, Séverine, Carine, Jessica, merci de m'avoir fait connaître la pratique de la pharmacie d'officine comme elle devrait toujours l'être.

A mes amis

A mes copines de toujours : Céline, Marina, Amélie « ma binômette », Lorraine « ma témoin »,

A Aurélie, parce qu'on a toujours besoin d'une copine blonde (et j'ai évidemment choisi la meilleure !), pour tous les bons moments partagés, ta gentillesse et ton soutien depuis maintenant 5 ans,

A notre équipe de GRS et ces 19 années de douleurs, ces expériences inoubliables de partage et de compétition qui ont forgé ce que nous sommes aujourd'hui,

A mes amis par alliance avec le diable, Paul, Caroline, Louis, Marie, Romu, Lucie, Flavien, Maud, Stéphane, Marion, les Gersois, ...

Merci !

A ma famille

A mes parents, qui m'ont guidé, accompagné, soutenu dans ces longues études. Particulièrement merci pour toutes les choses que vous m'avez inculquées, bien plus importantes que toutes celles qu'on peut apprendre durant les études : l'ouverture d'esprit, le travail, le courage, la détermination, la générosité,... Aujourd'hui, je vous dédie ce mémoire, pour vous remercier de tout l'amour que vous m'avez donné et pour vous dire à quel point je vous aime.

Maman, merci pour toutes ces heures passées à me soutenir, m'aider, patienter que je finisse de travailler, ... Merci de m'avoir appris qu'il fallait croire en ses rêves et en ses passions. Tu es la plus forte et la plus courageuse des personnes que je connaisse et un véritable modèle pour moi.

Papa, tu es parti brutalement il y a quatre ans. Ton absence est terrible, mais pourtant ton esprit libre reste en permanence à mes côtés pour me soutenir. Je mesure chaque jour la chance de t'avoir eu comme père. Tu dois être bien fier que ta petite fille devienne aujourd'hui Docteur.

A Mémère Simonne, merci ! Quelle chance j'ai eu d'avoir comme grand-mère, une aventurière, voyageuse, généreuse et courageuse grande Dame. Tu nous as quittés il y a quelques jours, mais soit assurée que nos enfants seront autant passionnés par ton histoire que nous le sommes.

A mes frères et sœurs, merci pour votre gentillesse et votre soutien. Merci à mes 13 neveux et nièces, des véritables rayons de soleil, promis à un avenir brillant. Merci pour tous ces moments de bonheur passés en compagnie des « Couz'Lanta ». Charlotte, rendez-vous bien évidemment dans une dizaine d'années pour ta thèse de chirurgie !

A Martine, merci d'être toujours là pour nous quand il le faut, pour ton aide, ta gentillesse et ta douceur. J'espère que ma petite « BB » voiture te fera voyager encore longtemps.

A ma Julie, mon âme sœur, aujourd'hui avocate de talent, mais depuis toujours ma petite sœur, merci pour ce que tu es et ce que nous sommes devenues toutes les deux.

A mon Filou, mon amour, mon mari, merci pour ta présence, ta patience, tes bons petits plats, ta bonne humeur, tes attentions ... Merci de m'avoir soutenue (dans tous les sens du terme) depuis ces onze dernières années. Merci de me faire partager ta passion pour le bon vin, les bons produits, les beaux voyages. Quelle chance j'ai d'avoir trouvé l'homme parfait... Pour tout le bonheur et l'amour que tu m'apportes, pour être à mes côtés tout simplement, MERCI ! JE T'AIME !

Ma réputation de « chat noir » n'a de secret pour personne, mais en réalité grâce à vous tous, je suis la plus chanceuse du monde !

« La vie, c'est la communication de proche en proche »,

Proses philosophiques, La mer et le vent (1860-1865)

Victor Hugo

A un grand Homme,...mon petit Papa

Table des matières

Remerciements	3
Liste des figures.....	13
Liste des tableaux.....	15
Liste des annexes.....	17
Liste des abréviations.....	19
INTRODUCTION	21
PARTIE 1 : CONCILIATION MEDICAMENTEUSE : DES BASES THEORIQUES ET DES EXPERIENCES PRATIQUES.....	23
I. Prévention de la iatrogénie médicamenteuse tout au long du parcours de soins du patient : constat et démarche de la pharmacie clinique	23
A. Epidémiologie, polypathologie, polymédication : constat sur la iatrogénie médicamenteuse	23
B. Activités de pharmacie clinique : accompagnement des équipes médicales pour une réduction de la iatrogénie	25
C. Parcours de soins et risques de rupture aux points de transition du patient	27
D. La conciliation médicamenteuse : un objectif, des acteurs et des pratiques.....	29
E. Les bénéfices attendus de la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse.....	35
1. Amélioration de la sécurité et de la sérénité des patients	35
2. Optimisation du système de santé.....	35
3. Point de vue économique : des économies directes et indirectes pour le financeur	39
II. Expérimentations du processus et documents de référence.....	41
A. Expériences internationales	41
1. Pays anglo-saxons.....	41
2. EUNetPaS.....	43
3. Med’Rec – High Five (OMS)	43
4. Etat des lieux en Europe	48
B. Expériences nationales.....	49
1. Exemples de mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse des établissements au-delà de Med’Rec	50
2. Mémo SFPC.....	51
3. Enquête DGOS	52

4.	Le réseau des OMEDITS	54
5.	FORMACONCIL.....	56
6.	Politique nationale sur la conciliation médicamenteuse	57
C.	Expériences régionales « Occitanie ».....	61
1.	La conciliation médicamenteuse au CHU de Nîmes.....	61
2.	« Collectif pharmacie hospitalière » en Midi-Pyrénées	61
3.	Projet régional : « Aide au déploiement de la conciliation médicamenteuse dans l'ex-région Midi-Pyrénées ».....	63
4.	La formation	65
5.	Réponse à l'appel à projet DGOS « Déploiement des activités de pharmacie clinique dans les établissements de santé »	66
6.	Contractualisation avec les établissements de santé : CBUMPP et continuité de traitement	68
D.	Expérience locale au CHU de Toulouse.....	71
1.	Politique d'établissement, institutionnalisation, pluridisciplinarité	71
2.	Déploiement de la pharmacie clinique.....	72
3.	Critères de sélection des patients	74
4.	Organisation du lien ville-hôpital	77

PARTIE 2 : DEPLOIEMENT A GRANDE ECHELLE DE LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE : COMMENT RELEVER LE DEFI ?..... 79

I. Réflexion sur le déploiement régional de la conciliation médicamenteuse : une boîte à outils pour la gestion de projet 79

A.	Information et communication auprès des professionnels de santé et des patients	79
B.	Formations internes au CHU de Toulouse	81
1.	Formation des externes.....	81
2.	Enquête de satisfaction auprès des externes en pharmacie	82
3.	Mémo pratique CHU.....	83
C.	Harmonisation des pratiques.....	85
1.	Grilles de recueil	85
2.	Développement d'un outil déconnecté du processus de prise en charge (outil Excel) : 1ère étape d'enregistrement et d'analyse	85

3. Elaboration d'un e-CRF pour la généralisation de la démarche et l'exploitation des données.....	93
4. Outil intégré au processus de prise en charge : rédaction d'un cahier des charges pour intégrer l'activité dans le dossier patient informatisé	97
II. Traitements des données et valorisation des activités de conciliation médicamenteuse ..	111
A. Test de l'outil d'enregistrement et d'analyse déconnecté du processus de prise en charge, sur 200 conciliations d'entrée	111
1. Objectifs de l'étude	111
2. Matériel et méthode	111
3. Résultats	112
4. Discussion	120
5. Conclusion de l'étude de faisabilité.....	121
B. Sélection d'indicateurs	123
1. Type d'indicateurs et retours d'expérience	123
2. Sélection régionale des indicateurs.....	129
III. Perspectives.....	131
A. Contractualisation des établissements de santé : intégration des indicateurs	131
B. Généralisation et modification de la pratique en milieu hospitalier	131
C. Réorganisation du système de soins autour du patient acteur de sa santé.....	133
CONCLUSION	137
BIBLIOGRAPHIE.....	139
ANNEXES	149

Liste des figures

Figure 1: Processus de la conciliation médicamenteuse et son intégration dans le parcours de soins du patient	34
Figure 2: Le macro processus du circuit du médicament et ses acteurs	36
Figure 3 : Etablissements français ayant participé à l'expérimentation internationale Med'Rec.....	44
Figure 4 : Politique de déploiement de la pharmacie clinique du CHU de Toulouse	74
Figure 5 : Critères de ciblage déclarés par les établissements français en 2015 dans l'enquête DGOS	75
Figure 6: Formulaire d'évaluation du risque au CHAU de Québec	76
Figure 7 : Fiche de CM à l'entrée contenue dans l'onglet patient vierge	87
Figure 8 : Exemple d'une fiche de conciliation médicamenteuse à l'entrée contenue dans l'onglet patient remplie.....	88
Figure 9 : Exemple d'une fiche de la conciliation médicamenteuse à la sortie contenue dans l'onglet patient remplie.....	89
Figure 10 : Fiche d'entretien pharmaceutique de sortie contenue dans l'onglet patient remplie	90
Figure 11: Onglet « suivi » automatisé créant la base de données patient.....	91
Figure 12 : Onglet « indicateurs mois » calculant automatiquement entre 2 dates données, les résultats à partir de l'onglet « suivi ».....	92
Figure 13: Positionnement de l'e-CRF dans le parcours de soins du patient	95
Figure 14: Proposition d'évolution du logiciel Orbis® pour intégrer la conciliation médicamenteuse.....	108
Figure 15: Les outils supports de la conciliation médicamenteuse	109
Figure 16 : Répartition des sources du recueil.....	115
Figure 17: Répartition des types de modifications entre le BMO et l'OMA	115
Figure 18: Les principales classes pharmaceutiques des médicaments modifiés	116
Figure 19 : Types et devenir des DNI	116
Figure 20 : Classes pharmaceutiques impactées par les DNI.....	117
Figure 21 : Répartition des impacts cliniques des DNI.....	118
Figure 22 : Evolution des prescriptions entre le BMO et l'OMA (par classes pharmaceutiques).....	119

Liste des tableaux

Tableau 1: Résultats des enquêtes ENEIS 1 et ENEIS 2	24
Tableau 2: Les 3 niveaux de l'analyse pharmaceutique selon la SFPC.....	26
Tableau 3: Les acteurs pouvant intervenir dans la CM et leurs interlocuteurs privilégiés en ville	38
Tableau 4 : Périmètre de la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse dans les établissements « Med'Rec »	44
Tableau 5: Divergences non documentées recueillies par les neuf établissements auprès des patients inclus dans Med'Rec sans limitation du délai de conciliation	46
Tableau 6: Erreurs médicamenteuses et divergences non documentées intentionnelles recueillies par 8 établissements auprès des patients inclus dans Med'Rec sans limitation du délai de conciliation	46
Tableau 7: Synthèse du projet Med'Rec au niveau international.....	48
Tableau 8 : PREPS accordés sur la conciliation médicamenteuse depuis 2012	49
Tableau 9 : Exigences sur la continuité de traitement présent dans le CBUMPP 2014-2018 de Midi-Pyrénées	68
Tableau 10: Nombre de lits au CHU de Toulouse dans chaque secteur d'activité	72
Tableau 11 : Score de risque d'événement indésirable médicamenteux (EIM) en gériatrie.	75
Tableau 12 : Cartographie de LAP utilisés sur les 9 établissements ciblés et au CHU de Toulouse	99
Tableau 13 : Liste des critères utiles à la rédaction d'un cahier des charges d'un module de CM intégré au LAP	101
Tableau 14 : Description des services cliniques et des patients analysés	112
Tableau 15 : Données patient détaillées par pôle	113
Tableau 16 : Résultats du processus de conciliation.....	114
Tableau 17 : Corrélations entre le nombre de lignes de médicament et les DNI	117
Tableau 18: Criticités des impacts cliniques (IC) des DNI	118
Tableau 19 : Evolution des prescriptions entre le BMO et l'OMA	119
Tableau 20 : Indicateurs utilisés ou issus de l'expérimentation Med'Rec	124
Tableau 21 : liste des indicateurs intégrés dans l'outil Excel® et dans l'e-CRF	127

Liste des annexes

Annexe I: Fiches d'information élaborées par l'OMEDIT Midi-Pyrénées sur les thèmes de la conciliation médicamenteuse et la lettre de liaison	149
Annexe II: Fiche de poste des assistants de territoire dans le cadre du projet régional de déploiement de la conciliation médicamenteuse	154
Annexe III : Affiche de sensibilisation sur la lettre de liaison	155
Annexe IV: Affiche de sensibilisation sur la conciliation médicamenteuse à destination des professionnels de santé	156
Annexe V: Affiche de sensibilisation sur la conciliation médicamenteuse à destination d'un large public	157
Annexe VI : Sensibilisation des professionnels de santé grâce aux études de cas	158
Annexe VII : Questionnaire d'évaluation sur la conciliation médicamenteuse proposé aux externes en pharmacie en fin de stage	161
Annexe VIII : Guide d'entretien patient au CHU de Toulouse	162
Annexe IX: Mémo sur la conciliation médicamenteuse utilisé dans le pôle voies respiratoires	164
Annexe X: Fiche de conciliation des traitements utilisés au CHU de Toulouse	165
Annexe XI: Logigramme de détermination de la gravité potentielle des erreurs médicamenteuses	166
Annexe XII: Onglet de calcul automatisé des indicateurs de la version 2 de l'outil Excel de suivi et d'analyse de l'activité de la conciliation médicamenteuse	167
Annexe XIII : Contenu détaillé de l'e-CRF	168
Annexe XIV : Estimation de l'impact clinique lors de l'étude de faisabilité de l'outil Excel sur les 200 conciliations d'entrée	175
Annexe XV : Indicateurs retenus pour le projet DGOS	176

Liste des abréviations

ADPHSO	Association des Pharmaciens Hospitaliers du Sud-Ouest
AFPM	Association à la Formation Continue des Pharmaciens de Midi Pyrénées
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
AP-HP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARS	Agence Régionale de Santé
ASMR	Amélioration du Service Médical Rendu
ATC	Classification Anatomique Thérapeutique et Chimique
BMO	Bilan Médicamenteux Optimisé
CM	Conciliation Médicamenteuse
CME	Commission Médicale d’Etablissement
CBUMPP	Contrat de Bon Usage des Médicaments et Produits et Prestations
CISS	Collectif Inter associatif Sur la Santé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CoMÉDiMS	Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
CPS	Carte de Professionnel de Santé
CVR	Centre des Voies Respiratoires
DGOS	Direction Générale de l’Offre de Soins
DI	Divergence Intentionnelle
DID	Divergence Intentionnelle Documentée
DIND	Divergence Intentionnelle Non Documentée
DM(I)	Dispositif Médical (Implantable)
DNI	Divergence Non Intentionnelle
DP	Dossier Pharmaceutique
DPC	Développement Professionnel Continu
DPI	Dossier Patient Informatisé
EHPAD	Etablissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EI	Effet Indésirable
EIG	Evénement Indésirable Grave
EIM	Evènement Iatrogène Médicamenteux
EM	Erreur Médicamenteuse
ESPIC	Etablissements de Santé Privés d’Intérêt Collectif
ETP	Equivalent Temps Plein
GHS	Groupe Homogène de Séjour
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IC	Impact Clinique
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IP	Intervention Pharmaceutique
LAP	Logiciel d'Aide à la Prescription
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MRCI	Medication Regimen Complexity Index
OMA	Ordonnance Médicamenteuse à l'Admission
OMEDIT	Observatoire du Médicament, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAQSS	Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
PH(M)EV	Prescription Hospitalière (Médicamenteuse) Exécutée en Ville
PREPS	Programme de Recherche sur la Performance du Système des Soins
PUG	Post-Urgences Gériatriques
QALY	Quality-Adjusted Life Year
REIPO	Réseau d'Enseignement et d'Innovation
REA	Rapport d'Etape Annuel
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
SFPC	Société Française de Pharmacie Clinique
SI(H)	Système d'Information (Hospitalier)
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A	Tarifcation A l'Activité
URPS	Unions Régionales des Professionnels de Santé

INTRODUCTION

La iatrogénie médicamenteuse constitue un problème de santé publique majeur. Elle concerne tous les secteurs de soins hospitaliers et ambulatoires, ainsi que toutes les étapes du parcours de soins des patients. Selon l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), l'erreur médicamenteuse est l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte relatif à un médicament et peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient. Les erreurs médicamenteuses sont consécutives à l'organisation de la prise en charge du médicament et, par définition, évitables.

Si l'on prend les travaux disponibles actuellement aux USA, il apparaît que les causes majeures des morts prématurées sont d'une part, les erreurs de diagnostic[1] et d'autre part, les moments de transition dans les soins[2] : lorsque le patient change de professionnels ou de structures, entre ville et hôpital par exemple, avec notamment un impact très important sur la sécurité médicamenteuse.

L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins nécessite la maîtrise des processus, la continuité de la prise en charge, une coordination efficace interprofessionnelle et le développement de l'informatisation.

Selon la Haute Autorité de Santé, l'un des moyens pour réduire le risque d'erreurs médicamenteuses lié à la prescription consiste à réaliser la conciliation des traitements médicamenteux aux points de transition du parcours de soins. La conciliation médicamenteuse (CM) est définie comme un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient, repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri professionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé, aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts. A l'admission, un historique de tous les médicaments pris ou à prendre par le patient avant son hospitalisation permet d'établir un bilan médicamenteux optimisé (BMO). La conciliation permet alors d'assurer la prise en compte du traitement médicamenteux préexistant du patient avec une nouvelle prescription. A la sortie, la conciliation des traitements médicamenteux garantit la continuité du traitement médicamenteux, que le patient rentre à son domicile ou qu'il soit transféré vers un autre établissement de santé.

Aujourd'hui, la CM est une activité de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse soutenue par différentes organisations internationales qui permet d'optimiser la prise en charge des patients au moment des transitions.

Bien que le concept de la CM semble relativement simple, sa mise en œuvre dans la pratique s'avère être complexe et difficile[3], [4] et nécessite une réorganisation des pratiques autour du patient.

Dans une première partie, cette thèse fait le point sur les différentes expériences faisant référence dans le domaine et sur les démarches débutées dans la région Occitanie. Dans une deuxième partie, elle propose des outils pour tenter de relever le défi de la mise en œuvre de la CM non plus dans le cadre d'une expérimentation locale, mais dans l'objectif d'un déploiement à grande échelle pour un changement durable des pratiques de prise en charge centrée sur le patient.

PARTIE 1 : CONCILIATION MEDICAMENTEUSE : DES BASES THEORIQUES ET DES EXPERIENCES PRATIQUES

I. Prévention de la iatrogénie médicamenteuse tout au long du parcours de soins du patient : constat et démarche de la pharmacie clinique

A. Epidémiologie, polypathologie, polymédication : constat sur la iatrogénie médicamenteuse

En 2015, l'indice de vieillissement, permettant de mesurer le degré de vieillissement de la population (nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans), était de 76,4 contre 49 en 1990 [5]. Ceci est la conséquence de nombreuses avancées dans le domaine médical. L'augmentation de l'espérance de vie s'est accompagnée d'une multiplication des maladies chroniques (18% de la population totale est en Affection Longue Durée en 2014) entraînant une accumulation des traitements médicamenteux, et ainsi des risques iatrogéniques.

Le Haut Comité de la Santé Publique considère comme iatrogènes « les conséquences indésirables ou négatives sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqués ou prescrits par un professionnel habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé »[6].

L'événement indésirable médicamenteux ou événement iatrogène médicamenteux (EIM) est un dommage survenant chez le patient en lien avec sa prise en charge médicamenteuse. Cet EIM peut résulter de soins inappropriés, de soins inadaptés ou d'un déficit de soins.

L'erreur médicamenteuse (EM) est définie comme l'omission ou réalisation, non intentionnelle, d'un acte survenant au cours du processus de soins et impliquant un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient. L'erreur peut résulter d'un défaut de conception du médicament et de l'information (confusion de dénomination, de conditionnement, problème d'étiquetage ou de notice d'information, etc.), ou d'un problème dans l'organisation systémique du processus de prise en charge thérapeutique du patient (organisation du circuit du médicament, facteurs humains, facteurs environnementaux, pratiques professionnelles, etc.). Par définition, l'EM est évitable car elle concrétise ce qui aurait dû être fait et qui ne l'a pas été au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse d'un patient. Lorsqu'un EIM s'avère secondaire à une EM, il est considéré comme évitable.

Les événements indésirables médicamenteux représentent actuellement l'une des principales causes de préjudice ou de décès dans les systèmes de santé[7], [8]. Aux Etats-Unis, il est estimé que 1,5 millions de patients subissent un préjudice d'origine médicamenteuse chaque année, plusieurs milliers en meurent, le tout pour un coût annuel d'au moins 3,5 milliards de dollars[9].

Selon Bates et al. 28% des EIM seraient évitables[10]. En France, les études ENEIS menées en 2004 et 2009 ont montré que le nombre EIM graves représentaient 70 000 à 100 000 séjours hospitaliers et 330 000 à 490 000 admissions par an. Près de la moitié des erreurs étaient évitables. Les deux tiers de ces EIM graves concernaient les plus de 65 ans. On observerait 5,3 erreurs médicamenteuses pour 100 prescriptions, soit 0,3 EM par patient et par jour[11], [12].

Tableau 1: Résultats des enquêtes ENEIS 1 et ENEIS 2

Enquête ENEIS 1 (Michel et al. Etudes et Résultats, 2005) & ENEIS 2 (Michel et al. Etudes et Résultats, 2010)

	Cause d'hospitalisation	Pendant l'hospitalisation	Total
Evènements indésirables graves (nombre et %)	195 soit 3-5% des séjours 160 soit 4,5% des séjours	255 soit 6,6 pour 1000 journées d'hospitalisation 214 soit 6,2 pour 1000 jours d'hospitalisation	450 dont 181 (40%) évitables 374 dont 177 (47%) évitables
Evènements indésirables graves liés aux produits de santé (nombre et %)	94 (48%) Dont 53 évitables	71 (28%) Dont 41 évitables	165 (37%), dont 74 (45%) évitables Dont 94 évitables
Evènements indésirables graves liés aux médicaments (nombre et %)	73 (37%) soit 1,5% des séjours Dont 39 évitables soit 1,3% des séjours	52 soit 22% = 1,3/1000 jours d'hospitalisation Dont 24 évitables soit 0,7/1000 jours d'hospitalisation	125 soit 28% dont 59 (47%) évitables Dont 63 évitables

Les facteurs qui augmentent le risque de iatrogénie sont la polymédication, les comorbidités, l'âge, le manque d'adhésion au traitement et le manque de coordination entre les différents professionnels de santé.

La polymédication, définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou par l'administration d'un nombre excessif de médicaments »[13]. Si la polymédication peut être légitime, elle peut également être inappropriée. Dans tous les cas, il existe une association significative entre polymédication et survenue d'effets indésirables, d'interactions médicamenteuses, de chutes, voire une augmentation de la mortalité[14]–[16]. Ces accidents iatrogéniques sont responsables de 5 à 25 % des admissions hospitalières et de 10 % des admissions aux urgences[17], [18]. La polymédication pose des problèmes d'observance quand le schéma d'administration est trop complexe[19] et augmente fortement le risque de prescriptions potentiellement inappropriées [20]–[22].

Dans une société vieillissante comme la nôtre, la diminution de la polymédication et des risques iatrogéniques sont des enjeux majeurs de santé publique tant en termes de qualité que d'efficacité des soins et de dépenses de santé. Ces dernières années, des politiques publiques ont dans ce but été mises en place.

B. Activités de pharmacie clinique : accompagnement des équipes médicales pour une réduction de la iatrogénie

La pharmacie clinique (du grec « *Klinos* » désignant le lit) repose sur la présence du pharmacien "au lit du patient". C'est une discipline universitaire et un mode d'exercice de la pharmacie aussi bien hospitalière qu'officinale. Elle vise à améliorer l'utilisation rationnelle et pertinente des produits de santé, afin d'en optimiser la balance bénéfices-risques, en termes de santé publique et d'usages individuels. Ses applications sont diverses : aide à l'optimisation du choix thérapeutique, dispensation, administration du médicament au patient, avis pharmaceutiques, vigilances sanitaires ou encore prise en charge coordonnée du patient. En collaboration étroite avec les équipes médicales et soignantes, le pharmacien participe ainsi activement au développement et à la promotion d'une utilisation appropriée, sûre et économique des produits de santé. Cette discipline est largement répandue dans les pays anglo-saxons et notamment au Canada. Relativement jeune en France, cette discipline est scientifique, académique et professionnelle et ceci quel que soit le lieu d'exercice du pharmacien (ville et hôpital).

Les 4 étapes du processus de soins réalisées par le pharmacien clinicien sont :

1/ La définition des besoins médicamenteux du patient : revue du dossier patient, entretien avec le patient et/ou l'aidant, organisation et interprétation des données, définition des priorités dans la prise en charge médicamenteuse selon le contexte « du moment ».

2/ L'identification des stratégies d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse : évaluation avec les équipes médicales et soignantes des médicaments appropriés à partir de l'état de santé, des indications et des objectifs thérapeutiques à atteindre, évaluation de l'efficacité, de la sécurité et de l'abordabilité, évaluation des comportements et de l'observance. L'objectif est d'identifier les problèmes liés aux médicaments et de décider collégialement de la nécessité d'une intervention. La Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) définit 3 niveaux de l'analyse pharmaceutique[23].

Tableau 2: Les 3 niveaux de l'analyse pharmaceutique selon la SFPC

Type	Contexte	Contenu	Éléments requis
Analyse niveau 1: Revue de prescription	Patient connu, sans point d'intérêt clinique nouveau	Choix et disponibilité des produits de santé, posologies, contre-indications et interactions principales.	Ensemble des prescriptions, renseignements de base sur le patient
Analyse niveau 2: Revue des thérapeutiques	Patient connu, situation en évolution	Choix et disponibilité des produits de santé, posologies, contre-indications et interactions principales. Adaptations posologiques, liens avec résultats biologiques, événements traceurs.	Ensemble des prescriptions, renseignements patient, données biologiques.
Analyse niveau 3: Suivi pharmaceutique	Nouvelle admission d'un patient, évolution en cours et issues non établies	Choix et disponibilité des produits de santé, posologies, contre-indications et interactions principales. Adaptations posologiques, liens avec résultats biologiques, événements traceurs. Respect des objectifs thérapeutiques, monitoring thérapeutique, observance. Liens avec conciliation, conseil et éducation thérapeutique.	Ensemble des prescriptions, renseignements et dossier patient, données biologiques, historique médicamenteux, objectifs thérapeutiques.

3/L'élaboration et implémentation d'un plan de soins personnalisé en collaboration avec le patient et l'équipe soignante : réalisation de l'évaluation individuelle et élaboration d'un plan d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse, éducation du patient et/ou de l'aidant afin d'améliorer la compréhension du plan de soins et ainsi l'observance donc l'efficacité des traitements, définition des paramètres patients spécifiques, de la fréquence du monitoring et du suivi.

4/L'évaluation du suivi et du monitoring médicamenteux : mise à jour des données patient, évaluation et (re) définition de plan de prise et des objectifs individuels, documentation, suivi, modification et management du plan de soins.

Le parcours de soins est centré sur le patient et le pharmacien clinicien est intégré au sein de l'équipe soignante.

C. Parcours de soins et risques de rupture aux points de transition du patient

La médecine est aujourd'hui spécialisée par organe, multipliant ainsi les acteurs intervenant dans la prise en charge médicamenteuse du patient. Ceci est valable, pour le secteur ambulatoire comme pour le secteur hospitalier qui se tourne dans des prises en charge de plus en plus rapides. La réduction constante de la durée de séjour hospitalier peut également entraîner un désengagement des professionnels hospitaliers dans la prise en charge globale du patient. La politique sur le médicament générique amplifie le problème par une multiplication des présentations pouvant perdre à la fois les patients et les professionnels de santé.

Aux points de transition (entrée, sortie, transfert entre services), du fait du cloisonnement entre la ville et l'hôpital, les informations sur les traitements du patient ne sont pas toujours communiquées à tous les acteurs de soins en temps voulu. Il se peut donc que le patient ne reçoive pas le traitement le plus approprié à son état et aux circonstances[24]. En l'absence de moyen de communication efficace entre les acteurs, le plan de soins médicamenteux du patient est ainsi fréquemment très complexe. Outre le patient mis en difficulté, le médecin traitant, l'IDE libéral, ainsi que le pharmacien d'officine manque de visibilité sur l'ensemble du traitement médicamenteux, alors que ces derniers sont les premiers interlocuteurs du patient sur son traitement. La sécurité, l'observance et la pertinence de la prise en charge sont alors remises en cause.

En France, les enquêtes ENEIS en 2004[11] et 2009[12] ont montré que 46% des erreurs médicamenteuses surviennent au moment de la rédaction d'une nouvelle ordonnance à l'entrée ou la sortie du patient de l'hôpital. A l'origine des événements indésirables médicamenteux, on met fréquemment en évidence les erreurs de médication, qui surviennent souvent aux étapes de prescription (78%) et d'administration (13%)[25]. Les problèmes de communication entre les services jouent un rôle important dans la survenue de ces erreurs. Dans certains pays, plus de 67% des historiques médicamenteux des patients comportent une ou plusieurs erreurs[26] et plus de 46% des erreurs de médication surviennent au moment de la rédaction d'une nouvelle ordonnance à l'entrée ou à la sortie du patient de l'hôpital[27]. Ces erreurs seraient responsables d'EIM graves dans 18 à 59% des cas. La proportion d'erreurs potentiellement dangereuses pour les patients est plus importante au moment de la sortie du patient que lors de son admission (85 vs 45%)[28].

Face à ce problème, une politique de santé est menée pour structurer le parcours de soins du patient pour assurer une prise en charge médicamenteuse globale et remettre en position centrale le patient.

D. La conciliation médicamenteuse : un objectif, des acteurs et des pratiques

La HAS a défini la conciliation des traitements médicamenteux (CM) comme « un processus prenant en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri professionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes des médicaments du patient entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts »[29].

La CM permet de structurer la prise en charge médicamenteuse, en visant à :

- intercepter les erreurs médicamenteuses dues aux défauts d'informations entre l'exercice libéral et l'exercice hospitalier en favorisant le décloisonnement entre la ville et l'hôpital ;
- sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient tout au long de son parcours de soins en améliorant la coordination entre les différents acteurs de sa prise en charge ;
- rendre plus efficient le parcours de soins en améliorant la pertinence des prescriptions.
- améliorer la connaissance par le patient de ses traitements et son observance.

Pour cela, elle doit intégrer le patient dans un processus formalisé qui repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle.

La CM s'organise en 3 phases à chaque point de transition :

La conciliation à l'admission :

Etape 1 : Réalisation du recueil de données pluridisciplinaire

La conciliation des traitements médicamenteux doit s'appuyer sur l'historique médicamenteux associé à une recherche de problèmes d'adhésion médicamenteuse. La liste à établir concerne les médicaments pris par le patient qu'ils soient prescrits ou non (y compris l'automédication, les compléments alimentaires, la phytothérapie, etc.). Dans la littérature, il est démontré que plus le nombre de sources est important plus le recueil sera exhaustif. Dans la pratique il est recommandé d'utiliser 3 sources et d'avoir au moins 2 sources complémentaires cohérentes à partir des éléments suivants :

- Entretien incontournable avec le patient et/ou son entourage
- Recueil d'informations à partir des éléments matériels ou immatériels disponibles : dossier patient, comptes rendus médicaux, dossier pharmaceutique (DP)[30]–[32], ordonnances et traitements personnels apportés par le patient, lettre du médecin traitant ou du médecin coordonnateur d'EHPAD

- Contact téléphonique avec les professionnels de santé de premiers recours : pharmacien(s) d'officine et pharmacien référent pour les patients arrivant d'un EHPAD, médecin traitant (ou coordonnateur) et spécialistes, infirmiers diplômés d'état (IDE).

Il s'agit de faire une enquête sur le traitement médicamenteux du patient et aucun jugement clinique n'est requis. Cette étape peut ainsi être réalisée par toute personne préalablement formée : pharmaciens, médecin, IDE ou préparateur en pharmacie. Du fait de l'aspect chronophage du recueil et de la multiplicité des sources, chaque acteur a ici son utilité. Un recueil multidisciplinaire regroupant les informations déjà recueillies en routine, sans faire de doublon, serait le plus efficace mais nécessite un support commun.

Remarque : Le Dossier Pharmaceutique (DP), créé par la loi du 30 janvier 2007 relative à l'organisation de certaines professions de santé et développé par l'Ordre des Pharmaciens, est une source fiable à privilégier. Grâce à la Carte Vitale du patient, il permet d'accéder aux 4 derniers mois de délivrance (21 ans pour les vaccins, 3 ans pour les médicaments biologiques) de médicaments en officine. Le DP identifie plus de 90% des lignes de médicaments pris par le patient à domicile[33]. Afin de faciliter l'échange et le partage d'informations entre les PUI et les pharmacies de ville, une conversion automatique est réalisée entre le code UCD (Unité commune de dispensation) d'un médicament utilisé à l'hôpital, en CIP (Code identifiant de présentation) utilisé à l'officine. Les médicaments qui ont été délivrés à un patient par une PUI sont identifiés par un pictogramme « H ». En 2015, 99,8% des officines étaient utilisatrices du DP et 230 établissements de santé étaient raccordés[34].

Cependant il nécessite une organisation relativement importante pour récupérer l'information, puisqu'il est nécessaire d'avoir simultanément : la Carte Vitale du patient, la carte CPS du professionnel de santé et un accès au lecteur de cartes bi-fentes. De plus, les posologies sont manquantes ainsi que certains médicaments délivrés sans ordonnance. Une réflexion est en cours au niveau national pour améliorer cet outil primordial dans les années à venir.

La poursuite de l'utilisation du DP dans les établissements de santé, au-delà de l'expérimentation, a été décidée au niveau national pour les médecins et les pharmaciens [35].

Un groupe de travail national tente d'améliorer le format et le contenu du DP. Des mesures telles que le classement par code ATC des médicaments, l'intégration des ordonnances scannées pour obtenir les posologies ont par exemple été évoquées. Dans les établissements, une organisation est à trouver pour enregistrer temporairement l'empreinte de la carte vitale au bureau des entrées, pour donner accès à distance au contenu du DP aux médecins et pharmaciens détenteurs d'une carte CPS, après autorisation du patient.

Etape 2 : Elaboration du bilan médicamenteux optimisé (ou BMO) par le pharmacien

Elle consiste à formaliser la liste des médicaments recueillis à l'étape 1, après avoir comparé et analysé les divergences entre les différentes sources pour synthétiser les informations. Dès lors que la validation du bilan est réalisée par un pharmacien, une analyse pharmaceutique est indissociable de cette activité.

Etape 3 : Conciliation médico-pharmaceutique par une collaboration entre le médecin et le pharmacien.

Le bilan médicamenteux est transmis à l'équipe médicale pour discuter du plan de soins du patient. Chaque divergence est qualifiée par le prescripteur d'intentionnelle ou de non intentionnelle et dans ce cas fait l'objet d'une correction éventuelle lors d'une CM rétroactive. Une divergence intentionnelle non documentée correspond à une modification volontaire du traitement, dont les raisons ne sont pas renseignées dans le dossier patient, et est susceptible de générer une erreur médicamenteuse. Une divergence non intentionnelle, ou erreur médicamenteuse, correspond à une modification de traitement involontaire. La rédaction d'une ordonnance prenant en compte le bilan médicamenteux du patient, ou la correction des divergences suivie d'une nouvelle prescription, constitue la conciliation proprement dite. Les divergences intentionnelles non documentées : défaut d'information (traçabilité) sont aussi à discuter avec le médecin afin de s'assurer de la véritable indication du traitement.

Deux modes de conciliation sont possibles[36] :

1) La conciliation est dite « **proactive** » lorsque la liste des médicaments pris à domicile par le patient est établie avant rédaction de la première ordonnance hospitalière (OMA). Le bilan médicamenteux (BMO) est transmis au médecin prescripteur en vue de la réalisation de la prescription. Avec cette méthode, plusieurs actions peuvent être réalisées en direct :

- Proposition d'équivalence de traitement pour les médicaments non référencés au livret,
- Discussions autour des divergences repérées dans les différentes sources, avant la première prescription hospitalière,
- Analyse médico-pharmaceutique et discussion des traitements éventuellement non appropriés, contre-indiqués, etc.

Cela est le processus à privilégier, mais relativement difficile à mettre en œuvre du fait de la non disponibilité systématique d'un pharmacien dans le service de soins avant la première prescription.

2) La conciliation est dite « **rétroactive** » lorsque la liste est établie après rédaction de cette première ordonnance. Ce processus doit être engagé le plus tôt possible après l'admission du patient.

La comparaison du BMO avec la prescription médicamenteuse à l'admission (OMA) permet :

- L'identification des divergences éventuelles : différenciation des divergences intentionnelles (DI), intentionnelles documentées (DID), non documentées (DIND), ainsi que les divergences non intentionnelles (DNI). Ces 2 dernières sont à identifier car source potentielle d'évènements médicamenteux,
- La communication auprès des prescripteurs pour documenter les DI non documentées et résoudre les DNI.

Le processus proactif est plus efficient car permet d'éviter la survenue d'erreurs médicamenteuses, cependant il est plus complexe dans la mise en œuvre[37], [38]. L'objectif est de passer progressivement d'un processus rétroactif vers un processus proactif, avec l'évolution des techniques de communication ville/hôpital, l'informatisation et l'interopérabilité des Logiciels d'aide à la prescription (LAP).

En pratique courante, le pharmacien clinicien expérimenté, impliqué dans cette activité, n'intervient que sur les divergences qu'il juge non intentionnelles. Son expertise lui permet de faire le lien avec les données issues du dossier patient. Il génère ainsi une intervention pharmaceutique (IP) pour proposer au prescripteur de corriger cette divergence.

Le bilan médicamenteux est archivé dans le dossier médical du patient et sera réutilisé lors de la conciliation de transfert ou de sortie du patient hospitalisé.

Au cours de son hospitalisation, la prescription sera réévaluée et adaptée en fonction de l'évaluation de l'état du patient. Une analyse pharmaceutique des prescriptions et une coopération entre le médecin et le pharmacien autour de la pertinence des prescriptions est susceptible d'être réalisée.

La conciliation de sortie (ou de transfert) :

Elle organise la transmission d'une information juste et validée relative au traitement global du patient vers les professionnels de santé d'aval (médecin traitant, pharmacien d'officine, soignant), les établissements de santé, les EHPAD et vers le patient. Elle est complémentaire des informations communiquées par la fiche de liaison ou le courrier de sortie. Elle est également organisée en 3 étapes :

Etape 1 : Recherche des informations sur les médicaments du patient

Collectées à la fin du séjour, ce sont les informations issues du bilan médicamenteux à l'admission, des traitements en cours d'hospitalisation, et éventuellement du courrier et de l'ordonnance de sortie.

Etape 2 : Formalisation d'un bilan médicamenteux associé à des informations thérapeutiques

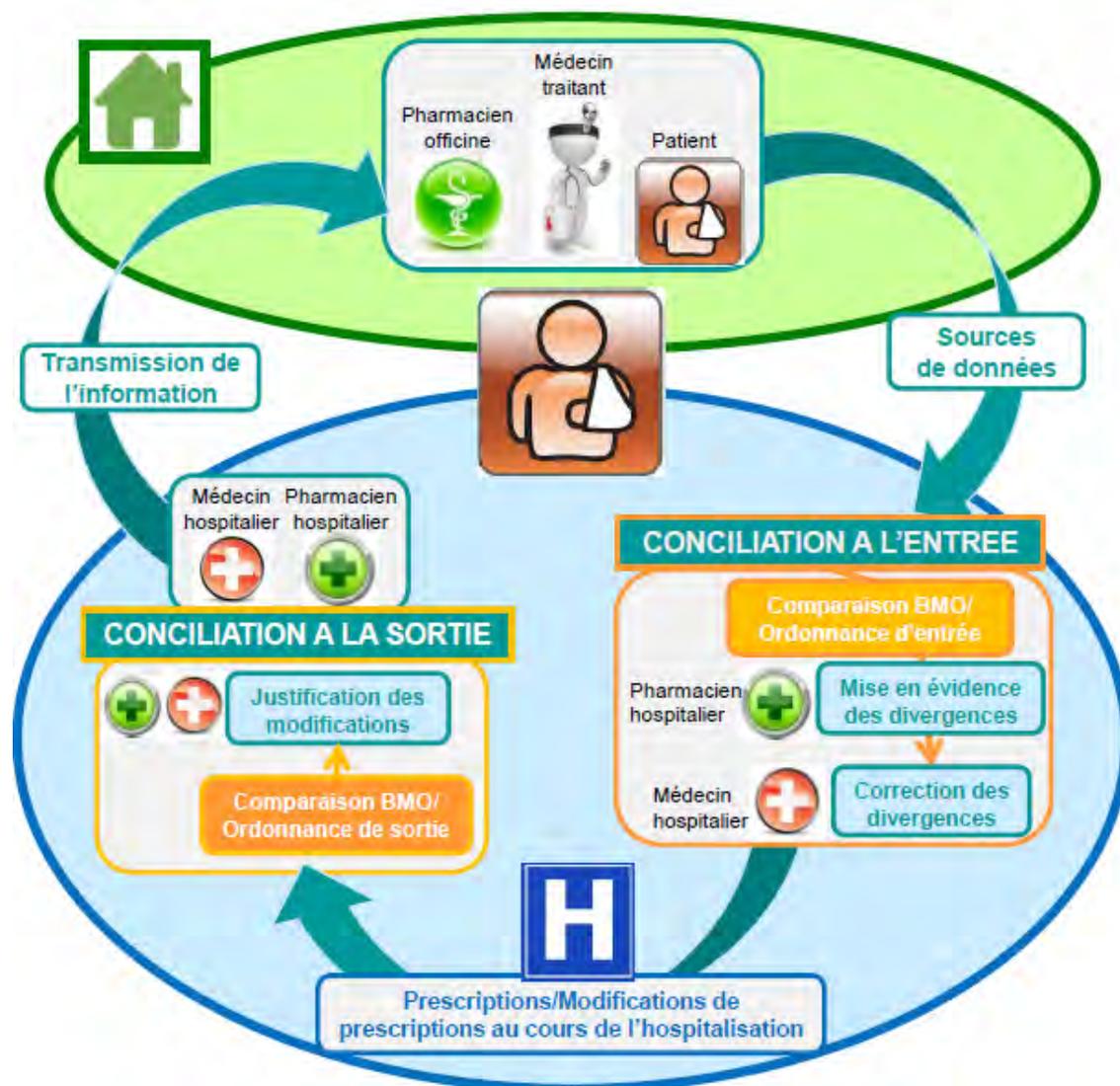
Il définit la stratégie thérapeutique médicamenteuse à la sortie du patient. Il consiste à formaliser la liste exhaustive et complète des médicaments à poursuivre après l'hospitalisation. Le bilan médicamenteux de sortie mentionne les modifications apportées au traitement pendant l'hospitalisation : BMO d'entrée et traitements administrés dans les dernières 24h par rapport à l'ordonnance de sortie. Ce bilan de sortie peut également faciliter la rédaction de la prescription de sortie lorsqu'il est réalisé avant celle-ci.

Une vigilance particulière doit être portée sur les variations des équivalents thérapeutiques entre l'entrée et la sortie du patient. L'analyse pharmaco-économique de la pertinence de la prescription peut-être à ce moment-là discutée avec le médecin, afin d'améliorer l'efficacité des prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville (PHMEV).

Etape 3 : Accompagnement de la prescription de sortie : information du patient et transmission sécurisée de l'information vers les professionnels de ville

Une synthèse de l'ensemble des informations importantes, générées par la mise en œuvre de la conciliation est transmise au patient ainsi qu'aux professionnels de santé de ville pour faciliter la compréhension du traitement en cours d'hospitalisation : indication du médicament, explication des arrêts et des modifications, date de début d'un traitement particulier, présence ou non sur l'ordonnance de sortie. Elle est alors remise au patient lors d'un entretien. L'objectif est d'assurer la bonne compréhension son traitement, afin d'améliorer son observance et l'impliquer en tant qu'acteur de sa santé. Cette synthèse est également adressée au médecin traitant et au pharmacien d'officine via messagerie sécurisée. A défaut, ou pour les autres interlocuteurs (aidant, famille, médecin spécialiste, infirmier, etc.), elle est remise au patient afin d'assurer la communication.

Figure 1: Processus de la conciliation médicamenteuse et son intégration dans le parcours de soins du patient [39]



E. Les bénéfices attendus de la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse

Pour mettre en œuvre l'activité de conciliation de manière efficace, il est nécessaire d'obtenir une adhésion du patient, de l'ensemble des professionnels de santé (notamment médecins, pharmacien et IDE), ainsi qu'un soutien des financeurs dès les prémices du projet. L'ensemble de ces intervenants peuvent rapidement y trouver des bénéfices conséquents.

1. Amélioration de la sécurité et de la sérénité des patients

Selon la littérature, la CM permet d'intercepter et de corriger 75% des événements indésirables médicamenteux aux points de transition[40]. Il n'existe pas d'étude randomisée, contrôlée avec un nombre suffisant de patients justifiant le recours à la CM. Cependant, de nombreux articles concluent à une diminution du nombre de visites aux urgences[41], mais aussi à une diminution de la consommation de médicament[42]. Deux études françaises portant sur un nombre conséquent de patients (256 en médecine et 278 patients en chirurgie) évaluent à 33,2% et 34,2% respectivement le nombre de patients présentant une erreur identifiée lors de la conciliation[43], [44]. Sans ce processus formalisé de conciliation, une partie des divergences se résout d'elle-même par l'équipe médicale et/ou de soins mais les études montrent qu'il resterait environ 30% d'erreurs médicamenteuses[45].

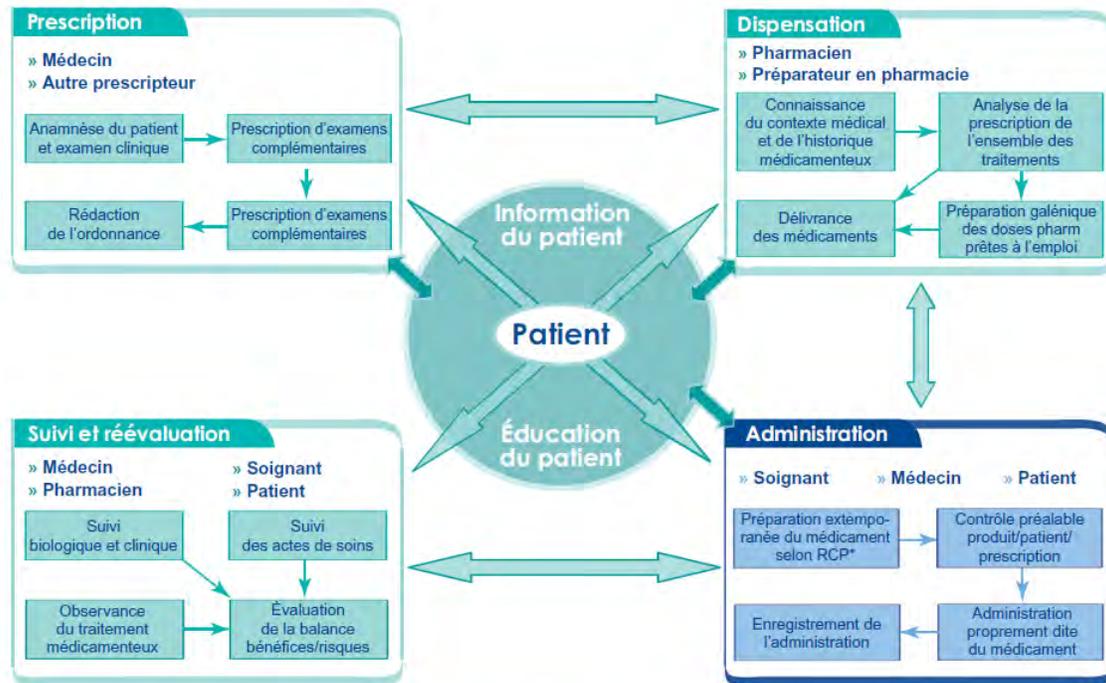
Ces éléments justifient le déploiement de la CM dans les établissements de santé français qui doit être intégrée dans le parcours de soins du patient. Le patient est l'acteur qui doit trouver le bénéfice le plus direct car elle participe à l'amélioration et au maintien de son état de santé. Il peut ainsi bénéficier d'un parcours de soins coordonné, logique, et sécurisé en diminuant le risque d'évènements indésirables médicamenteux. A la sortie, elle permet de diminuer l'état de stress du patient, participe au maintien de l'autonomie du patient, et améliore la connaissance sur ses traitements.

2. Optimisation du système de santé

a) Coordination entre les professionnels de santé

Le développement de la CM passe obligatoirement par l'élaboration d'outils de communication entre les professionnels de santé, à la fois dans le milieu hospitalier et entre les différents secteurs tout au long du parcours patient. Les objectifs de partage des connaissances, d'amélioration de la sécurité, de la pertinence clinique et économique des prescriptions médicamenteuses, peuvent être en partie atteints grâce à toutes les actions mises en œuvre dans le cadre de la CM.

Figure 2: Le macro processus du circuit du médicament et ses acteurs



* RCP : Résumé des caractéristiques du produit - © Société française de pharmacie clinique 2005

Le macro-processus du circuit du médicament a été décrit par la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) en 2005 et a été repris depuis dans de nombreux documents faisant référence (figure 2). Ce schéma expose des différentes tâches de ce circuit, leurs acteurs ainsi que les liens entre ceux-ci. Il y a 10 ans, celui-ci n'intégrait alors pas les liens entre la ville et l'hôpital, aujourd'hui incontournable.

b) Amélioration de la qualité de la prescription hospitalière

Le partage d'informations avec le pharmacien ou l'équipe soignante est très utile pour le médecin, qui peut s'appuyer sur eux pour recueillir et compléter l'historique médicamenteux réalisé en routine mais souvent chronophage et incomplet. Avec la CM, le prescripteur bénéficie d'un lien avec la ville souvent difficile d'accès. Il peut alors identifier rapidement les risques d'erreurs, liés aux transitions, lors de sa prescription. La réalisation de la conciliation facilite la rédaction des ordonnances et des lettres de liaison. Le prescripteur peut également bénéficier des connaissances du pharmacien en pharmacologie, en thérapeutique, du circuit du médicament, de la réglementation ou des notions médico-économiques sur chaque traitement, mais aussi de la connaissance de l'IDE sur l'observance et les difficultés du patient. La prise en charge multidisciplinaire permet ainsi une meilleure réévaluation du traitement.

c) **Place du pharmacien dans le parcours de soins**

Les pharmaciens hospitaliers sont de plus en plus associés à l'équipe médicale pour améliorer la prise en charge médicamenteuse et l'efficacité du traitement. L'intérêt de la présence du pharmacien clinicien a déjà été démontré notamment dans la prise en charge des patients les plus à risques.

Les activités de CM sont l'occasion d'utiliser de façon optimale toutes les compétences du pharmacien en tant qu'expert du médicament, aussi bien d'un point de vue scientifique, clinique, réglementaire que médico-économique. Elles permettent au pharmacien de participer à la prise en charge du patient au côté du médecin.

Le pharmacien pratiquant la conciliation est le maillon important pour la coordination des soins entre la ville et l'hôpital, et peut participer ainsi à l'amélioration du système de soins grâce à la communication et au partage d'informations avec les acteurs du secteur ambulatoire.

Dans la littérature, les pharmaciens semblent établir les bilans médicamenteux les plus précis et les mieux documentés. Une étude prospective comparative a montré que la conciliation à l'entrée, faite par des étudiants en pharmacie, est plus performante que celle faite par des infirmières ou des médecins. Cependant cette étude porte sur un petit nombre de patients[46]. Une étude prospective danoise, sur un nombre limité de patients (218) a montré que le pharmacien identifiait 3,6 problèmes par patient contre 0,8 pour un médecin[47]. Une étude belge (3 594 patients) a montré que 59% des patients présentaient des divergences (1,65/patient) entre le recueil pharmaceutique aux urgences et celui effectué par l'équipe médicale[48]. Une étude colombienne randomisée en double aveugle (242 patients) a montré une réduction des erreurs de prescription à l'entrée de 33% grâce un historique médicamenteux réalisé aux urgences par un pharmacien et un médecin plutôt que par le médecin seul[49].

À noter que l'étude de Kramer et al. [50], réalisée dans un hôpital américain de 760 lits, indique que le taux d'erreurs détectées par le BMO est plus élevé lorsque celui-ci est effectué par un pharmacien comparativement à un préparateur ou à une infirmière.

Même s'il n'existe pas d'expérience décrite dans la littérature, le médecin anesthésiste par sa consultation pré-anesthésie à également un rôle à jouer dans la conciliation médicamenteuse. Ces deux professionnels aux connaissances complémentaires pourraient efficacement et de façon sécurisée, prendre en charge le patient sur l'ensemble de son parcours hospitalier jusqu'à la sortie.

d) L'implication des préparateurs en pharmacie et des IDE

Ces deux professionnels font partie intégrante de la prise en charge médicamenteuse et peuvent être sollicités pour accomplir le recueil d'information. De nombreuses expériences sont recensées en ce sens au niveau national[51]–[53] et international[28], [54]–[56].

Le décret de compétences autorise les IDE à prendre une place dans les activités de CM, notamment dans un objectif de continuité des soins : « Organiser l'administration des médicaments selon la prescription médicale, en veillant à l'observance et à la continuité des traitements » ; « Coordonner le traitement des informations apportées par les différents acteurs afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins », arrêté du 31 juillet 2009, annexe II, relatif au Diplôme d'état d'infirmier [57]. L'IDE est souvent en première ligne à l'entrée du patient ce qui en fait un acteur de choix.

Le recueil de données visant à établir le BMO pouvant être réalisé par le préparateur en pharmacie est en adéquation avec les compétences acquises au cours des modules « Pharmacologie » et « Communication » de la formation de préparateur en pharmacie hospitalière[58]. Dans une étude publiée en 2010, les préparateurs en pharmacie ont été en mesure de réaliser un BMO aussi complet et précis que les pharmaciens[55].

Tableau 3: Les acteurs pouvant intervenir dans la CM et leurs interlocuteurs privilégiés en ville

Type de professionnel	Compétences, points forts	Interlocuteurs privilégiés en ville
Médecins hospitaliers (externes, internes, séniors)	Connaissance exacte des différentes pathologies et des stratégies thérapeutiques à mettre en œuvre	Médecins libéraux, généralistes et spécialistes, famille
Pharmaciens hospitaliers et préparateurs en pharmacie	« Expert » du médicament, connaissance précise du circuit du médicament en milieu hospitalier comme en ville Appréciation de l'automédication, phytothérapie, ... Evaluation de l'observance du patient	Pharmaciens d'officine, prestataires de santé, famille
IDE hospitaliers	Observance, difficultés à prendre les traitements, facteurs de risques sociaux	IDE libéraux, famille

3. Point de vue économique : des économies directes et indirectes pour le financeur

Pour assurer la pérennité d'un projet il est nécessaire que les investissements génèrent des bénéfices. Dans le domaine de l'organisation des soins, l'efficacité et la sécurité sont les points primordiaux recherchés.

Dans le contexte de l'évaluation économique des stratégies de santé, il existe deux grands types d'études :

1) Les analyses médico économiques visant à « Mesurer l'efficacité d'une intervention de santé, par le calcul d'un ratio différentiel coût-résultat »[59]. Elles prennent en compte à la fois les coûts et les conséquences de chacune des stratégies. Les résultats sont des outils d'aide à la décision médicale. Parmi-elles il faut distinguer :

- L'analyse de minimisation des coûts qui permet de savoir quelle stratégie thérapeutique est la moins chère parmi plusieurs stratégies identiques en matière d'efficacité et de résultats. Cette analyse repose sur le recensement des coûts engagés et des coûts évités.

- L'analyse coût-efficacité permet d'estimer la différence de coûts des stratégies évaluées, par rapport à la différence d'efficacité. Elle estime les dépenses à effectuer pour gagner une unité de santé. L'analyse coût-utilité est une analyse coût-efficacité où les résultats sont exprimés en années de vie gagnées ajustées par la qualité de vie (QUALY).

- L'analyse coût-bénéfice est plus difficile à mettre en œuvre. C'est une évaluation économique globale utilisée quand les résultats des programmes doivent être mesurés.

2) Les analyses d'impact budgétaire visant à « Mesurer les incidences positives et négatives de la modification d'une stratégie médicale sur le budget d'une institution »[60].

La mise en œuvre de la CM en tant que stratégie de santé, peut être à l'origine de nombreuses sources d'économie.

Parmi les **économies directes** attendues on peut citer les coûts :

- économisés par la réévaluation et l'optimisation des prescriptions avec les médecins,
- des erreurs médicamenteuses évitées entraînant des traitements ou des analyses supplémentaires, une prolongation d'hospitalisation,
- des consultations ambulatoires évitées à la sortie,
- des ré hospitalisations évitées,
- de la non observance du traitement entraînant l'augmentation de la morbi-mortalité.

Des **économies indirectes** sont également attendues car la CM est une démarche d'amélioration de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse, vecteur de qualité. Celle-ci fait souvent partie d'un ensemble de mesures mises en place participant à la sécurisation à long

terme ainsi qu'à l'efficacité de la prise en charge du patient (par exemple suivi téléphonique des patients, une formation des médecins, une évaluation des patients par un gériatre, l'émission d'une lettre de suivi pour les acteurs de santé du secteur ambulatoire, des campagnes de communication générale sur les risques médicamenteux, etc.).

La littérature contient de nombreux articles relatifs aux études de coût de la mise en œuvre d'une CM notamment (les conversions en euros sont calculées par rapport au taux de change de l'année considérée). Les études de minimisation de coût les plus fréquentes s'intéressent à la consommation en médicaments : une économie de 88,60 £ par patient et par an (125 €) a été retrouvée[42]. En unité de soins oncologique, l'économie était de 1055\$US par patient (955 €)[61]. Une étude réalisée dans un hôpital suédois indique une réduction des dépenses par patient basée sur une réduction du nombre de visites aux urgences (i.e. une baisse de 47%), représentant un gain de 100 \$US par patient (90€)[41].

Des économies relatives au nombre de réadmissions sont également retrouvées : le gain se situe entre 359 £ par patient (510 €)[41] et 823\$US (745 €)[62]. Lorsque certaines catégories de patients sont ciblées, les économies générées sont plus importantes : pour les patients à haut risque de réadmission, celles-ci ont été estimées à 400 \$US (360 €) par patient[63], pour les patients âgés non observant, elles étaient de 20 £ pour les médicaments (30 €) et de 287 £ pour les réadmissions (410 €)[64].

L'effet sur la durée des hospitalisations est estimé selon les études entre 2 (426 £ soit 600 €) et 4,4 jours (5170\$US soit 4675 €)[65]. Il est cependant à noter que dans ces études, les patients bénéficiant d'un BMO sont considérés comme étant à haut risque médicamenteux.

Les économies de coûts faisant référence au nombre d'événements iatrogènes évités sont estimées entre 79,23 USD (71 €)[28] et 234\$US (212 €)[66] selon les études. Enfin une étude a établi que le ratio coût-efficacité rapportait pour chaque euro investi dans la conciliation une économie moyenne de 15 €[67].

Le coût de prise en charge médicamenteuse pèse de plus en plus lourd dans les dépenses de santé, par une augmentation à la fois de l'offre et de la demande. La pertinence des soins apparaît ainsi comme primordiale pour assurer la pérennité de notre système de santé. L'assurance maladie s'intéresse également au poids des prescriptions hospitalières réalisées en ville. Les hôpitaux doivent désormais maîtriser l'évolution des dépenses sous la forme de contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins[68], ainsi que respecter un taux de prescription à l'intérieur du répertoire générique sous peine de pénalités[69]. La conciliation et l'implication du pharmacien dans l'optimisation des prescriptions apparaissent comme des moyens pour maîtriser les dépenses de santé par l'amélioration de la qualité et l'optimisation des prescriptions. Les ressources humaines ne permettent pas de réaliser une CM à tous les patients, il est donc nécessaire de cibler les sujets les plus à risque.

II. Expérimentations du processus et documents de référence

Actuellement peu pratiquées en France, les activités de conciliation sont très développées dans les pays anglo-saxons, notamment au Canada où la CM fait partie des critères obligatoires de la certification.

A. Expériences internationales

1. Pays anglo-saxons

Dans certains pays, notamment au Canada, USA ou Australie, les démarches de CM sont très avancées. En effet, la Pharmacie Clinique a plus de trente ans d'existence dans les pays Anglo-saxons. En milieu hospitalier, les pharmaciens font partie intégrante des services cliniques et travaillent avec les médecins. Le pharmacien est présent au moment de la prescription et donne son avis pour une éventuelle optimisation, un changement de molécule au sein de la classe thérapeutique, etc. Une fois la prescription établie, la dispensation nominative est réalisée. Le pharmacien est présent physiquement dans le service, il peut alors discuter avec les patients de leur(s) traitement(s) médicamenteux et repérer des problèmes liés aux médicaments. Les programmes d'éducation thérapeutique sont *a minima* encadrés par un pharmacien, et dans un grand nombre de cas il prend part aux enseignements[70]. La CM est enseignée dès la formation initiale dans un module de pharmacie clinique, spécialité à part entière.

• Le Canada pionnier :

Au Canada, Agrément Canada a publié en 2012 les « Pratiques Organisationnelles Requises » [71]. Parmi elles, la CM est une priorité organisationnelle afin de satisfaire aux critères minimaux d'agrément. Du fait de son expertise dans la pratique de la CM, ce pays a conduit les travaux du protocole de recherche Med'Rec du projet High five (§1.II.A.3).

Dans le rapport canadien 2013-2014 sur la pharmacie hospitalière[72], on note que :

- 85% (142/168) des hôpitaux réalisent des BMO à l'admission ;
- 47% (80/169) des hôpitaux réalisent des BMO aux transferts entre unités de soins ;
- 44% (74/168) des hôpitaux réalisent une conciliation à la sortie.

Par ailleurs :

- 10% (17/168) des hôpitaux réalisent des CM chez 100% des patients avec pharmacothérapie complexe et à risques élevés d'incidents-accidents ;
- 85% (142/168) des hôpitaux réalisent des CM chez les patients avec pharmacothérapie complexe et à risques élevés d'EIM, avec la participation active du pharmacien ;
- 2% (4/168) des hôpitaux réalisent des conseils pharmaceutiques chez les patients avec pharmacothérapie complexe et à risques élevés d'incidents-accidents à la sortie.

- **Les USA :**

Aux États-Unis, l' American Society of Health-System Pharmacist a publié en 2012 un document intitulé : « Improving care transitions : Optimizing Medication reconciliation »[73]. Dans ce communiqué, le rôle du pharmacien dans le BMO est décrit : le pharmacien devrait contribuer au développement des politiques et des procédures pour la réalisation des BMO, à l'optimisation des systèmes mis en place pour les BMO, à la formation et l'évaluation des compétences de ceux qui effectuent les BMO, et au développement de dossiers électroniques de médicaments.

En 2012, l'American College of Clinical Pharmacy reconnaît le rôle pivot des pharmaciens dans la réalisation de BMO à l'admission et à la sortie des patients et considère que la proportion de patients ayant un BMO aux différentes étapes du continuum de soins est un indicateur clé. Cette démarche de conciliation est inscrite aux USA dans le programme national d'accréditation en tant que Hospital National Patient Safety Goal[74].

Plusieurs programmes nationaux sont mis en œuvre (ex. BOOST[75], MATCH[76]) pour généraliser la démarche et mettre à disposition des instruments largement utilisés dans les établissements publics comme privés. Il existe aussi un accompagnement des établissements de santé dans sa mise en œuvre. L'intégration de la CM dans leurs logiciels hospitaliers est systématisée et conditionne leur certification.

La CM est donc considérée comme l'un des principaux leviers d'amélioration permettant d'expliquer les résultats spectaculaires dans la lutte contre les erreurs médicamenteuses et l'iatrogénie : l'Agency for Healthcare Research and Quality [77] estime que la CM aurait évité 16.760 décès entre 2011 et 2014 par rapport à 2010, dont 6.020 décès évités uniquement en 2013 et 5 220 en 2014. Egalement plus de 800 000 événements indésirables liés à une erreur médicamenteuse auraient été évités sur la même période, dont 301 000 événements indésirables en 2013, et 261 000 en 2014. Ces décès et événements indésirables évités représentent une économie estimée à plus de 1,5 milliards de dollars (1,34 milliards d'euros) pour la seule année 2013, et supérieure à 1,3 milliards de dollars en 2014.

- **L'Australie :**

Le système d'accréditation australien comprend un critère sur la CM opposable depuis janvier 2013 : un bilan médicamenteux optimisé pour chaque patient, l'historique médicamenteux et clinique ainsi que la réalisation de la conciliation à chaque point de transition. La politique nationale du médicament se base sur une ligne directrice de continuité des soins. Le pharmacien hospitalier australien apporte des conseils de bon usage sur le médicament aux patients. La politique nationale du médicament cible le BMO comme un acte obligatoire.

2. EUNetPaS

EUNetPaS (European union network for patient safety) est le premier projet de réseau européen sur la sécurité des patients financé par la Commission Européenne de février 2008 à juillet 2010[78]. Il s'agit d'un réseau de coopération entre les 27 Etats Membres, les principaux acteurs européens et les organisations internationales (OMS, Organisation de Coopération et de Développement Économiques, Commission Européenne). L'objectif était de promouvoir et développer la collaboration en matière de sécurité des soins (intégration de nouvelles connaissances, partage de Bonnes Pratiques, développement d'outils communs) dans le but de réduire les erreurs médicamenteuses. Parmi ces bonnes pratiques, un test sur la faisabilité de mise en œuvre de la CM à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation a été réalisé dans quelques hôpitaux volontaires dans plusieurs pays (Lithuanie, Danemark, Pays Bas, France, Portugal, Grèce, Irlande). Un réseau communautaire d'établissements s'est développé et des recommandations ont émané du projet.

3. Med'Rec – High Five (OMS)

Suite aux résultats du projet EUNetPaS, l'Alliance Mondiale pour la Sécurité du Patient de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) lance en 2006 le projet High'5s : « Agir pour la sécurité des patients ». Ce projet réunit 8 pays : Australie, Allemagne, Pays Bas, Canada, Etats-Unis, Singapour, République de Trinité-et-Tobago, et la France. L'objectif est de réduire de manière significative, pérenne et mesurable la survenue de 5 grands problèmes de sécurité pour le patient. Il vise à évaluer la faisabilité et l'impact de solutions standardisées déployées au sein d'établissements. Parmi ces 5 expérimentations, 2 sont pilotées par la Haute Autorité de Santé (HAS) avec le soutien du ministère de la santé à partir de 2009 : « la prévention des erreurs de site et de procédure en chirurgie » et « la sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins ». Cette dernière nommée « Med'Rec » porte sur la mise en œuvre de la CM et se déroule pendant 6 ans (jusqu'en juillet 2015) dans 50 établissements de 5 pays du monde : l'Allemagne, l'Australie, les Etats-Unis, la France et le Pays-Bas. La HAS et l'OMEDIT Aquitaine accompagnent les 9 établissements français : 3 centres hospitaliers, un établissement de santé publique d'intérêt collectif (ESPIC), et 5 centres hospitaliers universitaires qui expérimentent le projet.

Figure 3 : Etablissements français ayant participé à l'expérimentation internationale Med'Rec



Tableau 4 : Périmètre de la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse dans les établissements « Med'Rec »

Etablissements	Capacité d'accueil	Nombre de patients éligibles en 2014	Nombre de conciliations dans le cadre de Med'Rec en 2014	Périmètre de mise en œuvre
CH Lunéville	456 lits	2 175	941	Tout l'établissement
CH Saint Marcellin	260 lits	96	61	Médecine polyvalente
CHU de Strasbourg	2 745 lits	15 157	2 674	Médecine interne
CHU de Nîmes	1924 lits	7 691	1 886	Médecine polyvalente, maladies infectieuses, rhumatologie
CHU de Grenoble	2 125 lits	9 600	1 117	14 services de soins
CH Compiègne	1 200 lits	6 475	1 842	Court séjour gériatrique
Hôpital Bichat	1 000 lits	6 560	172	Médecine interne
Association clinique La croix Blanche*	48 lits	199	142	Chirurgie orthopédique, chirurgie viscérale
CHU de Bordeaux**	1 165 lits	379	65	Pôle cardio-thoracique

*La clinique de la Croix-Blanche de Moutier-Rozeille a quitté le projet en 2013, suite à sa fusion avec le CH d'Aubusson

**Le CHU de Bordeaux n'a intégré le projet Med'Rec qu'en 2013.

L'objectif de ce projet était de :

- standardiser une méthodologie relative à la CM,
- prévoir les éléments de généralisation de cette pratique à tous les établissements de santé français avec l'appui des dispositifs nationaux en particulier la certification HAS.

Le Canada, pionnier de la CM, ne participe pas en tant que tel au projet et joue un rôle d'appui et d'expertise pour l'implémentation de la conciliation dans les différents pays.

Ce projet cible les patients âgés de plus de 65 ans admis par les urgences et conciliés dans les 24h après admission avec un objectif d'étendre la CM aux autres points de transition.

Plusieurs documents ont émané de ce projet : un rapport d'expérimentation[79] contenant les résultats et conclusion de l'expérimentation ainsi que les monographies de chacun des établissements mettant en exergue leurs propres solutions et contraintes rencontrées au cours de ces 5 années. Un ensemble de 6 outils de références a également été réalisé :

- Le mode opératoire de la CTM à l'admission ;
- La fiche de recueil des informations par source pour concilier ;
- Le guide d'entretien du patient à l'admission en établissement de santé pour l'obtention du bilan médicamenteux optimisé ;
- La fiche de conciliation des traitements à l'admission ;
- La caractérisation de la gravité potentielle des conséquences de l'EM ;
- Les fiches pédagogiques relatives à une étude de cas.

Sur 27 445 patients conciliés, 46 188 divergences non documentées ont été détectées. Parmi elles :

- 21 320 erreurs médicamenteuses avérées ont été interceptées et corrigées par la conciliation,
- 23 381 divergences non documentées intentionnelles ont été détectées et renseignées dans le dossier patient.

En moyenne, un patient a présenté lors de la conciliation à son admission dans un établissement de santé Med'Rec une erreur médicamenteuse et un changement de traitement non documenté (DNDI).

Tableau 5: Divergences non documentées recueillies par les neuf établissements auprès des patients inclus dans Med'Rec sans limitation du délai de conciliation

Données des 9 établissements ¹					
Année	Patients			Divergences non documentées	
	éligibles	conciliés	%	DND ²	DND/patient
	p^3	p^4	p^4/p^3	N^5	N^5/p^4
2010	1 548	268	17,3 %	522	1,9
2011	45 686	3 334	7,3%	5 639	1,7
2012	47 339	6 096	12,9 %	8 850	1,5
2013	48 262	7 744	16,0 %	10 672	1,4
2014	53 466	10 005	18,7 %	20 505	2,0
TOTAL	196 301	27 447	14,0 %	46 188	1,7

¹ Les neuf établissements sont ceux de Bordeaux, Compiègne Noyon, Grenoble, Lunéville, Moutiers Rozeille, Nîmes, Paris, Saint Marcellin, Strasbourg. Les établissements de Grenoble et de Nîmes n'ont comptabilisé que les données des patients conciliés dans les 24h et selon le SOP Med'Rec.

² DND : divergences non documentées : somme des erreurs médicamenteuses (EM) et des divergences non documentées intentionnelles (DNDI) soit $DND = [EM + DNDI]$.

³ P : Patients éligibles à la conciliation dans le SOP Med'Rec.

⁴ p' : Patients conciliés selon les critères d'éligibilité du SOP Med'Rec.

⁵ N' : Nombre de DND.

Tableau 6: Erreurs médicamenteuses et divergences non documentées intentionnelles recueillies par 8 établissements auprès des patients inclus dans Med'Rec sans limitation du délai de conciliation

Données des 8 établissements ¹							
Année	Patients			Erreurs médicamenteuses		Divergences non documentées intentionnelles	
	éligibles	conciliés	%	EM	EM/patient	DNDI	DNDI/patient
	p^2	p^1	p^1/p^2	N_1^4	N_1^4/p^1	N_2^5	N_2^5/p^1
2010	1 548	268	17,3 %	242	0,9	280	1,0
2011	34 343	2 357	6,9 %	1 624	0,7	3 758	1,6
2012	35 610	4 933	13,9 %	3 890	0,8	4 448	0,9
2013	35 951	6 417	17,8 %	5 370	0,8	4 996	0,8
2014	40 652	8 888	21,9 %	10 194	1,1	9 899	1,2
TOTAL	148 104	22 863	15,4 %	21 320	0,9	23 381	1,0

¹ - Les huit établissements sont ceux du CHU de Bordeaux, CH de Compiègne Noyon, CH de Lunéville, Clinique Moutier- Rozeille, CHU de Nîmes, AP HP Bichat Paris, CH Saint-Marcellin, HU de Strasbourg. Les données du CHU de Grenoble n'ont pas été intégrées dans ce tableau. Le CHU de Grenoble a comptabilisé ses données globalement, sans distinguer les EM des DNDI.
- Le CHU de Nîmes n'a comptabilisé que les données des patients conciliés dans les 24h et selon le SOP Med'Rec. Les résultats s'en trouvent minorés.

² P : Patients éligibles à la conciliation dans le SOP Med'Rec

³ p : Patients conciliés selon les critères d'éligibilité du SOP Med'Rec

⁴ N₁ : Nombre d'EM

⁵ N₂ : Nombre de DNDI

L'expérimentation Med'Rec a permis de conclure que :

La conciliation est une démarche médico-pharmaceutique autour de 2 temps forts :

- la réalisation et la validation du bilan médicamenteux par le pharmacien,
- un échange collaboratif entre le pharmacien et le médecin pour corriger les divergences observées, ceci autour d'un patient acteur de sa santé.

C'est une méthode puissante de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses, qui contribue à réduire l'iatrogénie médicamenteuse et optimise la prise en charge du patient.

La démarche est simple dans son principe, mais complexe dans sa mise en œuvre. Elle interroge les organisations, repose sur une institutionnalisation de la démarche, demande une nécessaire standardisation des pratiques et de leur organisation et une coordination. Elle ne peut être déployée immédiatement sur l'ensemble d'un établissement, mais passe obligatoirement par une phase test (ciblage) et de formation des professionnels de santé. Enfin elle demande une implication des acteurs de ville.

La mise en œuvre de la démarche sera facilitée par un accès au dossier patient et au dossier pharmaceutique renseigné et complet, une informatisation des prescriptions, un appui régional via les ARS / OMEDIT, une interopérabilité des logiciels et par conséquent une adaptation nécessaire des systèmes d'information à la pratique de la conciliation des traitements médicamenteux.

Les retombées du projet Med'Rec sont multiples. Les actions menées et les conséquences sont :

- Une sécurisation de la prise en charge médicamenteuse avec réduction probable du taux d'hospitalisation,
- L'optimisation et la réévaluation des prescriptions, l'amélioration de la pertinence des soins grâce à une collaboration médico-pharmaceutique,
- Un témoignage des médecins sur la valeur ajoutée de la CM au sein de leur service,
- Un retour sur l'importance de l'entretien du patient ou de l'entourage pour assurer une prise en charge médicamenteuse dans la durée et adapter la conciliation de sortie, l'observance,
- Le développement du lien ville-hôpital,
- Une modification de l'organisation de la pharmacie clinique,
- Un bénéfice de l'arrivée des nouvelles technologies : DP, messagerie sécurisée,
- Une création de banques intra hospitalier d'EIM évités liés à la CM, de retours d'expérience,
- La réalisation de multiples publications.

Un guide HAS de mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux, dont le rapport d'expérimentation Med'Rec constitue la référence, est attendu pour la fin de l'année 2016. Il est en cours d'élaboration par un groupe multidisciplinaire dont les participants ont

initié et/ou déployé la démarche de conciliation des traitements médicamenteux. Il doit prendre en compte l'articulation ville-hôpital et sera illustré par des mises en situation. Actuellement un guide d'entretien patient a déjà été publié dans le rapport d'expérimentation Med'Rec.

4. Etat des lieux en Europe

En Europe, les politiques de santé déclinées en Allemagne, en France, ou aux Pays-Bas intègrent les pratiques de CM dans le but d'améliorer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse et la continuité de traitement. Plus ou moins exigible comme critère de certification des établissements de santé, les différents ministères de la santé apportent leur soutien financier pour le déploiement de ces activités par les pharmaciens hospitaliers. Le tableau 7 présente les principaux résultats des 5 pays participant à l'expérimentation Med'Rec.

Tableau 7: Synthèse du projet Med'Rec au niveau international

	 Australie	 Allemagne	 France	 Pays-Bas	 Etats-Unis
Structures nationales pilotes	Commission australienne pour la Sécurité et la Qualité des Soins	Aqmed (agence pour la qualité en médecine) & Coalition allemande pour la Sécurité du Patient)	HAS & OMEDIT Aquitaine	CBO (institut néerlandais pour l'Amélioration des Soins)	AHRQ & Joint Commission
Nombre d'établissement de santé	17	7	9	8	2
Activité de conciliation présente avant le SOP MED'REC	- Norme de pratique professionnelle de la conciliation depuis 2007 - Pharmacie clinique bien établie	Non systématisée	Projet européen « EuNetPas » 3 ES Med'Rec CH Compiègne-Noyon CHU Grenoble CH Nîmes		- Priorité nationale depuis 2002 - Largement déployée
Critère de certification					
Acteur de la Conciliation	Pharmaciens (Essai d'extension aux IDE non contributif par manque de temps et méconnaissance des traitements)	Pharmaciens	Pharmaciens (1 hôpital fait intervenir les IDE dans la phase de recueil)	Pharmaciens	- Pharmaciens - Préparateurs en pharmacie - Etudiants en médecine
Résultats MR1 (Moyenne)	51% (Variabilité de 16 à 96%)	NR	28% (3 à 65%)	44,4%	96,6%
Déploiement hors MED'REC	Sortie d'hospitalisation		- Transfert et sortie - Âge <65ans - Etude d'impact Med'Rec Kappa	- Transfert et sortie - Âge <65ans	

B. Expériences nationales

Huit programmes de recherche sur la performance des systèmes de soins (PREPS) ont été octroyés depuis 2012 en lien avec la CM, dont 3 en 2014.

Tableau 8 : PREPS accordés sur la conciliation médicamenteuse depuis 2012

Année	Nom du PREPS	Etablissement porteur du projet
2012	DP-CONCIL : « Evaluation de l'apport du Dossier Pharmaceutique électronique sur la qualité de la conciliation médicamenteuse lors de la consultation d'anesthésie »	CHU de Grenoble
2012	REPHVIM : « Impact des transmissions pharmaceutiques Hôpital-Ville sur la prise en charge médicamenteuse des patients sortant d'hospitalisation : essai randomisé en cluster en cross-over »	CHU de Tour
2013	CONCIPAGE : « Développement de la conciliation médicamenteuse à l'aide du dossier pharmaceutique. Etude multicentrique nationale chez le sujet âgé hospitalisé en service de gériatrie, médecine interne et chirurgie orthopédique »	AP-HP
2013	PROUST : « Impact d'un programme de soins de transition hôpital – domicile sur la fréquence des ré-hospitalisations non programmées à 30 jours de malades âgés hospitalisés en court séjour gériatrique : essai multicentrique randomisé en cluster de type stepped wedge »	Hospices Civiles de Lyon
2013	MATRIX-DPRS : « Evaluation de l'information de prescription médicamenteuse par l'échange de données temps réel : le dossier pharmaceutique distribué »	CHU de Nice
2014	IATROMED : « Impact de l'utilisation d'une fiche de conciliation thérapeutique médicamenteuse en sortie d'hospitalisation sur le recours en urgence aux services de soin chez les patients de plus de 75 ans »	CHU de Nice
2014	ConcReHosp : « Impact d'une optimisation de la conciliation des traitements médicamenteux sur la ré-hospitalisation évitable »	Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille
2014	MEDREV : « Impact de la révision des prescriptions médicamenteuses sur la sécurité et le coût de la prise en charge médicamenteuse de patients âgés (au moins 65 ans) hospitalisés en centre hospitalier universitaire »	CHU de Nîmes

Au vu des bénéfices attendus et dans l'attente d'une directive nationale sur la mise en place de l'activité de conciliation en routine, de multiples initiatives sont recensées dans les établissements publics et privés de taille et dans des services très variables.

1. Exemples de mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse des établissements au-delà de Med'Rec

En France, plusieurs projets de recherche soutenus par la SFPC sont actuellement en cours pour évaluer son intérêt : Med'Rec Kappa[80] (« Mesure de l'impact clinique de la conciliation des traitements médicamenteux par la caractérisation de la gravité potentielle des erreurs médicamenteuses interceptées et corrigées »), REVPHIM[81] pour évaluer l'impact de la conciliation de sortie, MEDREV[82] pour mesurer l'« Impact de la révision des prescriptions médicamenteuses sur la sécurité et le coût de la prise en charge médicamenteuse de patients âgés (au moins 65 ans) hospitalisés en centre hospitalier universitaire », DP-concil[83] pour évaluer l'impact de l'accès au DP lors de la conciliation réalisée en consultation pré-anesthésique, ConcReHosp[84] pour mesurer l'impact sur la ré-hospitalisation évitable.

L'étude « Med'Rec Kappa » est actuellement en cours dans les établissements engagés dans l'expérimentation Med'Rec sur le même profil de patients et ayant au moins une EM interceptée et corrigée. Ses 3 objectifs principaux sont :

- Mettre à disposition un outil utilisable par les professionnels de santé pour évaluer les EM interceptées par la conciliation ;
- Mettre à disposition des professionnels un outil qui permette d'identifier la population « fragile » hospitalisée ;
- Permettre à un établissement d'argumenter l'intérêt de la conciliation d'un point de vue médico-économique grâce à la diminution éventuelle de la ré-hospitalisation et l'évitement de surcoûts associés.

L'étude se déroule en 3 phases : évaluation et validation de l'outil de cotation, évaluation de l'impact clinique de la conciliation et enfin l'évaluation médico-économique.

Certains établissements précurseurs ont également commencé à déployer cette activité en dehors du cadre du projet High'5s. C'est par exemple le cas du CHRU de Tours, le CHU de Brest, du Centre Hospitalier psychiatrique Charles Perrens de Bordeaux, du Centre Hospitalier de Belves et du Centre Hospitalier de Bayeux, dont les retours d'expérience ont été présentés dans une réunion nationale sur la CM, organisée par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), le 6 février 2015 à Paris, en partenariat avec l'OMEDIT Aquitaine, la HAS et la SFPC[85].

Ces dernières années cette activité s'est largement répandue mais son ampleur reste en général limitée par manque de moyens dédiés. Lors de l'enquête DGOS (§1.II.B.3) réalisée en juin 2015, il a été recensé plus de 370 établissements mettant en œuvre des activités de conciliation soit 22% des établissements répondants.

2. Mémo SFPC

Cette Fiche-mémo, actualisée en 2016, a été rédigée par la SFPC[86]. Dans l'attente du guide rédigé par la HAS en collaboration avec la SFPC, ce document fait référence.

Dans ce document sont définis le contexte et l'intégration de la CM aux activités de pharmacie clinique. Le processus de CM en établissement de santé et médico-social à l'admission, à la sortie, lors des transferts et en ville y est décrit ainsi que son intégration dans le système d'information des établissements. Enfin, elle propose la place des différents professionnels de santé dans la CM et la stratégie à adopter pour impulser la démarche dans les établissements de santé notamment avec des critères de sélection de patients.

La SFPC a également émis des recommandations de pratiques qui sont les suivantes :

- La CM doit être intégrée officiellement dans le parcours de soins médicamenteux du patient.
- La CM doit être réalisée si possible pour tous les patients. En cas de ressources limitées, une priorisation au niveau de l'établissement doit être effectuée afin d'identifier les patients pour lesquels la conciliation aura la plus forte plus-value : patients à risque dont personnes âgées, patients arrivés aux urgences et polymédiqués.
- L'équipe pharmaceutique, par ses activités de pharmacie clinique est la plus à même de réaliser la CM qui doit être intégrée dans un continuum à la prise en charge médicamenteuse du patient. L'équipe pharmaceutique réalisant la conciliation doit être au préalable formée. Le recueil d'information peut être réalisé par différents acteurs.
- La CM s'effectue à l'entrée et à la sortie de l'établissement, en relation avec les autres professionnels hospitaliers ainsi qu'avec les pharmaciens d'officine et le médecin traitant.
- Elle suit dans tous les cas, une démarche en 2 temps :

1/ le recueil de données semi-structuré s'appuyant sur une checklist. Elle repose sur l'historique médicamenteux et l'analyse de l'adhésion médicamenteuse (médicaments prescrits, automédication, médecines complémentaires et alternatives) à partir de trois sources, par ordre décroissant : le patient (et/ou l'aidant familial), la pharmacie d'officine, le médecin traitant, l'infirmier libéral ;

2/L'analyse conduisant à une intervention auprès du prescripteur pour gérer les divergences.

3. Enquête DGOS

En mars 2015, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a mis en place une enquête[87] auprès des établissements de santé - publics, privés à but lucratif, et privés d'intérêt collectif (ESPIC), visant à établir un état des lieux de la mise en œuvre de la CM (secteurs, cibles, ressources, difficultés, indicateurs) et à identifier les besoins des acteurs pour impulser sa mise en œuvre. Les résultats nationaux ont été rendus publics via une note d'information officielle[88] en décembre 2015. Dans cette note, il est précisé que l'enquête présente un certain nombre de biais et que les résultats doivent être interprétés à la lumière de ceux-ci : « Le caractère ministériel de l'enquête entraîne à fortiori une attitude normative vis-à-vis des réponses déclaratives. Les consignes de remplissage notamment en ce qui concerne l'évaluation des besoins des établissements ont pu être données par certaines structures représentatives nationales. L'analyse des commentaires a montré des divergences de compréhension des questions posées ayant probablement entraîné des défauts de remplissage ».

Au total, 1 688 établissements de santé autorisés en médecine chirurgie obstétrique (MCO), en psychiatrie, en hospitalisation à domicile (HAD), en soins de suite et réadaptation (SSR) ou en dialyse ont été sollicités, soit un taux de représentation nationale de 41%.

Parmi les principaux constats, 22% des établissements déclarent recourir à la conciliation, principalement dans des unités dont la durée de séjour est compatible avec ce processus : médecine (hors urgences), chirurgie, gériatrie, SSR. Par ailleurs, près de 90% réalisent une activité de pharmacie clinique, visant à renforcer le bon usage des produits de santé et à informer les patients et les professionnels dans une perspective de prévention des risques médicamenteux et de renforcement de la prise en charge thérapeutique.

C'est au moment de l'admission hospitalière que la conciliation est principalement réalisée, à hauteur de 95%, tandis qu'elle n'est mise en œuvre que dans 68% des cas à la sortie dans le but de sécuriser la transition de l'hôpital vers la ville. Nous pouvons remarquer que ces chiffres paraissent relativement élevés au regard du contexte actuel et des réorganisations complexes à mettre en œuvre pour réaliser un réel processus de CM. Ceci illustre les différentes définitions attribuées actuellement à la CM.

Les acteurs de la mise en œuvre sont principalement médecins et pharmaciens. Les professions paramédicales telles que les IDE et les préparateurs en pharmacie participent aussi à cette activité (respectivement 60 et 48% des établissements les mentionnent) en se concentrant sur le recueil des informations. C'est dans le privé que ces professionnels sont les plus sollicités (92% dans le privé, 85% dans les ESPIC contre 62% dans le public). Si le recueil des informations est une activité partagée par tous, la gestion des divergences reste une activité quasi-exclusive des professions médicales et pharmaceutiques.

Les principales sources d'information pour les professionnels sont le dossier du patient, les ordonnances et un entretien direct avec lui ou son entourage. Les contacts avec le médecin traitant et le pharmacien d'officine n'arrivent qu'en 5ème et 7ème position. Le dossier pharmaceutique est quant à lui moins sollicité (7,7%) en raison de son niveau actuel de déploiement dans les structures hospitalières et de la difficulté organisationnelle engendrée.

Près de 32% des ES déclarent avoir mis en œuvre des indicateurs sur leur pratique avec une large différence entre le privé et le public (21% contre 48%). Une grande variabilité d'indicateurs a été citée, parmi eux :

- Les indicateurs quantitatifs : nombre de patients conciliés le plus souvent rapporté au nombre de patients conciliables, nombre de DI ou DNI, nombre d'interventions pharmaceutiques, nombre de sources d'information utilisées, nombre de lignes de médicaments poursuivies, modifiées, interrompues suite à la conciliation, le temps de conciliation...

- Les indicateurs qualitatifs : l'impact clinique, type de patients conciliés, type de DI ou DNI, type de médicaments concernés par la divergence (classe thérapeutique, indications, forme galénique), type de modifications proposées ou encore un questionnaire de satisfaction patient et officinal.

Du point de vue des établissements, les retombées de la conciliation sont multiples : sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient, renforcement du dialogue entre les équipes intra et extra hospitalières, efficience du dispositif avec l'optimisation des prescriptions, la baisse de la consommation de médicaments et la réduction des ré-hospitalisations.

Des freins ont également été identifiés : le manque de ressources humaines et d'accompagnement opérationnel (formation spécifique, des outils adaptés de partage d'informations et des référentiels) et des systèmes d'information hospitalier (SIH) non adaptés. Ce dernier point ne semble pas indispensable au démarrage de CM comme le montre la proportion d'ES faisant de la conciliation et ayant démarré des réflexions d'amélioration avec le développeur du SIH (38%).

Au vu de la littérature, des conclusions de l'expérimentation Med'Rec, ainsi qu'avec les éclairages apportés par l'enquête DGOS, il apparaît que la mise en place de la conciliation d'apparence simple, ne peut en réalité s'improviser et nécessite des prérequis :

- l'inscription de l'activité dans une démarche globale de qualité,
- une institutionnalisation de la démarche,
- l'étude de son organisation en fonction de ses besoins et ressources. Il est également nécessaire d'établir une priorisation des secteurs d'activité, profils de patient à risque, et des moyens spécifiques à chaque organisation,
- la formation pratique multidisciplinaire du personnel dédié,

- l'élaboration d'outils mis à disposition des professionnels et l'évolution des systèmes d'information intégrant des modules dédiés à la conciliation,
- le développement d'un lien étroit avec les professionnels du secteur ambulatoire (médecins, pharmaciens, infirmiers) notamment sur les modalités de partage d'informations.

L'enquête démontre une volonté de s'engager pour un certain nombre d'établissements au travers de leur programme d'actions en matière de qualité et sécurité des soins (PAQSS). Compte tenu des freins au déploiement, des accompagnements nationaux et régionaux nécessaires des professionnels pour la mise en place de la CM ont été décidés : l'élaboration d'outils nationaux labellisés HAS, un financement de formations, et un appui régional au déploiement.

4. Le réseau des OMEDITs

La politique nationale est déclinée à l'échelon régional par les ARS qui peuvent s'appuyer sur les structures d'appui et d'expertise qui exercent un relais de proximité auprès des établissements de santé et des professionnels de santé visant à la promotion de la qualité et de la sécurité des soins dans le champ des produits de santé notamment les OMEDIT (Observatoires des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique). Sur le présent sujet, ils ont pour mission de former et d'informer et accompagner les établissements de leur région sur les pratiques de conciliation. Les OMEDITs sont regroupés en réseau appelé « Résomédit » permettant notamment de partager au niveau national les documents élaborés au niveau régional. S'il existe un groupe de travail spécifique à la CM qui a pour objectif de répondre aux sollicitations au nom du groupe, les actions mises en œuvre en région relèvent de la propre initiative de chaque OMEDIT. De nombreux documents de sensibilisation, ainsi que les restitutions régionales de l'enquête DGOS, accompagnées des orientations à suivre sont disponibles sur les différents sites internet des OMEDITs.

En Midi-Pyrénées, à l'occasion de la Semaine de la Sécurité des Patients 2015, l'OMEDIT Midi-Pyrénées a proposé chaque jour, 1 chiffre-clé et 1 fiche-info correspondante, sur les thèmes de la CM et la lettre de liaison[39] (Annexe I) :

- « La conciliation médicamenteuse, qu'est-ce que c'est ? »
- « La conciliation médicamenteuse : à l'entrée ... et à la sortie »
- « La conciliation médicamenteuse : la place du Dossier Pharmaceutique »
- « La conciliation médicamenteuse : la place de la Lettre de Liaison »
- « La conciliation médicamenteuse : quelques pistes pour commencer ... ».

Les résultats de l'enquête DGOS en Midi-Pyrénées ont été restitués aux établissements de la région. Les points marquant sont les suivants :

- La conciliation est identifiée comme action d'amélioration (61% MiP vs 57% France),
- Les secteurs impliqués sont principalement des services de médecine (69% MiP vs 56% France), SSR (80% MiP vs 59% France), chirurgie (53% MiP vs 41% France), gériatrie (36% MiP vs 48% France),
- La conciliation lorsqu'elle est réalisée l'est toujours à l'admission (100% MiP vs 95% France) et parfois au niveau des autres points de transition,
- La pluridisciplinarité est d'emblée évoquée.

Des axes d'amélioration sont en revanche à noter :

- L'intégration de la CM au PAQSS est inférieure au niveau national (59% MiP vs 62% France),
- La mise en place d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs est encore relativement faible (10% MiP vs 32% France) ainsi que le partage de retours d'expérience sur les erreurs médicamenteuses interceptées et corrigées par la CM (38% MiP vs 44% France),
- Pour finir les établissements évoquent un réel besoin d'outils, formations, moyens et de soutien organisationnel.

Ce constat est très intéressant pour le projet régional de déploiement de la CM dans l'ex-région Midi-Pyrénées. En effet, les efforts porteront notamment pour les patients âgés, alors qu'à l'heure actuelle la gériatrie semble être un secteur moins investi qu'au niveau national. Dans le cadre de ce projet, une attention sera particulièrement portée sur la sortie et le lien avec les professionnels de ville, axe actuellement peu développé du fait d'un cloisonnement important entre les différents secteurs et d'un manque d'outils de communication (voir §1.II.C.3 et §1.II.C.5).

Au niveau national, d'autres documents de sensibilisation, retours d'expérience, ou restitutions régionales de l'enquête sont disponibles notamment sur les sites internet des OMEDITs de la région Bourgogne[89], Lorraine[90], Haute Normandie[91], et Provence Alpes Côte d'Azur [92].

En Aquitaine[85], un groupe de travail pluri-professionnel (médecins, pharmaciens et IDE) associe les professionnels de santé des établissements de santé et des soins de premiers recours, les ordres (médecins et pharmaciens), les URPS (médecins, pharmaciens et IDE) et les usagers sur le thème de la CM et du lien ville/hôpital. Il a pour objectifs de mobiliser les partenaires régionaux afin de les sensibiliser et de promouvoir la pratique sur le terrain, accompagner les professionnels dans l'impulsion de la mise en œuvre, partager des retours d'expérience, de définir et d'élaborer les recommandations régionales et d'identifier des actions conjointes pour améliorer la prise en charge médicamenteuse dans le parcours patient.

Plusieurs thèmes sont abordés :

- l'élaboration d'outils communs à mettre à disposition des professionnels,
- la formalisation de formations, la valorisation, l'appropriation et l'utilisation des systèmes d'information et des technologies,
- la démonstration à la communauté médicale, pharmaceutique et aux équipes de direction de l'impact clinique en matière de gravité des erreurs médicamenteuses interceptées ainsi que leurs conséquences médico-économiques,
- la valorisation des actions remarquables de la région par des retours d'expérience.

5. FORMACONCIL

Au terme de l'expérimentation concluante de Med'Rec, la DGOS a été à l'origine de la commande d'un kit de formation national, afin de former de façon homogène et à grande échelle, les professionnels de santé aux pratiques de la CM. La SFPC, spécialiste dans ce domaine, a proposé fin 2015 un module de formation nommé « FORMACONCIL », d'après un cahier des charges rédigé par des représentants du RESOMEDIT. Un groupe de travail formé de 3 équipes ayant participé à l'expérimentation Med'Rec ainsi que de praticiens de la conciliation ont participé à son élaboration[93].

L'objectif de FORMACONCIL est double : mettre en place la CM auprès des professionnels sur le terrain, mais aussi pérenniser cette démarche. La CM doit être inscrite dans une dynamique de parcours de soins du patient. Si cette formation reprend des bases théoriques, elle est surtout axée sur la pratique. FORMACONCIL est une formation qui valide le Développement Professionnel Continu (DPC).

Elle a vocation à :

- Mettre en pratique les notions théoriques pour pouvoir adapter le déploiement aux spécificités locales,
- Garantir l'homogénéité de la formation au niveau national (documents et formation de formateurs, mise à jour en temps réel),
- Etre pluri-professionnel,
- Promouvoir le lien ville-hôpital.

La formation s'organise en 3 étapes :

- L'évaluation initiale des pratiques sur les connaissances théoriques et pratiques du participant, sur un module de e-learning,
- La participation en présentiel à 2 journées de formation. Le premier jour (niveau 1) est consacré à une mise à niveau théorique avec des jeux de rôle et un partage

d'expériences sur la méthodologie de mise en œuvre dans son environnement de travail. Le deuxième jour (niveau 2) est une mise en situation réelle, avec tutorat par une équipe spécialisée, sur le site du CHU de Nîmes,

- L'évaluation des compétences acquises par le participant et de leur mise en œuvre pratique par la mesure de la pénétration de la conciliation dans le système de soins, et une évaluation des pratiques professionnelles.

Cette formation s'adresse à un public large (médecin, pharmacien, sage-femme, cadre de santé, personnel paramédical) sur l'ensemble des secteurs hospitaliers, médico-sociaux, et libéral).

Un certain nombre d'ARS ont investi dans ce kit, qui représente un socle conceptuel commun permettant d'encadrer les dynamiques régionales de déploiement, en cohérence avec les travaux menés par la HAS. Il est à noter que la déclinaison régionale de l'offre de formation ainsi que les outils utilisés ont été laissés au choix de chaque région. Ainsi plusieurs d'entre elles ont élaboré une formation propre.

6. Politique nationale sur la conciliation médicamenteuse

La « continuité thérapeutique » est aujourd'hui une priorité des autorités de santé françaises. Les dispositions de la loi Hôpital Patient Santé Territoire[94] visent à améliorer la « transition thérapeutique » et celle-ci a été définie comme un des axes prioritaires dans la loi de santé qui sera prochainement publiée. L'inspection générale des affaires sociales dans son rapport sur le circuit du médicament à l'hôpital recommande d'accélérer la mise en œuvre de ces dispositions[95].

Le ministère de la santé cible la CM comme une action prioritaire à mettre en œuvre, car elle met en perspective à la fois la nécessaire coordination des professionnels de santé de ville et à l'hôpital mais également l'implication du patient en tant qu'acteur de sa santé[96].

Le programme national de sécurité pour le patient 2013-2017[97], feuille de route de la politique de santé, relève que les risques et les événements indésirables trouvent leur source, le plus souvent, dans les dysfonctionnements organisationnels ou de communication interpersonnelle. Il recommande notamment de faire du décroisement et du travail en équipe des objectifs prioritaires.

Pour pallier ces problèmes, plusieurs axes généraux de travail ont été décidés. La mise en place de la conciliation peut répondre à plusieurs objectifs opérationnels tels que : « Mieux communiquer avec le patient au moment de sa sortie d'établissement », « Implémentation des données sur les erreurs évitées », « Faire du décroisement et du travail en équipe des objectifs prioritaires pour les formateurs et le management ».

La CM s'inscrit également dans les exigences portées par la réglementation actuelle :

- **L'article 8 de l'arrêté du 6 avril 2011** relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé[98] impose aux établissements d'étudier les risques encourus par les patients lors de la prise en charge médicamenteuse. *A minima* cette étude porte « *sur les risques pouvant aboutir à un événement indésirable, à une erreur médicamenteuse ou un dysfonctionnement à chaque étape de : ... la prescription (y compris la gestion du traitement personnel du patient à l'admission et la prescription de sortie) ...* ». Elle doit comprendre les dispositions prises pour réduire les événements jugés évitables, en portant une attention particulière sur les « *médicaments à risque et les patients à risque, traitements personnels des patients, transferts du patient au sein de l'établissement ou dans un autre établissement* ». Enfin, « *la direction de l'établissement veille à l'élaboration de procédures et, le cas échéant, de modes opératoires intégrant les différentes responsabilités notamment médicales, pharmaceutiques, odontologiques, maïeutiques et infirmières permettant en particulier de :*

- *s'assurer que la prescription est conforme aux données de référence et qu'elle permet de garantir la continuité et la qualité de la prise en charge médicamenteuse de l'admission jusqu'à la sortie du patient,*
- *s'assurer dans la mesure du possible que le patient est bien informé sur son traitement sauf urgence ou impossibilité,*
- *assurer la traçabilité des différentes étapes de la prise en charge médicamenteuse »*

- Dans le **critère 20.a de la certification V2010**[99] des établissements de santé, la HAS exige que la continuité du traitement médicamenteux soit organisée de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus. Les résultats de certification nous rappellent que la prise en charge médicamenteuse constitue la première cause de décision de réserve dans la V2010.

L'édition 2015 de la **semaine de la sécurité des patients** (novembre 2015)[100] a ciblé plus particulièrement la coordination des soins et notamment la sécurité des patients aux points de transition de leur parcours de soins. Parmi les 3 sous-thèmes correspondant à ces enjeux importants de sécurité sont notamment proposés la CM et la lettre de liaison (§2.I.A).

La continuité des soins est également évoquée dans le **plan national de promotion des médicaments génériques**[101]. En effet, la promotion des médicaments génériques, largement bénéfique sur le plan économique, est à risque pour les patients les plus fragiles, augmentant le risque de confusion et ainsi les risques de prise en doublon, défaut d'observance, arrêt involontaire de prise. Une des mesures pour lutter contre ces problèmes prévoit de délivrer les mêmes génériques aux patients de plus de 75 ans, afin de minimiser les risques de confusion liés aux changements de couleur et de forme en fonction des marques de génériques. La CM est également un moyen cité dans ce plan, pour lutter contre les ruptures de traitements aux points

de transition du patient, engendrés par l'utilisation de différents équivalents thérapeutiques stricts ou non stricts.

Les hôpitaux doivent désormais **maîtriser l'évolution des dépenses des PHEV dans le cadre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins**[68], et respecter un taux de prescription à l'intérieur du répertoire générique sous peine de pénalités[69]. La conciliation et l'implication du pharmacien dans l'optimisation des prescriptions sont citées comme des moyens pour maîtriser les dépenses de santé par l'amélioration de la qualité et la pertinence des prescriptions

Le référentiel de certification des LAP[102] rédigé par la HAS stipule que l'objectif de la certification est la « sécurisation de la prescription médicamenteuse » ainsi que de « faciliter le travail du prescripteur ». La gestion d'un historique médicamenteux est demandée, afin de favoriser la conciliation des traitements à l'entrée et la sortie d'hospitalisation. La certification comporte également un certain nombre d'exigences minimales d'ergonomie ». Dans la partie 3.2 du référentiel, il est notamment demandé que le LAP permette l'enregistrement des prescriptions, dispensation ou administration des médicaments au patient pour exécution hospitalière ou ambulatoire dans un historique médicamenteux :

- (critère 21) l'historique médicamenteux comporte au moins toutes les prescriptions saisies pour le patient à l'aide de ce LAP dans l'établissement,
- (critère 22) le LAP permet la saisie des traitements médicamenteux prescrits, délivrés ou administrés au patient, en ville ou à l'hôpital, les jours précédant une hospitalisation,
- (critère 23) pour un patient donné, le LAP permet d'afficher l'historique médicamenteux.

Un décret d'application, paru le 22 juillet 2016 fixe les obligations du contenu de **la lettre de liaison**[103] qui doit être transmise ou remise au patient dès sa sortie. Sa date d'application est fixée au 1^{er} janvier 2017. Cette lettre doit notamment contenir toutes les informations nécessaires à la continuité des traitements médicamenteux en ville et l'équipe soignante doit s'assurer de sa compréhension par le patient. La lettre de liaison comporte en particulier les : « *4° Traitements prescrits à la sortie de l'établissement (ou ordonnances de sortie) et ceux arrêtés durant le séjour et le motif d'arrêt ou de remplacement, en précisant, notamment pour les traitements médicamenteux, la posologie et la durée du traitement* ». Avec ce décret, la lettre de liaison à l'entrée ou « d'adressage » devient également obligatoire : « *Art. R. 1112-1-1.-Le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient dont il dispose sur son lieu d'intervention, ... Cette lettre comprend notamment les motifs de la demande d'hospitalisation, les traitements en cours et les allergies connues. Elle est adressée par messagerie sécurisée répondant aux conditions prévues à l'article L. 1110-4-1, ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations. Elle est versée dans le dossier médical*

partagé du patient si ce dossier a été créé, ou lui est remise ». Ces dispositions devraient permettre l'amélioration des informations transmises entre la ville et l'hôpital. Ce texte est également un moyen de faire pression sur les éditeurs de logiciels pour intégrer ces exigences dans les LAP.

Une déclinaison de la politique nationale de la continuité des soins, sans pour autant encore parler de conciliation, est intégrée dans le contrat de bon usage du médicament des produits et prestations (CBUMPP) dans chaque région. Les établissements de santé s'engagent ainsi par contractualisation à établir un processus de plus en plus structuré et standardisé pour garantir au patient une continuité de traitement. Il est dans l'ordre des choses que des indicateurs d'activité soient prochainement intégrés au contrat. Les événements indésirables liés à la discontinuité médicamenteuse ou gestion du traitement personnel sont fréquemment déclarés dans les établissements. Ceux-ci s'engagent également à travers le contrat de bon usage à faire des retours d'expérience : déclaration, analyse ainsi que mise en œuvre d'un programme d'action pour éviter la reproduction de ces événements.

C. Expériences régionales « Occitanie »

Avec la récente réforme de régions, Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon ne forment maintenant qu'une seule unité nommée « Occitanie » devant dès maintenant mener un travail commun.

1. La conciliation médicamenteuse au CHU de Nîmes

Entre 2003 et 2013, la PUI du CHU de Nîmes a réalisé une optimisation de ses moyens disponibles et participé à plusieurs projets de recherche clinique tels que l'expérimentation Med'Rec et l'étude pilote IMPACT (« Impact of admission medication reconciliation performed by clinical pharmacists on medication safety »[38]). En 2012, l'équipe pharmaceutique est ainsi parvenue à inscrire la pharmacie clinique dans le projet médical d'établissement. En 2013, le CHU de Nîmes pionnier de la pharmacie clinique compte 12,5 équivalents temps plein (ETP) de pharmaciens cliniciens couvrant près de 85% de ces 1390 lits d'hospitalisation. Ils assurent un suivi pharmaceutique des patients qui repose notamment sur la conciliation des traitements médicamenteux, la révision pluridisciplinaire des prescriptions, l'éducation thérapeutique, ainsi que la consultation pharmaceutique de sortie. Le financement de 5 pharmaciens assistants spécialistes a été réalisé à la fois par les pôles (150 000€ d'économie ciblée par contractualisation et 150 000€ d'économie potentielle sur les dépenses pharmaceutiques, par la promotion des bonnes pratiques de prescription) mais aussi par les événements indésirables graves médicamenteux évités (selon ENEIS, 200 EIM graves évités par an, soit 1 500 journées d'hospitalisation évitées, soit 300 000 € de recette nette potentielle).

Le CHU de Nîmes réalise la conciliation d'entrée selon les 2 méthodologies : rétroactive et proactive permettant de proposer, une pré-ordonnance médicamenteuse à l'admission au médecin prescripteur. Il a également participé à l'évolution du logiciel PHARMA®, logiciel pharmaceutique, intégrant un module de conciliation (§2.I.C.4.a). En moyenne plus de 1000 conciliations à l'entrée (soit 50% des patients) et plus de 150 conciliations à la sortie (soit 40% des patients jugés non observants) sont réalisées par mois. Le bilan économique est positif avec une baisse des dépenses médicamenteuses parallèlement à une augmentation d'activité[104].

2. « Collectif pharmacie hospitalière » en Midi-Pyrénées

Le travail collectif en Midi-Pyrénées a débuté il y a plusieurs années avec l'ADPHSO (Association pour le Développement de la Pharmacie Hospitalière du Sud-Ouest), créée en 1975. Il s'agit d'une association régionale toujours dynamique aujourd'hui. Par ailleurs, le groupement d'achat « Garonne », créée en 2008, pilote la démarche nationale de rationalisation des achats dans la région. Celui-ci regroupe 55 PUI des établissements publics de Midi-Pyrénées, sauf celle du CHU.

Un projet collectif commun de pharmacie hospitalière s'est formé fin 2014, dans la logique de la création des Groupes Hospitaliers de Territoire (GHT), afin de favoriser la coopération entre les pharmaciens hospitaliers de la région, et de promouvoir la réorganisation des activités des PUI selon 3 niveaux :

Le niveau 1, concerne toutes les PUI : la pharmacie clinique dont analyse d'ordonnance, la CM, la délivrance nominative, (les rétrocessions), l'approvisionnement.

Le niveau 2, s'organise à l'échelle du GHT : Pharmacotechnie en cancérologie, stérilisation, production de doses unitaires, approvisionnement d'autres PUI.

Le niveau 3, s'organise à l'échelle régionale : Pharmacotechnie hors cancérologie, achats mutualisés.

Les objectifs sont de :

- Partager des infrastructures et des outils pour optimiser les activités de production en pharmacie hospitalière,
- Mener une politique volontariste et innovante en matière de restructuration des activités de production, afin de dégager des marges de manœuvre pour le déploiement de la pharmacie clinique,
- Travailler en partenariat avec les fédérations hospitalières et l'ARS pour pérenniser les économies générées et les cibler vers des activités de pharmacie clinique telles que exigées par la certification ou par le CBUMPP,
- Favoriser la formation et la répartition des praticiens dans les PUI de la région
- Réfléchir à une logique de mutualisation des compétences entre les établissements périphériques.

Au niveau de la pharmacie clinique, plusieurs actions ont été mises en œuvre dont :

- La réalisation d'une cartographie précise et spécifique afin d'identifier pour chaque PUI, l'organisation des activités de pharmacie clinique, les projets à venir, les outils informatiques à disposition et la formation des différents interlocuteurs.
- La mise à disposition d'une offre de formations : mise en place d'un Diplôme Universitaire « Optimisation de la prise en charge médicamenteuse du patient âgé », des formations axées sur la pharmacie clinique via l'ADPHSO et un rapprochement avec l'AFPM (Organisme de formation continue des pharmaciens d'officine agréé DPC),
- Un partenariat avec l'OMEDIT d'un programme pluriannuel d'aide au déploiement de la CM dans les établissements de santé de la région,
- L'ouverture de postes d'internes en pharmacie et la création de postes d'assistants partagés formés aux activités de pharmacie clinique dans les établissements périphériques,
- L'identification au sein de la région de personnes ressources ayant une expertise pour les différents axes de la pharmacie clinique.

Une prochaine phase sera consacrée à la consolidation et au déploiement à grande échelle des activités de pharmacie clinique, en s'appuyant sur des compétences renforcées au sein de chaque PUI et de chaque établissement. Indépendamment du Collectif, cette phase abordera également la construction de la coopération des pharmaciens cliniciens au sein des GHT.

3. Projet régional : « Aide au déploiement de la conciliation médicamenteuse dans l'ex-région Midi-Pyrénées »

La circulaire N° SG/2015/152 du 28 avril 2015 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2015[105] demande aux ARS de porter une « attention particulière à la mise en place de formations et de mesures de déploiement de la conciliation ».

Au niveau national, plusieurs ARS ont lancé un appel à projets pour impulser l'organisation et la mise en place d'actions de CM, en vue de sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient tout au long de son parcours et rendre plus efficient le parcours de soins. C'est le cas notamment en région Ile-de-France[106].

La CM est un processus qui mobilise en priorité des concepts de communication, de partage d'informations et de coordination. En Midi-Pyrénées, le collectif territorial a rédigé durant l'été 2015, un projet commun pour bénéficier de moyens permettant un déploiement rapide et efficace des activités de conciliation. Afin d'homogénéiser la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient entre les établissements de la région, l'ARS ex-Midi Pyrénées a souhaité promouvoir la CM auprès des établissements de santé de la région en dégagant des moyens spécifiques.

Un dispositif étagé a ainsi été proposé aux établissements de santé ciblés et volontaires. Le premier axe, débuté en septembre 2016, concerne la formation des professionnels selon 3 niveaux. Le 2^{ème} axe porte sur la « territorialisation » du projet dans les établissements. L'objectif est d'appuyer la réalisation effective de la CM dans les établissements avec la création de 4 postes d'assistants spécialistes de territoire sur différents établissements d'un même département. Plusieurs phases successives auront lieu :

1) Entre novembre 2016 et octobre 2017, 8 établissements identifiés sont proposés pour bénéficier de l'appui d'un pharmacien assistant financé par l'ARS pour une période d'un an. Les 4 assistants seront partagés entre deux établissements sur la base des binômes ci-dessous :

- Hautes-Pyrénées : CH de Bigorre et Lourdes,
- Tarn : CH de Castres et d'Albi,
- Haute-Garonne : Centre Hospitalier Comminges-Pyrénées et Hôpitaux de Luchon,
- Ariège : CHIVA (Foix) et CHPO (St Girons).

2) Entre novembre 2017 et octobre 2018, les 4 assistants temps partagé couvriront les autres établissements du département et/ou départements voisins au regard du découpage des GHT.

Un 3^{ème} axe de valorisation du dispositif est envisagé pour valoriser les activités de pharmacie clinique qui doit être pensé comme un outil de dialogue et de gestion interne. Ce dernier, pourtant primordial pour la pérennisation du dispositif, n'a pas obtenu de financement dans le cadre de ce projet. Cependant, ce volet a été proposé dans le cadre d'un appel à projet DGOS.

Ce projet va permettre de :

- Former de façon rapide, efficace et de manière homogène, à partir des recommandations validées au niveau national, l'ensemble des établissements de la région,
- Créer un groupe régional pluridisciplinaire expert sur la conciliation ainsi qu'un socle d'établissements publics référents en CM,
- Standardiser et harmoniser les pratiques et les moyens de communication entre les différents professionnels de santé, aussi en milieu hospitalier,
- Créer des outils de communication efficaces et adaptés à tous les établissements, et aux acteurs du projet,
- Intégrer la fiche de conciliation au dossier médical informatisé du patient et développer des interfaces de communication en faisant pression sur les éditeurs de logiciel d'aide à la prescription,
- Améliorer la traçabilité et la valorisation des actions de conciliation,
- Minimiser les coûts de formation et de mise en œuvre pour pérenniser les actions entreprises et avoir un retour sur investissement positif,
- Constituer une base de données régionale de retours d'expérience, des groupes de travail avec un partage de difficultés rencontrées et des solutions envisagées, ainsi qu'une base de données régionale des évènements indésirables médicamenteux évités par la conciliation,
- Réaliser une étude à grande échelle sur les bénéfices dégagés en matière de sécurité pour le patient et d'économies engendrées et publier des résultats pertinents.

Les missions des pharmaciens assistants de territoire ont été clairement définies par la rédaction d'une fiche de poste (Annexe II).

4. La formation

a) Sensibilisation régionale

La première étape du projet régional de déploiement de la conciliation médicamenteuse consiste en une sensibilisation large des professionnels de santé de la région. Une réunion pluri-professionnelle intitulée "Conciliation médicamenteuse en Midi-Pyrénées : une activité ville-hôpital pluri professionnelle" a été menée par l'ADPHSO le 13 septembre 2016. Cet évènement a réuni une centaine de professionnels de santé exerçant en établissement de santé ainsi qu'en milieu ambulatoire. Lors de cette manifestation des retours d'expérience, partage de pratiques et la présentation des différents projets de recherche ont été présentés. Les offres de formation sur la CM, financées par l'ARS ont été exposées. Il s'agit de la première sensibilisation de grande ampleur dans l'ex-région Midi-Pyrénées.

b) Accompagnement des établissements sur la formation par les deux OMEDITs de la région

Sur l'ensemble de la nouvelle région Occitanie, la formation est homogène et échelonnée en 2 niveaux. En ex-Midi Pyrénées, l'ARS finance toutes les personnes volontaires selon les modalités suivantes :

- Niveau 1 : une formation par e-learning et en présentiel à l'OMEDIT-MiP sera assurée dès l'automne 2016 à partir du kit de formation « FORMA CONCIL » développé par la SFPC avec le soutien de la DGOS,
- Niveau 2 : une formation sur site au CHU de Nîmes avec une mise en situation pratique dans une unité de soins tutorée par un praticien hospitalier. Des formations sont organisées hebdomadairement. L'objectif d'un binôme médecin/pharmacien formé dans chaque établissement de Midi-Pyrénées est souhaité par l'ARS. Ce binôme sera ensuite capable de former les autres intervenants dans la CM, au retour dans son établissement.

Ce niveau peut être associé ou remplacé par une formation intra-muros dispensée par l'OMEDIT-MiP pour les établissements qui souhaiteraient former un plus grand nombre de professionnels. Ainsi la formation pourra être complétée d'un appui technique et surtout stratégique avec la sensibilisation de la direction et des équipes médicales/soignantes au déploiement de la CM.

L'ensemble des formations délivrées par les OMEDITs de la région valide le Développement Professionnel Continu (DPC) et peuvent être valorisées dans le Rapport d'Etape Annuel (REA).

5. Réponse à l'appel à projet DGOS « Déploiement des activités de pharmacie clinique dans les établissements de santé »

Un appel à projet a été lancé par la DGOS[106] au début de l'année 2016 pour accompagner financièrement 10 établissements, à hauteur de 250 000 € par établissement, afin de mettre en œuvre des démarches de pharmacie clinique. Cet appel à projet national porte sur l'organisation des activités pharmaceutiques dans le parcours de soins du patient et en particulier sur la sécurisation de la sortie d'hospitalisation. Ces objectifs sont :

- La sécurisation de la prise en charge thérapeutique aux points de transition,
- L'amélioration de la pertinence et l'efficacité de l'acte de prescription et des stratégies thérapeutiques,
- La continuité des soins,
- L'accompagnement des patients et/ou de leur entourage visant à les rendre plus autonomes dans la prise en charge de leur traitement.

Les prérequis listés par la DGOS pour postuler étaient : la dimension transversale du projet sur tout le parcours de soins, la pluridisciplinarité des acteurs, la formation des professionnels, le partage et l'appropriation par les professionnels d'outils relatifs à la pharmacie clinique, un portage institutionnel par la direction et la CME pour inscrire le projet dans la durée, la mise en place d'indicateurs pour l'évaluation du dispositif, et le ciblage d'une ou plusieurs unités de soins et/ou d'une population à risque. Il était possible de faire une réponse mono ou multi-établissement, dans une logique territoriale.

Le collectif territorial des pharmaciens hospitaliers de Midi-Pyrénées a fait une réponse conjointe pour 10 établissements de la région (les 8 établissements ciblés pour le projet régional de déploiement de la CM ainsi que le CHU de Toulouse et l'Institut Claudius Regaud / IUCT Oncopôle). Le projet proposé est ambitieux et en lien avec les différents projets et formations actuellement en cours sur le territoire Midi-Pyrénées. Il consiste à « l'évaluation d'un continuum d'actions de pharmacie clinique en secteur hospitalier et en soins primaires pour sécuriser la prise en charge thérapeutique de patients âgés de plus de 65 ans polymédiqués et hospitalisés dans neuf établissements de santé publics de l'ex région Midi-Pyrénées ».

L'étude proposée est multicentrique, prospective, randomisée en cluster de type « stepped wedge »[107] et comparera une stratégie de prise en charge pharmaceutique standard à une stratégie expérimentale.

Les patients inclus seront âgés de plus de 65 ans, avec une prescription d'au moins 5 médicaments à l'entrée, et hospitalisés dans des services identifiés à risque selon un index élaboré au CHU de Toulouse. Un focus sera réalisé notamment sur des patients recevant une chimiothérapie orale ou porteurs d'un dispositif médical implantable (prothèse endocoronaire ou matériel ostéo-articulaire).

Le processus expérimental utilisé pour optimiser la prise en charge thérapeutique des patients comprendra les interventions suivantes :

- Une CM à l'entrée du patient, avec recherche d'un éventuel dispositif médical implantable (DMI),
- Une analyse pharmaceutique de niveau 3 pendant l'hospitalisation en utilisant des critères explicites (liste européenne des médicaments inappropriés (EU(7)-PIM list)[108], Outils STOPP and START) couplés à une approche implicite (Medication Appropriateness Index)[109],
- Une conciliation de sortie (avec information du patient sur médicaments et DMI),
- Une transmission du courrier de sortie au médecin traitant, au pharmacien d'officine, ainsi qu'à l'infirmière libérale le cas échéant,
- Un bilan de médication réalisé 45 jours après la sortie d'hospitalisation du patient par le pharmacien d'officine en collaboration avec le médecin généraliste. Cet entretien avec le patient vise à améliorer son adhésion, réduire le risque iatrogène et optimiser l'efficacité des prescriptions. Ce bilan de médication est actuellement réalisé par des étudiants de 6^{ème} année en stage dans les officines de la région.

L'objectif principal de l'étude sera d'évaluer l'impact de l'intervention sur la pertinence des prescriptions chez des patients polymédiqués âgés de plus de 65 ans. Les objectifs secondaires seront d'évaluer l'impact de l'intervention sur la sécurité de prise en charge thérapeutique, la qualité de vie des patients et la satisfaction des professionnels de santé, afin de réaliser une analyse coût-utilité et d'impact budgétaire.

Le critère de mesure principal est le nombre moyen de modifications thérapeutiques consécutives à une intervention pharmaceutique (identification de divergences non intentionnelles, et propositions d'optimisation de la prescription). Les critères de mesure secondaires sont le nombre d'erreurs médicamenteuses évitables et leur gravité selon MED'REC kappa[80], la proportion de patients ayant au moins une prescription potentiellement inappropriée, le nombre moyen de médicaments par patient, le pourcentage de patients ayant eu un événement iatrogène à 3 mois (avec hospitalisation ou non), le score de qualité de vie (échelle EQ-5D-3L), le score de satisfaction des professionnels de santé (échelle de Likert), le ratio coût utilité de l'intervention et son impact budgétaire pour l'assurance maladie.

Ce projet est en lien avec d'autres projets de recherche notamment celui-ci des bilans de médication à l'officine. Il prévoit le financement de 1,5 ETP pharmacien, 0,6 ETP Assistant Hospitalo-Universitaire pour la valorisation des données, 2 ETP d'assistant de recherche clinique pour la saisie et appels téléphoniques, mais aussi prévoit une rémunération « à l'acte » des pharmaciens d'officine et des médecins généralistes à hauteur respective de 30 et 15 €.

6. Contractualisation avec les établissements de santé : CBUMPP et continuité de traitement

Le principe de la CM a été intégré dès 2014 dans le CBUMPP 2014-2018 en ex Midi Pyrénées dans un focus « continuité de traitement » concernant à la fois les médicaments mais aussi des mesures spécifiques aux dispositifs médicaux (DM). Les items de l'annexe 1 du contrat devant être renseignés par les établissements lors du rapport d'étape annuel sont :

- Pour les DM : « *La continuité du traitement médicamenteux est organisée à la suite de l'implantation d'endoprothèses coronaires à libération contrôlée de principe actif* »,
- Pour les médicaments : « *La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission, jusqu'à la sortie, transferts inclus* ».

Le tableau 9 récapitule les différentes exigences liées aux DM et aux médicaments relatives à la continuité de traitement dans le CBUMPP 2014-2018 en ex-région Midi-Pyrénées.

Tableau 9 : Exigences sur la continuité de traitement présent dans le CBUMPP 2014-2018 de Midi-Pyrénées

DM : La continuité du traitement médicamenteux est organisée à la suite de l'implantation d'endoprothèses coronaires à libération contrôlée de principe actif
L'information du patient sur les DMI qui ont été implantés est réalisée et tracée.
L'information du patient sur la nécessité de poursuivre la bithérapie anti-agrégante plaquettaire est réalisée et tracée.
L'information du patient sur la nécessité de prévenir l'équipe médicale en cas d'intervention chirurgicale est réalisée et tracée.
La compréhension du patient est recherchée (<i>objectif de moyens et non de résultat : l'établissement s'organise pour atteindre l'objectif</i>)
L'information du médecin traitant sur les DMI implantés, sur la nécessité de poursuivre la bithérapie antiagrégant plaquettaire et sur la nécessité de prévenir l'équipe médicale en cas d'intervention chirurgicale est réalisée et tracée.
La continuité du traitement antiagrégant plaquettaire est organisée pour le retour à domicile.
En cas d'intervention chirurgicale chez un <u>patient porteur</u> d'une endoprothèse coronarienne à libération contrôlée de principe actif, l'ensemble des médecins, notamment chirurgiens, médecins interventionnels, anesthésistes et urgentistes, est informé de la nécessité d'organiser une <u>concertation</u> pluridisciplinaire entre anesthésiste, chirurgien et cardiologue <u>pour valider toute décision d'arrêt ou de maintien de la bithérapie anti-agrégante plaquettaire.</u>
La décision pluridisciplinaire d'arrêt ou de maintien de la bithérapie anti-agrégante plaquettaire est tracée dans le dossier du patient.

M : La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission, jusqu'à la sortie, transferts inclus :

Il existe des procédures de gestion du traitement personnel du patient (médicaments apportés par le patient).

Recueillir le traitement habituel du patient à l'entrée :

Le ou les acteurs responsables de cette étape sont identifiés

Le patient est informé de la nécessité de transmettre aux professionnels son traitement personnel à l'admission.

% de traitement habituel du patient retrouvé (indicateur IPAQSS TDP3.3)

Indicateur national (indicateurs IPAQSS) sur la qualité de la prise en charge : Tenue du dossier patient (TDP) et Tenue du dossier anesthésique (TDA) : *critères relatifs à la prescription médicamenteuse pré-renseignés à partir des dernières mesures HAS*

Trace des prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge

Trace d'une organisation du traitement médicamenteux à l'admission

Mention du traitement habituel ou de l'absence de traitement dans le document traçant la consultation pré-anesthésie (ou la visite de pré-anesthésie)

Trace écrite des prescriptions médicamenteuses en phase post-anesthésique

Rédaction d'un traitement de sortie

Courrier de fin d'hospitalisation ou compte-rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval

L'établissement s'est engagé dans une démarche visant à améliorer la continuité des traitements médicamenteux en amont et en aval de l'hospitalisation

D. Expérience locale au CHU de Toulouse

1. Politique d'établissement, institutionnalisation, pluridisciplinarité

L'institutionnalisation d'une activité transversale, réorganisant les pratiques doit obligatoirement avoir l'appui de la Commission Médicale d'établissement (CME) et de la direction. La première étape de la mise en œuvre doit être portée par un chef de projet entouré d'une équipe projet pluri-professionnelle (médecins et pharmaciens, et IDE), la détermination d'un planning d'identification et de déploiement des moyens alloués et des compétences nécessaires.

La démarche de conciliation peut être inscrite dans le PAQSS, dans le projet de sécurité thérapeutique médicamenteuse de l'établissement en regard de l'arrêté du 6 avril 2011, comme une évaluation des pratiques professionnelles pérenne, valorisable lors de la certification HAS de l'établissement.

La mise en œuvre de la CM s'appuie sur une réorganisation du processus de prise en charge médicamenteuse. Le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse ainsi que le pharmacien sont les principaux acteurs de ce changement.

La communication en CME est un point essentiel pour obtenir l'adhésion de la communauté médicale, plus sensible aux bénéfices potentiels d'une activité de "terrain". Ainsi la CoMÉDiMS, en tant que sous-commission pluridisciplinaire de la CME, et dont les missions transversales sur le circuit du médicament et du DM vont de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse à la pertinence des traitements, à un grand rôle à jouer dans cette tâche.

Les acteurs de la conciliation ainsi que leur périmètre de compétences doivent être institutionnellement décidés et largement diffusés. Ce point était une exigence pour 2015 dans le CBUMPP.

Il est essentiel d'informer l'ensemble des professionnels de santé de l'établissement sur les objectifs de la conciliation, ainsi que de les former à la mise en œuvre de la CM, en particulier les acteurs du recueil (externes en pharmacie et en médecine, préparateurs en pharmacie, IDE, etc.). Une formation commune pluri professionnelle doit être proposée. Aussi les supports (grille de recueil notamment) devraient être pluridisciplinaires et partagés dans la mesure du possible.

Un suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs et la présentation des résultats de ces indicateurs à la CME est indispensable. Ces indicateurs peuvent sensibiliser les professionnels à la démarche et permet réaliser un suivi de l'activité mise en place.

L'institutionnalisation est également indispensable afin d'avoir un poids nécessaire à l'évolution des SIH, afin d'intégrer les fonctionnalités nécessaires à l'activité de conciliation. La rédaction

d'un cahier des charges est un point-clé préalable obligatoire à la mise en œuvre à grande échelle de la démarche.

Les professionnels de santé libéraux via les URPS doivent être associés à la démarche pour assurer l'intégration de l'activité dans la pratique courante et la collaboration ville/hôpital ;

Au CHU de Toulouse, l'ensemble de ces points sont en cours de réalisation. Le PAQSS pour 2016 s'est donné comme objectif « d'intégrer et développer la CM dans les activités pharmaceutiques sur des secteurs prioritaires ». A l'échelle d'un CHU, les démarches sont relativement longues et difficiles au vu de la multiplicité des acteurs et des décideurs. Les équipes pharmaceutiques, en avance sur le projet, sont en attente de décisions institutionnelles sur lesquelles elles pourraient s'appuyer pour communiquer et valoriser leurs actions.

Dans cette attente, un premier tour d'horizon des différentes expériences menées dans l'ensemble des pôles a été réalisé. Les outils utilisés et les attentes des équipes ont été confrontées afin de démarrer une réflexion sur une démarche commune en s'appuyant sur les différents documents de références (résultats enquête DGOS, les résultats et outils Med'Rec, les supports OMEDIT élaborés dans le cadre de la semaine de sécurité des patients 2015). Les projets de déploiement régional de la conciliation (appel à projet ARS et DGOS) sont également pris en compte pour le déploiement de l'activité en interne.

2. Déploiement de la pharmacie clinique

Le CHU de Toulouse est structuré en 25 pôles d'activités dont 14 pôles médicaux. Au total, les 2481 lits MCO, HAD, dialyse sont couverts à 28% par au moins une activité de pharmacie clinique, à 30% par l'analyse pharmaceutique, 6% de délivrance nominative en 2015. Le taux de séjours disposant d'une informatisation de la prescription médicamenteuse était de 70%.

Tableau 10: Nombre de lits au CHU de Toulouse dans chaque secteur d'activité

Secteurs	Nombre de lit CHU en 2015
MCO	2481
Long séjours	120
SSR	113
Psychiatrie	111

En Midi-Pyrénées, le CBUMPP exige pour 2016, que 50% des séjours avec prescriptions médicamenteuses informatisées, bénéficient d'une analyse pharmaceutique, soit pour le CHU de Toulouse environ 1200 lits sur un peu plus de 50 unités. Or en 2015, uniquement 22 unités étaient couvertes par la pharmacie clinique avec des moyens pharmaceutiques contraints. Afin

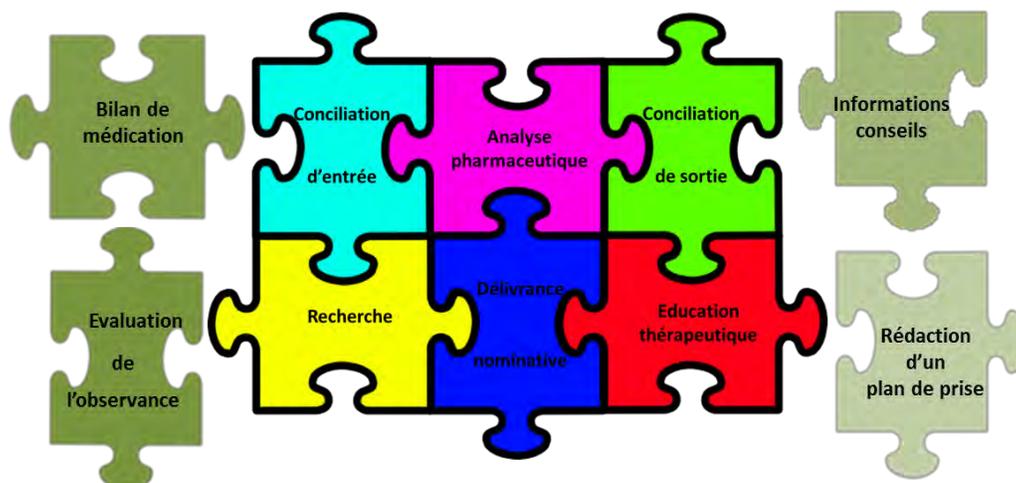
de faciliter la priorisation des activités, un index de priorisation des activités de pharmacie clinique a été élaboré à partir de 10 critères et testé sur 112 unités de soins du CHU, soit 1611 lits (70 % des lits de MCO). Cet index est un marqueur du risque iatrogène médicamenteux et prend en compte les médicaments à risque, les patients à risque (personne âgée, insuffisants rénaux, etc.) et les organisations à risque (passage aux urgences et durée de séjour supérieure à la normale). Il est, par ailleurs, actuellement testé dans douze établissements de Santé en France (7 CHU et 5 CH) et a vocation à être diffusé ensuite au niveau national via la SFPC[110].

Une cartographie du CHU a ainsi été réalisée afin de redéployer les moyens sur les unités les plus à risques, avec un objectif de 1000 lits couverts.

Suite à cette cartographie, il a été demandé à chaque équipe pharmaceutique de pôle, de réfléchir aux évolutions possibles et pertinentes par rapport aux unités avec et sans présence pharmaceutique, et de produire une cartographie argumentée de l'organisation proposée afin de tester cette nouvelle organisation pendant quelques mois. Par ailleurs, le pôle pharmacie a souhaité participer à la gestion du risque iatrogène dans ces unités à risques en intégrant la CM. Ainsi, depuis janvier 2016, des ateliers de partage d'expériences, et une mise en commun pour harmoniser les pratiques ont débuté.

Depuis environ un an, la pharmacie du CHU de Toulouse a ainsi complètement réorganisé ses activités de pharmacie clinique afin d'être présente sur l'ensemble du parcours de soins du patient. Les objectifs de ce redéploiement sont de ne plus se limiter à l'analyse de l'ordonnance hospitalière, mais de cibler les situations à risque pour être plus efficace et efficient. Il s'agit de s'intégrer dans une prise en charge coordonnée pluri professionnelle du patient et de s'ouvrir vers les soins primaires afin de sécuriser les points de transition. Ainsi toutes les activités de pharmacie clinique hospitalières sont dorénavant centrées sur le patient et de moins en moins dissociables les unes des autres. Elles ont également pour vocation de s'articuler avec les activités de pharmacie clinique ambulatoires actuellement en cours de déploiement sur la région, notamment avec l'expérimentation des bilans de médication à l'officine. Les prestations pharmaceutiques ont ainsi été optimisées afin de tendre vers une meilleure efficacité de prise en charge des patients.

Figure 4 : Politique de déploiement de la pharmacie clinique du CHU de Toulouse



Des propositions de réorganisation ont été faites aux équipes médicales pour le redéploiement des équipes pharmaceutiques de pôle en fonction :

- Du ciblage des unités à risque,
- De la révision de la périodicité d'analyse d'ordonnance,
- Du ciblage des patients à concilier.

Chaque équipe pharmaceutique de pôle a alors mené différentes expérimentations. Dans la plupart des cas, il y a eu une diminution du nombre d'analyses durant un même séjour afin de pouvoir réaliser la conciliation d'entrée et/ou de sortie pour les patients d'un service donné. Dans plusieurs équipes, les pharmaciens répondent aussi à la sollicitation spontanée des médecins pour réaliser une CM sur les patients qu'ils estiment à risque.

3. Critères de sélection des patients

La quasi totalité des patients est éligible à l'activité de conciliation. L'objectif final sera, comme certains établissements l'ont déjà réalisé, de dégager suffisamment de ressources afin de viser l'exhaustivité des patients à risque. Cependant, la conciliation nécessite un temps qu'il est important d'évaluer et de mettre en relation avec les ressources actuellement disponibles.

Plusieurs études se sont intéressées aux facteurs de risque influençant le nombre d'erreurs médicamenteuses à l'admission. Des facteurs de risque ont été identifiés : l'âge[45], [111], [112], le nombre de médicaments pris à domicile[45], [112], l'hospitalisation prévue ou non[43], le mode de vie à domicile [45].

Il existe dans la littérature, différents scores évaluant le risque iatrogénique des patients tel que le score de Trivalle[113]. Ce dernier est utilisé dans le protocole de l'étude MEDREV[82].

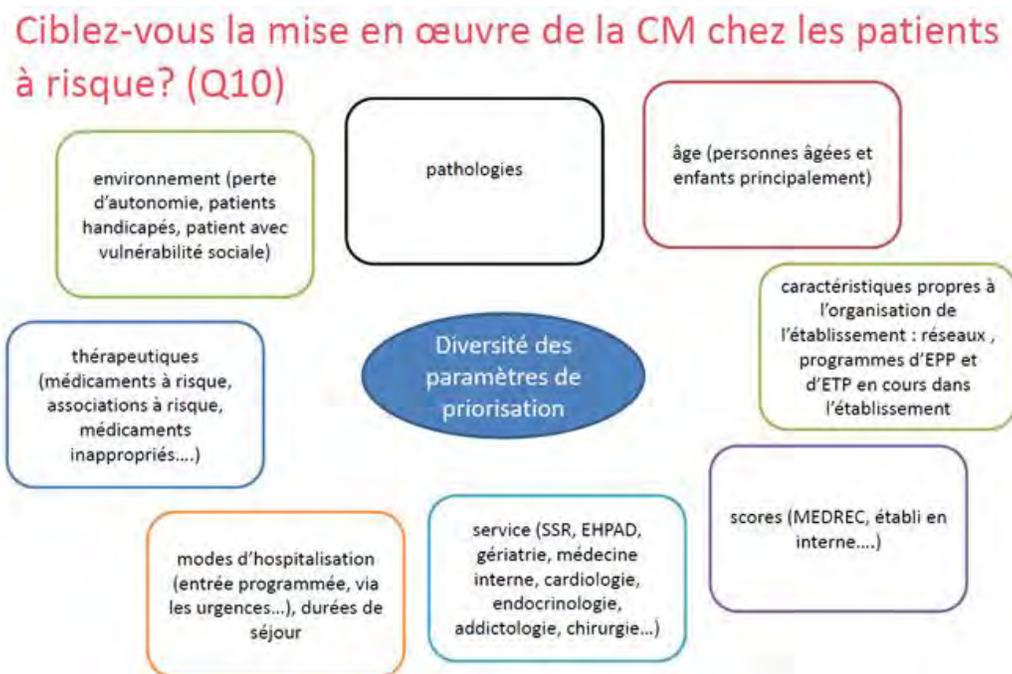
Ce score peut être décomposé de la manière suivante :

Tableau 11 : Score de risque d'événement indésirable médicamenteux (EIM) en gériatrie.

Facteur de risque	Score
Nombre de médicaments	
0–6	0
7–9	1
10–12	4
≥ 13	5
Neuroleptiques	
Non	0
Oui	3
Anticoagulant < 3 mois	
Non	0
Oui	2
Total	/10
Calcul du risque d'EIM : score 0–1 : risque faible (12%) ; score 2–5 : risque moyen (32%) ; score 6–10 : risque fort (53%).	

L'enquête DGOS a mis en évidence que de multiples paramètres de priorisation ont été mis en place dans les établissements français. Le ciblage des patients peut être fait en fonction de son âge, ses pathologies, ses traitements, son environnement, son mode d'hospitalisation ou sa durée de séjour, son service d'hospitalisation, etc.

Figure 5 : Critères de ciblage déclarés par les établissements français en 2015 dans l'enquête DGOS



Au Québec, un formulaire d'évaluation du risque est utilisé pour cibler les patients. Le score de risque est obtenu en faisant la somme de points attribués sur des critères d'âge, de nombre ainsi que sur le type de médicaments pris avant l'admission. Ce score est relayé par l'OMEDIT

Midi-Pyrénées pour aider les établissements débutants n'ayant pas établi leurs propres critères de priorisation.

Figure 6: Formulaire d'évaluation du risque au CHAU de Québec

Formulaire d'évaluation du risque du CHAU de Québec
 inspiré du formulaire de Calgary Health Region et de Von Korkk et al., J Clin Epidemiol. 1992

Age	0-74 ans	0
	75-84 ans	1
	≥ 85 ans	2
Nombre de médicaments pris à domicile selon le profil pharmacologique	0-3	0
	4-6	2
	≥ 7	4
Médicaments à haut risque pris avant l'admission	Anticoagulants warfarine, daltéparine, enoxaparine, dabigatran, rivaroxaban, ...	3
	≥ 3 médicaments pour les maladies cardiovasculaires (sauf anticoagulants) Antihypertenseurs, digoxine, hypolipémiants, amiodarone, aspirine, clopidogrel, diurétiques	5
	Médicaments pour le traitement du diabète	2
	Médicaments pour le traitement du cancer	3
	Médicaments pour le traitement de l'épilepsie Phénytoïne, carbamazépine, acide valproïque, ...	2

Privilégier dans un 1^{er} temps la conciliation chez les patients ayant un score ≥ 10

Score = somme des points pour 1 patient donné

Une autre approche pertinente peut se baser sur certains parcours de soins estimés plus à risque à l'image du modèle du patient-traceur développé par la HAS. C'est sur ce principe que s'est basée la sélection des patients dans l'étude MED'REC : patient de plus de 65 ans et plus, hospitalisés dans un service de court séjour après passage par les urgences. Les priorisations des parcours permettent d'évaluer l'impact sur la pertinence des soins, prévention de la iatrogénie, le bénéfice direct patient, la communication ville hôpital, ainsi que l'impact économique.

Au CHU de Nîmes, un autre score est utilisé, dont les critères sont les suivants :

- patients admis par les urgences,
- âge du patient compris entre 65 et 85 ans,
- nombre d'hospitalisations au CHU de Nîmes ≥ 2 pendant les 12 derniers mois ou plus de 13 consultations,
- présence de plus de dix médicaments sur la prescription d'admission,
- présence de plus de deux médicaments à risque sur la prescription d'admission,
- présence de médicaments à risque pour la conciliation (cf. travaux « High'5s » « liste des médicaments à risque majoré »).

Le « medication regimen complexity index (MRCI) »[114] est un score qui quantifie la complexité du schéma thérapeutique. Il peut être automatisé et inclus dans le LAP afin de créer un tableau de bord des patients les plus à risque à cibler lors de leur admission.

Au CHU de Toulouse, une autre position a été adoptée. Si la cartographie des services à risque prend en compte dans une certaine mesure les risques liés aux patients, la sélection des patients au sein des services est laissée à l'évaluation des équipes pharmaceutiques de pôle. Dans un premier temps il a été décidé pour la CM de cibler dans les unités avec présence pharmaceutique des patients de plus de 75 ans polymédiqués et entrés par les urgences. Il s'avère que ces critères de sélection ne peuvent être appliqués dans toutes les unités au vu de la spécialisation de chaque service. Par ailleurs, la sélection des patients pose un certain nombre de problèmes :

- Éthiques : il ne semble pas raisonnable de priver un patient de la conciliation d'entrée ou de sortie, si son âge n'est pas éligible ou si le nombre de médicaments à l'entrée (probablement erroné) n'atteint pas la cible alors que son voisin de chambre en bénéficiera.
- D'un point de vue relationnel avec les médecins, il est compliqué de justifier une action partielle dans les services.

4. Organisation du lien ville-hôpital

Dans le REA 2015 du CBUMPP, le résultat obtenu par le CHU pour le critère « TDP3 : pourcentage de traitement habituel retrouvé dans le dossier patient » lors du dernier recueil IPAQSS TDP-MCO était de 46%. Le taux de courrier de fin d'hospitalisation ou compte-rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval retrouvé dans le dossier patient était de 88%. Par ailleurs, l'établissement s'est engagé depuis 2014 dans une démarche visant à améliorer la continuité des traitements médicamenteux en amont et en aval de l'hospitalisation.

Il existe une lettre d'adressage correspond à une « lettre d'entrée » complétée par le médecin libéral lorsqu'il adresse un patient au CHU. Un encart est réservé à la prescription médicamenteuse. Il s'agit d'une fiche papier. Ce document est disponible sur le site du CHU de Toulouse[115].

A l'entrée du patient le recueil du traitement médicamenteux peut-être réalisé par différents acteurs à partir de différentes sources :

- lors de la consultation pré-anesthésie par le médecin anesthésiste par l'interrogatoire patient,
- par la photocopie de l'ordonnance par l'IDE,
- par les médecins lors de l'entretien avec le patient à l'entrée,
- lors de la conciliation d'entrée par le pharmacien.

Les activités de CM à proprement parlé ont été initiées par les équipes pharmaceutiques référents des pôles cliniques. En 2015, plus de 12 000 conciliations d'entrée et près de 2 800 conciliations de sortie ont été réalisées par les équipes pharmaceutiques de pôle (sur environ 57 000 séjours bénéficiant d'une analyse pharmaceutique. Jusqu'à fin 2015 il s'agissait d'initiatives individuelles peu structurées. La réorganisation des activités de pharmacie clinique a permis de mettre en place dans de nombreux services la conciliation à l'entrée associée à une analyse pharmaceutique de la première ordonnance hospitalière, puis une analyse au cours du séjour. Les transferts ne sont pas organisés sur le plan pharmaceutique. La CM de sortie est encore peu réalisée mais fonctionne très bien dans plusieurs services[116]. Pour pallier à cette difficulté, une solution serait de concilier moins de patients à l'entrée mais de les suivre tout au long de leur parcours jusqu'à la sortie, ainsi que d'organiser le relai par le pharmacien d'officine (en référence au critère de certification V 2014 « Continuité de traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie, transfert inclus »).

Une lettre de liaison (de sortie) est disponible sur le LAP de l'établissement. La prescription médicamenteuse de sortie peut y être automatiquement déversée lorsque celle-ci est réalisée dans certaines conditions. Néanmoins, elle n'est actuellement pas structurée comme le modèle de référence HAS, notamment avec le traitement médicamenteux à l'entrée ainsi que l'explication des changements lors de l'hospitalisation.

D'un point de vue informatique, la CM ne bénéficie pas d'un support informatisé, ni d'intégration dans le LAP (Orbis - AGFA). Ainsi le BMO n'est pas archivé dans le DP. L'activité a été intégrée partiellement à un logiciel métier utilisé dans les services de réanimation (ICCA-PHILIPS). Dans ce logiciel, le pharmacien a la possibilité de compléter ou de modifier une fiche sur les traitements médicamenteux du patient, après que le médecin ait rempli le traitement habituel du patient avec les informations dont il dispose. Les modifications du pharmacien ainsi que les dates et les sources sont identifiées. Des équivalences au marché de l'établissement peuvent à cet endroit être proposées. Il n'y a pas de vraie confrontation avec l'ordonnance hospitalière qui correspond à une période aigue de la prise en charge en secteur de réanimation. L'analyse des divergences est réalisée lors du transfert vers les unités d'hospitalisation continue.

Comme cela a été fait pour la conciliation d'entrée, chaque équipe expérimente la conciliation de sortie. Après quelques mois, des retours d'expérience seront organisés pour structurer et harmoniser cette nouvelle étape de prise en charge du patient.

Les équipes pratiquant la conciliation sont en attente forte d'une institutionnalisation à l'échelle de l'établissement et de l'évolution du dispositif informatique pour faciliter et appuyer leur démarche. Le sujet doit être désormais être porté par la CoMÉDiMS qui doit faire un travail de conviction auprès de la CME notamment.

PARTIE 2 : DEPLOIEMENT A GRANDE ECHELLE DE LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE : COMMENT RELEVER LE DEFI ?

Après avoir fait un tour d’horizon du contexte international, national, régional et local, cette seconde partie a pour objectif de décrire la démarche de la mise en œuvre à grande échelle de la CM et de proposer différents outils pouvant être utiles à sa réalisation en pratique.

I. Réflexion sur le déploiement régional de la conciliation médicamenteuse : une boîte à outils pour la gestion de projet

A. Information et communication auprès des professionnels de santé et des patients

L’étape primordiale lors d’un changement de pratique, notamment dans le domaine médical, passe par une communication efficace sur la nouvelle activité et son intérêt. Dans ce but des affiches ont été élaborées au CHU de Toulouse afin de faire connaître et promouvoir la CM.

Chaque année, une opération de sensibilisation auprès des professionnels de santé et des usagers appelée « Semaine de Sécurité des Patients » est organisée par le ministère des affaires sociales et de la santé et des droits des femmes. Cette mesure fait partie intégrante du Programme National de Sécurité des Patients[97].

En 2015, la 5^{ème} édition de la semaine de la sécurité des patients[100] avait pour but de favoriser la communication sur la sécurité des soins et le dialogue entre les patients, les usagers et les professionnels de santé et de mettre en avant le patient en tant que co-acteur de sa sécurité. Ainsi la coordination des soins a plus particulièrement été ciblée avec la promotion de la CM, de la lettre de liaison et de l’identitovigilance.

Un concours a été conjointement organisé par le CISS (Collectif Interassociatif Sur la Santé) et le ministère de la santé pour la réalisation d’affiches sur le thème de la sécurité des patients aux points de transition de leur parcours de soins. L’objectif de ces affiches était de promouvoir la sécurité et la qualité des soins lors des situations potentiellement à risque que sont les points de transition des parcours inter-établissements (transfert de service à service) ou inter-secteurs (sanitaire/ville/médico-social) en :

- Sensibilisant les professionnels de santé et les usagers à l’identification des risques spécifiques aux points de transition
- Rappelant aux professionnels de santé les bonnes pratiques de sécurité à respecter lors des points de transition (lettre de liaison, CM, identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge...)

- S’adressant au patient et à son entourage ou au professionnel de santé, dans l’idée d’engager un dialogue
- Recourant à une rédaction, à une narration et à un visuel simples et pédagogiques afin de faciliter la compréhension par un public large.

Un jury composé de représentants des usagers, de professionnels de santé et du ministère a procédé à la sélection des 7 lauréats parmi les 136 projets reçus. Une exposition a été organisée au ministère chargé de la santé du 23 au 27 novembre 2015, pendant la semaine de la sécurité des patients pour mettre à l’honneur les lauréats du concours. Parmi ces 7 affiches, le CHU a été primé à deux reprises pour :

- Une affiche faisant la promotion de la lettre de liaison réalisée par la Direction des Systèmes d'Information et Organisation (Annexe III),
- Une affiche réalisée par la CoMédiMS, sur les points-clés de la CM. Cette affiche a également été le support d’une communication interne sur le sujet, lors des différentes chambres des erreurs organisées par l’établissement, dans le cadre de la semaine de la sécurité des patients en novembre 2015 (Annexe IV).

En complément de cette dernière, la CoMédiMS a également réalisé une affiche de promotion de la conciliation auprès du grand public, et notamment du patient (Annexe V).

Pour compléter ces affiches, il serait intéressant de réaliser une communication sur différentes études de cas pratiques où la CM a permis de prévenir une EIM atteignant le patient. Ces cas pourraient être extraits de la base de données interne de déclaration des EIM ou inspirés de ceux cités dans le rapport de l’expérimentation Med’Rec (Annexe VI).

B. Formations internes au CHU de Toulouse

Si le concept de CM ne repose que sur des pratiques de bon sens, sa mise en œuvre est relativement compliquée dans sa pratique. Une formation est nécessaire, notamment pour expliquer le but et les enjeux de la démarche, mais aussi acquérir des bases de communication pour réaliser un recueil d'informations efficace et pertinent. Au CHU de Toulouse, le recueil des données dans le cadre du processus de la CM est à l'heure actuelle, principalement réalisé par les internes et les externes en pharmacie présents dans les différents services cliniques. Il est primordial que ces acteurs soient très bien formés et tutorés car l'ensemble du processus dépend de la qualité des informations du recueil.

1. Formation des externes

A chaque début de trimestre, les externes et les nouveaux internes en pharmacie en stage dans des services cliniques, participent à une formation.

Cette formation est composée de :

- La définition des bases de la CM et de son intérêt,
- Sa place dans le parcours de soins du malade,
- Sa mise en œuvre dans les services de soins,
- Une formation pour mener l'entretien patient,
- Des vidéos de mise en situation accompagnées d'un quizz interactif pour comprendre les comportements à avoir et les écueils à éviter.

Les externes sont ensuite accompagnés, pendant quelques jours dans leur service, par un responsable de stage (interne ou senior) afin de les guider dans leurs pratiques de recueil.

Plusieurs perspectives ont été envisagées pour parfaire la formation :

- l'intégration de la CM dans les cours de tronc commun à la faculté de pharmacie de Toulouse.
- l'évaluation des pratiques de conciliation menées par l'externe, en début, milieu de fin de stage par le senior, afin de l'impliquer davantage et de pouvoir pallier les difficultés rencontrées.

Enfin, il serait souhaitable que cette formation ne soit pas uniquement pharmaceutique mais qu'elle puisse être suivie et dispensée par des médecins (notamment les externes en médecine), des IDE et des préparateurs en pharmacie, afin de promouvoir la pratique pluri-professionnelle de la démarche.

2. Enquête de satisfaction auprès des externes en pharmacie

Fin juin 2016, les externes en pharmacie des stages cliniques ont été interrogés grâce à un questionnaire (Annexe VII) ayant comme objectif de mettre en évidence leur ressenti sur leur pratique de recueil, sur la formation et les axes d'amélioration utiles selon eux.

Sur les 45 étudiants en stage dans les équipes pharmaceutiques de pôle, 31 questionnaires ont été restitués (71%). Concernant le contexte de leur stage, 25 étaient dans des services cliniques où une analyse pharmaceutique des ordonnances était réalisée avec présence du pharmacien dans le service, 3 étudiants étaient dans des unités bénéficiant d'analyse pharmaceutique sans présence physique dans le service et enfin 3 étudiants étaient dans des services où il n'y avait pas d'analyse pharmaceutique.

La définition de la CM donnée par les externes était correcte dans 59% des cas (19 étudiants). Les termes les plus fréquemment retrouvés étaient : « traitement à l'entrée, recherche de divergences, optimisation prise en charge ». Seuls 2 étudiants ont cité « la recherche de l'observance » lors de l'entretien patient, 5 ont cités le « recueil de données » et enfin 5 ont parlé de « contrôle des prescriptions, recherches d'interactions, et de contre-indications ».

Concernant l'évaluation du processus, la conciliation réalisée par les pharmaciens a été jugée « Indispensable » pour 84% des étudiants et « Complémentaire » des autres professionnels pour 87%. Sur l'éventuelle redondance avec d'autres pratiques de service, les réponses étaient plus mitigées, et 63% étaient partiellement d'accord. L'utilité de la démarche était en revanche sans appel (87,5% de réponse « Pas d'accord » à l'affirmation, la démarche est « Inutile »).

A la question « Comment votre travail a-t-il été perçu dans le service de soins », les externes étaient d'accord avec :

- « nécessaire » dans 97% des cas (53% Partiellement d'accord 44% tout-à-fait d'accord),
- « utile » dans 90% des cas (90% Pas d'accord avec l'affirmation « inutile »),
- non redondant dans 87% des cas (45% Pas d'accord 42% Partiellement d'accord avec l'affirmation « redondant »).

Dans 97% des cas l'activité de conciliation a permis une amélioration de l'intégration de l'externe dans le service (55% tout-à-fait d'accord et 42% partiellement d'accord).

Enfin, concernant la formation, elle est jugée :

- « Indispensable » dans 93% des cas (63% Tout-à-fait d'accord 30% Partiellement d'accord),
- « Adaptée » pour tous les étudiants (72% Tout-à-fait d'accord 28% Partiellement d'accord)
- Suffisante (92% de réponses négatives à l'affirmation « Insuffisante »),
- Utile (92% de réponses négatives à l'affirmation « Inutile »).

L'axe d'amélioration le plus cité est le renforcement du lien avec les internes en pharmacie et le besoin d'un « modèle » notamment en début de stage. La prochaine promotion bénéficiera systématiquement d'un tutorat pour la réalisation des premiers entretiens patient.

3. Mémo pratique CHU

Le recueil médicamenteux auprès des différentes sources peut être réalisé par plusieurs professionnels différents, dont les formations de base sont très hétérogènes notamment sur la communication avec le patient. Ainsi, en complément de la formation de base, un « mémo » a été élaboré afin de rappeler les points-clés pour réussir le recueil ainsi que l'entretien patient[117] (Annexe VIII).

Le but est de présenter les différentes sources d'information et de structurer la recherche des données, savoir comment s'adresser à un patient, pouvoir évaluer son observance et ses connaissances sur les traitements. Un guide pratique est également proposé pour structurer l'entretien et obtenir le maximum d'informations. Il permet aussi de décomplexer les acteurs par rapport à certaines difficultés qu'ils pourraient rencontrer et comment y faire face. Ce mémo est à l'heure actuelle destiné aux externes en pharmacie réalisant l'entretien patient. Leur plus-value est également rappelée pour appuyer la réalisation de cette tâche parfois jugée difficile pour des étudiants débutants.

Remarque : Les critères généraux établis pour cibler les patients à prioriser en CM ne peuvent pas être applicables à tous les secteurs. Chaque équipe pharmaceutique de pôle a fixé des critères d'inclusion/exclusion adaptés à la discipline médicale (l'exemple du pôle voie respiratoire est présent dans l'Annexe IX).

C. Harmonisation des pratiques

La pratique de la conciliation a débuté il y a quelques années au CHU de Toulouse, impulsé par le pôle pharmacie. Des initiatives isolées se sont développées dans plusieurs services. Afin de généraliser la démarche, la première étape était de tenter d'harmoniser les pratiques.

1. Grilles de recueil

En fin d'année 2015, les pharmaciens ont été interrogés sur leur organisation et sur leur support de conciliation.

Il est apparu qu'il existait 3 supports de conciliation sur les différentes équipes pharmaceutiques de pôle et celle-ci s'effectuait quasi-exclusivement sur papier. Cette fiche était retournée à la pharmacie pour réaliser l'analyse des divergences par rapport à la prescription hospitalière.

Une expérience informatisée était présente dans les services de réanimation par l'intégration d'une zone de texte à remplir par le pharmacien, sur le traitement médicamenteux à l'admission (logiciel métier ICCA® en anesthésie réanimation, §1.II.D.4).

Un premier travail a donc été d'harmoniser les grilles de recueil afin de travailler sur un modèle unique, qui pourra à terme être informatisé. En parallèle, la HAS dans son rapport Med'Rec a publié un exemple de grille de recueil et de grille d'analyse des divergences pouvant servir comme modèle.

La difficulté est que la CM n'est pas et ne doit pas être une activité uniquement pharmaceutique. Il s'agit d'un moyen pour limiter la iatrogénie médicamenteuse, devant être réalisé dans la pluridisciplinarité. Il a donc été décidé dans un premier temps, d'élaborer une première grille unique, simple, support à la fois du recueil et de la conciliation, et contenant toutes les informations importantes sur le traitement médicament du patient (annexe X). Ce modèle, élaboré par la pharmacie, est également utilisé par des médecins aux post-urgences gériatriques (PUG) pour compléter le recueil et réaliser l'analyse médico-pharmaceutique des divergences.

2. Développement d'un outil déconnecté du processus de prise en charge (outil Excel) : 1ère étape d'enregistrement et d'analyse

L'intégration de la conciliation sur un support informatique est un objectif à atteindre pour l'intégration de cette activité dans la pratique courante.

Début 2016, un constat a été fait : le support papier, bien que facile à mettre en œuvre, aisément transportable des services à la PUI et qui donne une première vision globale du

traitement est rapidement limité. Ainsi, la transmission d'informations et la communication sont très faibles sur ce type de support. De plus, la lisibilité est limitée, le recueil est chronophage car chaque traitement doit être recopié. Le papier induit également le multi-supports (conciliation papier et interventions pharmaceutiques informatiques et orales) et la perte de traçabilité de la conciliation dans son ensemble. Par ailleurs, il ne permet pas l'exploitation globale des données soit à des fins de recherche d'un patient, ou lors de transfert dans un nouveau service, soit à des fins d'analyses.

En attendant de faire évoluer le LAP, une informatisation de la grille sous format Excel® a été réalisée. Cette informatisation avait plusieurs objectifs :

- Le gain de temps en saisie grâce à des menus déroulants et à l'automatisation de certains champs,
- La traçabilité de toutes les informations,
- L'accessibilité des informations par l'ensemble du pôle pharmacie : création d'une base de données unique pour un partage d'information,
- La possibilité d'analyse de données afin de valoriser l'activité en routine ou en recherche après anonymisation des données,
- L'automatisation des indicateurs de suivi et l'intégration d'outils d'analyse,
- La possibilité de personnalisation des indicateurs en fonction de l'objectif de chaque pôle.

Par ailleurs, cet outil Excel, facilement modulable a été un support pilote pour élaborer le cahier des charges optimal pour l'évolution du LAP en matière de CM.

Description de l'outil :

(a) Un onglet par patient « pat(n) » permet la saisie du recueil, du BMO et l'analyse des divergences. Ces onglets contiennent une fiche de conciliation à l'entrée, identique à la fiche papier validée, une fiche de conciliation de sortie et une fiche support de l'entretien patient de sortie et de transmission d'informations aux professionnels de ville, expliquant les changements de traitement médicamenteux lors de l'hospitalisation. Des modules d'aide à l'optimisation de la prescription à l'entrée et à la sortie du patient en regard des fiches de conciliation sont aussi disponibles.

Figure 8 : Exemple d'une fiche de conciliation médicamenteuse à l'entrée contenue dans l'onglet patient remplie

Patient		XXXXXX		Hôpitaux de Toulouse		Pharmacie : Pharmacien X			
I.E.P. :	YYYYYY	UA	1225			Avenue Jean Poulhès			
Nom :	Dupont	Chambre: 12				05 61 32 21 21			
Prénom :	Dupond					Médecin traitant Médecin Y			
DDN :	10/01/1925	91 ans	Fiche de Conciliation des Traitements Médicamenteux à l'admission				05 61 32 21 21		
Date d'entrée :	29/01/2016								
BMO du .../.../...	01/02/2016	Médecin tra	CR des ul	Patient	Pharmacie	OMA du .../.../...	01/02/2016		
Bilan Médicamenteux Optimisé par : Nom+Signature	Magalie	Magalie	Magalie	Magalie	Magalie	Ordonnance des Médicaments prescrits à l'Admission	Pierre		
Fonction	Externe en	Externe en	Externe en	Externe en	Externe en	Fonction	Interne en		
Med / Dosage / Forme	Posologie	Posologie	Posologie	Posologie	Posologie	Med / Dosage / Forme	Posologie		
PREVISCAN 20 mg, comprimé	1/4(J1) 1/4(J2) 1/2(J3)	1/4(J1) 1/2(J2) 1/2(J3)	1/4(J1) 1(J2) 1/2(J3)	1/4(J1) 1/4(J2) 1/2(J3)	1/4(J1) 1/4(J2) 1/2(J3)	PREVISCAN 20 mg, co	1/4(J1) 1/2(J2) 1/2(J3)		
ACEBUTOLOL ARROW 200 mg	1-0-0	0-1-0		1-0-0	1-0-0	ACEBUTOLOL ARROW	1-0-0		
AMLOR 10 mg, gélule	1-0-0	1-0-0	1-0-0	1-0-0	1-0-0	AMLODIPINE ALMUS 1	1-0-0		
LASILIX 40 mg, comprimé sécable	3-2-0		3-2-0	3-2-0	3-2-0		DI non documenté		
DIFFU K, gélule	2-2-2	2-2-2	2-2-2	2-2-2	2-2-2	DIFFU K, gélule	4-0-2		
MECIR L.P. 0.4 mg, comprimé sécable	0-0-1	0-0-1	0-0-1	0-0-1	0-0-1		DI		
MONOPROST 50 microgramme	0-0-1		0-0-1	0-0-1	0-0-1		DI		
DOLIPRANE 1000 mg, comprimé sécable			1-1-1 sb		1-1-1 sb		DI non documenté		
URBANYL 10 mg, comprimé sécable					1-0-0				
						MOVICOL, poudre pour	DI		
Légende statut : C : continué en l'état, M : Modifié, A : Arrêt définitif, S : Suspendu, Sub : Substitué		Lieu de vie		Domicile		Entretien avec le patient		Allergie - Intolérance	
Légende correct/divergent : "case vide" : correct, DNI : Divergence non intentionnelle, DI : Divergence intentionnelle		Mode d'entrée		Urgences		par : Nom + Signature		La ou lesquelles :	
Liste des sources : CMS (Spé) : Courrier Médecin Spécialiste OMS (Spé) : Ordo Médecin spécialiste OMT : ordonnance médecin traitant CMT : courrier médecin traitant DP : Dossier Pharmaceutique		Critère de sélection		Bonne		Fonction		Les traitements sont à noter dans le BMO	
EP : entretien patient Ph : Pharmacie Med : Médecin AP : Apporté patient ex : ordonnance Médecin traitant (OMT du 10/02/2016)		Observance				Commentaires : (connaissance du traitement, évaluation de l'observance...) Patient observant, connaît son traitement		Usage externe : collyre, aérosol, crème... Phytothérapie Traitement ponctuel ou automédication	
								NON	
								NON	
								NON	

Aide à l'optimisation de la prescription à l'entrée												
Age	91 ans	Poids	56	Surface corporelle		CI de la créat	80ml/min	Score de Trivalle	4			
Motif d'hospitalisation :				Cause iatrogène?		DMI? (précisez)	STENT					
ATCD : HTA, Insuffisance cardiaque, Incontinence, Hypertension intra-oculaire, anxiété, hypokaliémie sous lasilix PTH, stent												
Indication	Classe ATC3 BMO	ATC5 BMO	Médicament à risque?	Vigilance >75ans	Livret?	STATUT	Classe ATC3 OMA	ATC5 OMA	Médicament à risque?	Vigilance >75ans	Livret?	Correct / divergenc
FA	ANTITHROM	B01AA	0	0	0	M	ANTITHROME	B01AA	0	0	0	DNI
HTA	BETABLOQ	C07AB04	0	0	OUI	C	BETABLOQU	C07AB04	0	0	OUI	
HTA	INHIBITEUR	C08CA01	0	0	OUI	Sub	INHIBITEUR	C08CA01	0	0	OUI	
IC	DIURETIQU	C03CA01	0	0	OUI	A						on documenter
Hypokaliém	POTASSIUM	A12BA01	0	0	OUI	M	POTASSIUM	A12BA01	0	0	OUI	DNI
Incontinenc	MEDICAMEN	G04CA02	0	0	OUI	A						DI
HT intraO	ANTI GLAUC	S01EE01	0	0	OUI	A						DNI
Douleurs	AUTRES AN	N02BE01	0	0	OUI	A						on documenter
Anxiété	ANXIOLYTIQ	N05BA09	0	OUI	OUI	A						
							LAXATIFS	A06AD65	0	0	OUI	DI

Pour la conciliation de sortie, le BMO consolidé et des informations administratives sont automatiquement renseignés et restent modifiables. La fiche fonctionne sur le même principe que pour la conciliation d'entrée (champs automatisés) et un module d'optimisation de l'ordonnance permet l'affichage automatique des familles pharmacologiques, codes ATC, médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée, appartenance ou non au répertoire des médicaments génériques[118], niveau d'Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR) le plus élevé de la spécialité (sans prendre en compte l'indication du traitement)[121].

Figure 9 : Exemple d'une fiche de la conciliation médicamenteuse à la sortie contenue dans l'onglet patient remplie

Patient : UA 1225		Pharmacie : Pharmacien X										
Nom Dupont <u>Chambre:</u> 12		05 61 32 21 21										
Prénom Dupond												
DDN 10/01/1925		Fiche de Conciliation des Traitements Médicamenteux à la sortie										
Date d'entrée 29/01/2016		Médecin traitant : Médecin Y										
05/02/2016		12/02/2016										
BMO du ...		PRESCRIPTION DE SORTIE du ...										
par :Nom+Signature Magalie		par :Nom + Signature Paul										
Fonction Magalie		Fonction Médecin										
Synthèse posologie		Statut										
Med / Dosage / Forme		Med / Dosage / Forme										
PREVISCAN 20 mg, comprimé		PREVISCAN 20 mg, comprimé										
ACEBUTOLOL ARROW 200 mg		ACEBUTOLOL ARROW 200 mg										
AMLOR 10 mg, gélule		AMLODIPINE ALMUS										
LASILIX 40 mg, comprimé sécat		LASILIX 40 mg, comprimé sécat										
DIFFU K, gélule		DIFFU K, gélule										
MECIR L.P. 0.4 mg, comprimé		MECIR L.P. 0.4 mg, comprimé										
MONOPROST 50 microgramme		MONOPROST 50 microgramme										
DOLIPRANE 1000 mg, comprimé		DOLIPRANE 1000 mg, comprimé										
URBANYL 10 mg, comprimé sé		URBANYL 10 mg, comprimé sé										
SERESTA 10 mg, comprimé		SERESTA 10 mg, comprimé										
Légende statut : C : continué en l'état, M : Modifié, A : Arrêt définitif, S : Suspendu, Sub : Substitué		Légende correct/divergent : "case vide" : correct, DNI : Divergence non intentionnelle, DI : Divergence intentionnelle										
Mode de sortie		Inter établissement										
Entretien avec le patient		Effectué le : .../.../...										
par :Nom + Signature Delphine		Fonction Pharmacien										
Commentaires : Bonne compréhension des modifications du traitement												
Focus DMI		Analyse pharmaceutique de niveau 3 (SFPC)										
Pose d'un DMI NON		Transmission des informations aux acteurs de ville OUI										
Explications au patient NON												
Remise de la carte de traçabilité au patient NON												
Planification du traitement de sortie en lien avec le DMI + information du patient NON												
Aide à l'optimisation de la prescription de sortie												
Age Poids Surface corporelle CI de la créatinine												
Motif d'hospitalisation : ATCD : HTA, Insuffisance cardiaque, Incontinence, Hypertension intra-oculaire, anxiété, hypokaliémie sous lasilixPTH, stent												
Indication	Classe ATC3 BMO	ATC5 BMO	Répertoire générique BMO	Vigilance >75ans BMO	Niveau ASMR (max) BMO	STATUT	Classe ATC3 sortie	ATC5 sortie	Répertoire générique sortie	Vigilance >75ans sortie	Niveau ASMR (max)	Correct / divergence
FA	ANTITHROM B01AA		Hors répertoire	0	Sans	C	ANTITHROME B01AA		Hors répertoire	0	Sans	
HTA	BETABLOQU C07AB04		Générique	0	Sans	DNI	BETABLOQU C07AB04		Générique	0	Sans	DNI
HTA	INHIBITEUR C08CA01		PRINCEPS	0	Sans		INHIBITEUR C08CA01		Générique	0	Sans	
IC	DIURETIQU C03CA01		PRINCEPS	0	Sans	DI						DI
Hypokaliém	POTASSIUM A12BA01		Hors répertoire	0	Sans	DNI	POTASSIUM A12BA01		Hors répertoire	0	Sans	DNI
Incontinenc	MEDICAMEN G04CA02		PRINCEPS	0	V	DI						DI
HT intraO	ANTICLAUC S01EE01		Hors répertoire	0	V	DNI						DNI
Douleurs	AUTRES AN N02BE01		Hors répertoire	0	Sans		AUTRES ANA N02BE01		Hors répertoire	0	Sans	
Anxiété	ANXIOLYTIQ N05BA09		Hors répertoire	OUI	Sans	DI						DI
	ANXIOLYTIQ N05BA04		Hors répertoire dosage		V		ANXIOLYTIQL N05BA04		Hors répertoire dosage		V	

Pour la fiche d'entretien patient de sortie, il y a un renseignement automatisé du BMO consolidé, identification des champs modifiés sur la prescription de sortie. L'ensemble des champs restent modifiables pour personnaliser au mieux le document explicatif de sortie du patient. Une actualisation mensuelle de la base des médicaments et du livret de l'établissement est prévue.

Figure 10 : Fiche d'entretien pharmaceutique de sortie contenue dans l'onglet patient remplie

Hôpitaux de Toulouse

Patient :
 Nom Dupont
 Prénom Dupond
 DDN 10/01/1925

Médicaments habituels avant l'admission

Entretien pharmaceutique de sortie d'hospitalisation

Pharmacie : Pharmacien X
05 61 32 21 21

Médecin traitant : Médecin Y
05 61 32 21 21

CHU de Toulouse le : 12/02/2016

Médicaments DCI	Posologie	But du traitement	Prescrit sur l'ordonnance de sortie	Commentaires (durée, surveillance, justification de l'arrêt)
PREVISCAN 20 mg, comprimé quadriséable	1/4(J1) 1/4(J2) 1/2(J3)	Anticoagulant (prévention des embolies/AVC)	oui	Continuer le traitement habituel Veiller à la surveillance de l'INR
ACEBUTOLOL ARROW 200 mg, comprimé pelliculé	1-0-0	Traitement de l'hypertension	non	Continuer le traitement habituel
AMLOR 10 mg, gélule	1-0-0	Traitement de l'hypertension	non	Continuer le traitement habituel
LASILIX 40 mg, comprimé sécable	3-2-0	Traitement des oedèmes (insuffisance cardiaque)	non	Actuellement non nécessaire : Arrêt du traitement Surveiller le poids
DIFFU K, gélule	2-2-2	Traitement d'un déficit en potassium dans le sang	non	Continuer le traitement habituel Prise de sang régulière
MECIR L.P. 0,4 mg, comprimé pelliculé à libération p	0-0-1	Traitement de l'incontinence urinaire	non	Arrêt; n'est plus adapté
MONOPROST 50 microgrammes/ml, collyre en solut	0-0-1	Traitement de l'hypertension de	non	Continuer le traitement habituel
DOLIPRANE 1000 mg, comprimé	1-1-1 sb	Douleurs	oui	Si douleurs
URBANYL 10 mg, comprimé sécable	1-0-0	Traitement de l'anxiété	non	Doit être arrêté : remplacé par le SERESTA
Traitements ajoutés				
SERESTA 10 mg, comprimé	0-0-1	Traitement de l'anxiété	oui	Remplace l'Urbanyl

Vous venez d'être hospitalisé au CHU de Toulouse. Lors de votre arrivée, un bilan de l'ensemble de votre traitement médicamenteux a été réalisé. Des modifications y ont été apportées pendant votre séjour.
 Vous trouverez ci-dessus le traitement que vous devez poursuivre à votre domicile, il sera adapté si nécessaire par votre médecin traitant lors de votre prochaine consultation.

Signature pharmacien : Delphine X **Signature patient : Mr XXX**

Ce document est destiné à vous aider sur votre traitement médicamenteux. Il peut être également transmis à votre médecin traitant ou votre pharmacien. Lisez attentivement les informations personnelles ci-dessus, ces informations vous sont propres et peuvent ne pas convenir à votre entourage. Ne sortez les médicaments de leurs conditionnements qu'au moment de les prendre. Ne changez pas vous-même votre traitement ni une posologie, n'arrêtez pas vous-même des traitements. Informez votre médecin traitant ou votre pharmacien de tout effet indésirable, vous pouvez les déclarer vous-même sur le site suivant : https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_15031.do

(b) Un onglet "Suivi" : les différentes variables se renseignent automatiquement à partir des différentes fiches patient, avec une ligne par patient. Ce tableau peut servir de base de données pour retrouver les informations d'un patient, mais aussi pour suivre et analyser l'activité (possibilité de trier, filtrer, insérer un tableau croisé dynamique).

Liste des variables de suivi :

* Patient : Nom, prénom, date de naissance, service, n° de séjour, n° de dossier, mode d'entrée, lieu de vie, nombre de médicaments sur le BMO (polymédication), identification du médecin traitant, identification de la pharmacie d'officine, évaluation de l'observance, critère de sélection (à définir), identification d'une cause iatrogène d'hospitalisation, score de Trivalle.

* Processus (conciliation d'entrée et de sortie) : Date de recueil (+ délai depuis l'entrée), nombre et type de sources, nombre « d'enquêteurs » et professions, date de conciliation (+ délai depuis l'entrée), nombre de divergences intentionnelles, nombre de DNI, causes des DNI, décisions suite aux DNI, impact clinique selon la méthodologie Med'Rec Kappa (annexe XI), date de l'entretien pharmaceutique patient, réalisation d'une analyse pharmaceutique de niveau 3, transmission des informations aux acteurs de ville, pose d'un DMI, explication du DMI, distribution de la carte de traçabilité du DMI, planification du traitement de sortie en rapport avec le DMI et explication au patient.

* Optimisation de l'ordonnance : Nombre de médicaments sur l'OMA, nombre de médicaments à risque (BMO et OMA), nombre de médicaments potentiellement inappropriés à la personne âgée, nombre de médicaments au livret, Identification des médicaments inscrits au répertoire des génériques, niveau d'ASMR niveau 5.

Figure 11: Onglet « suivi » automatisé créant la base de données patient

IDENTIFICATION								CRITERES					RECHERCHES DONNEES				Indicateurs					
onglet	UA	DATE du bilan	DATE ENTREE	NOM	PRENOM	IPP	IEP	AGE	RECUER Médecin	RECUER Pharmacièn	MODE D'ENTREE	TRANCH E D'AGE	POLYMEDICATION	LIEU DE VIE	Source 1	Source 2	Source 3	Source 4	Nombre de sources	Nombre de lignes de traitement à l'entrée	Pe	
pat1	1235	02/02/2016	02/02/2016					72	0	1	Direct	<75	>=5	Domicile	ordonnance					1	9	
pat2	1235	12/02/2016	10/02/2016					78	0	2	Intra-CHU	>=75	>=5	Domicile	CR d'hospiti ordonnance					2	13	
pat5	1235	04/02/2016	03/02/2016					76	0	1	Intra-CHU	>=75	>=5	ÉHPAD	ordonnance					1	11	
pat4	1235	04/02/2016	03/02/2016					64	0	0	Direct	<75	<5	Domicile						0	0	
pat5	1235	25/02/2016	24/02/2016					85	0	1		>=75	>=5	Domicile	ordonnance					1	8	
pat6	1235	01/02/2016	31/01/2016					88	0	3	Intra-CHU	>=75	>=5	Domicile	ordonnance CR d'hospiti CR d'hospiti					3	10	
pat7	1059	19/02/2016	18/02/2016					67	0	1	Urgencis	<75	<5	Domicile	ordonnance					1	4	
pat8	1235	22/02/2016	18/12/2015					72	0	1	Direct	<75	>=5	Domicile	Médic					1	7	
pat9	1235	04/02/2016	13/01/2016					61	0	1	Direct	<75	>=5	Domicile						1	9	
pat10	1235	22/02/2016	15/02/2016					54	0	2	Intra-CHU	<75	>=5	Domicile						2	17	
pat11	1550	08/02/2016	01/02/2016					83	0	2	Urgencis	>=75	>=5	Domicile						2	11	
pat12	1287	11/02/2016	11/02/2016					30	0	3	Intra-CHU	<75	>=5	Domicile						3	7	
pat13	1235	09/02/2016	07/02/2016					63	0	3	Direct	<75	<5	Domicile						3	2	
pat14	1186	01/02/2016	28/01/2016					55	0	1	Urgencis	<75	>=5	Domicile	CR d'hospiti					1	15	
pat15	1235	15/02/2016	14/02/2016					67	0	1	Direct	<75	>=5	Domicile	ordonnance					1	5	
pat16	1235	01/02/2016	28/01/2016					70	0	2	Urgencis	<75	>=5	Domicile	CR d'hospiti Patient					2	5	
pat17	1235	16/02/2016	15/02/2016					86	0	2	Intra-CHU	<75	>=5	Domicile	CR d'hospiti CR d'hospiti					2	16	
pat18	1235	04/02/2016	02/02/2016					77	0	1	Urgencis	>=75	<5	Domicile	CR d'hospiti					1	4	
pat19	1153	15/02/2016	14/02/2016					45	0	1	Urgencis	<75	<5	Domicile	Patient					1	3	
pat20	1235	09/02/2016	08/02/2016					58	0	1	Direct	<75	<5	Domicile	Patient					1	0	
pat21	1235	15/02/2016	14/02/2016					67	0	1	Direct	<75	>=5	Domicile	ordonnance					1	13	
pat22	1235	26/02/2016	25/02/2016					71	0	1	Urgencis	<75	>=5	Domicile	CR d'hospiti					1	5	
pat23	1235	15/02/2016	10/02/2016					68	0	1	Intra-CHU	<75	>=5	Domicile	CR d'hospiti	0				2	11	
pat24	1235	16/02/2016	09/01/2016					78	0	1	Inter établis	>=75	>=5	Domicile	CR d'hospiti					1	10	
pat25	1235	12/02/2016	11/02/2016					64	0	1	Urgencis	<75	<5	Domicile	ordonnance					1	3	

Base complètement automatisée

(c) Un onglet "indicateurs mois" : les différents indicateurs macroscopiques se renseignent automatiquement à partir de l'onglet "Suivi". Les résultats sont calculés en fonction des dates renseignées en tête.

Remarque : il a également été mis à disposition un fichier permettant de compiler plusieurs bases de données « service » pour calculer des indicateurs sur un pôle entier ou à l'échelle de l'établissement par exemple. Il suffit de copier une à une les bases de données générées dans les différents outils pour que les indicateurs se calculent automatiquement (Annexe XII).

Figure 12 : Onglet « indicateurs mois » calculant automatiquement entre 2 dates données, les résultats à partir de l'onglet « suivi »

Fiche BILAN - Conciliation des traitements

MOIS : janvier-16 date début : 1/1/16 date de fin : 3/3/16

Modification de l'intervalle de date

Éléments descriptifs Entrée		Éléments descriptifs Sortie	
Nombre de patients avec le BMO réalisé	60	Nombre de patients avec conciliation de sortie	0
Nombre de patients avec le BMO réalisé dans les 24h suivant l'admission	22	Nombre d'entretien de sortie réalisé	0
Nombre de patients avec le BMO réalisé au delà des 24h suivant l'admission	38		
Nombre de patients conciliés	58		
Nombre de patients conciliés dans les 24h	15		
Nombre de patients éligibles entrés dans le pôle		105	
Divergences initiales entrée		Divergences initiales sortie	
Nombre de DI	430	Nombre de DI	0
Nombre de DNI	7	Nombre de DNI	0
Indicateurs de performance entrée		Indicateurs de performance sortie	
Nbre de patients conciliés dans les 24h/nbre de patients éligibles	14,29%	Nbre de patients conciliés en sortie/nbre patients éligibles	#DIV/0!
Nbre de DI / nbre de patient conciliés	7,41379	Nbre de DI / nbre de patient conciliés	#DIV/0!
Nbre de DNI / nbre de patient conciliés	0,12069	Nbre de DNI / nbre de patient conciliés	#DIV/0!
Nbre d'OMA corrigé/nbre de conciliation	0,06897	Nbre de prescription de sortie corrigée/nbre de conciliation	#DIV/0!
Type de modifications apportées aux divergences initiales détectées à l'entrée		Type de modifications apportées aux divergences initiales détectées à la sortie	
Nombre de "documentation"	0	Nombre de "documentation"	0
Nombre de "correction"	4	Nombre de "correction"	0
Nombre de "pas de modification"	0	Nombre de "pas de modification"	0

outil med indicateurs mois Suivi pat1 pat2 pat3 pat4 pat5 pat6 pat7 pat ...

Liste des indicateurs :

- Nombre total de BMO et nombre de BMO dans les 24h après l'admission,
- Nombre total de conciliations et nombre de conciliations dans les 24h après l'admission,
- Nombre de conciliations / nombre de patients éligibles,
- Nombre de patients ayant bénéficié d'une conciliation d'entrée (de sortie) rapporté à 1000 jours d'hospitalisation,
- Nombre moyen de DI et DNI par patient concilié,
- Nombre moyen de DNI corrigées par patient concilié,
- Nombre moyen de médicaments potentiellement inappropriés à l'entrée et à la sortie,
- Nombre moyen de lignes de traitement à l'entrée et à la sortie,
- Nombre d'erreurs au moins significatives / nombre de patients conciliés,
- Nombre d'erreurs au moins significatives corrigées,
- Nombre de patients avec analyse de niveau 3 (SFPC)/ nombre de patients conciliés,
- Nombre de patient avec pose d'un DMI,
- % planification du traitement de sortie en lien avec le DMI et son explication au patient.

(d) Un onglet "outil livret" : permet de retrouver les médicaments au livret de l'établissement à partir d'un code ATC niveau 5, ainsi que de rechercher des traitements appartenant à la même famille pharmacologique (à l'aide de l'aide du code ATC de niveau 4, 3, et 2.

Dans l'onglet "indicateurs mois", il est nécessaire de renseigner les dates souhaitées ainsi que le nombre de patients éligibles à la conciliation d'entrée et de sortie, et le nombre de journées d'hospitalisation dans le pôle.

En février 2016, un test de faisabilité sur la version V.1 de l'application a été réalisé à partir de la saisie rétrospective de 200 conciliations. L'outil a été amélioré en temps réel puis mis à disposition des équipes pharmaceutiques de pôle du CHU dès mai 2016. Depuis l'été 2016, 3 pôles utilisent la version V.2 :

- 3 pôles l'utilisent en temps réel (femmes-mères-couples et uro-néphrologie et psychiatrie),

- 1 pôle saisit les conciliations d'entrée depuis le mois de mai en rétrospectif (pôle respiratoire). Pour ce dernier, les données manquantes dues à une insuffisance de traçabilité, ont limité l'exploitation des données. Le pôle a ainsi décidé de réaliser à partir du mois d'octobre la conciliation sur le support Excel® en temps réel. Il est à noter que sur ce pôle, la demande médicale est importante pour avoir un retour sur les bénéfices cliniques de la mise en œuvre de la CM.

Cette utilisation par les différentes équipes a permis à partir des retours d'expérience, de faire évoluer l'outil vers une version V.3 mise à disposition des équipes à partir d'octobre 2016. L'identification des médicaments inappropriés aux personnes âgées a été revue à partir de la liste européenne « EU(7)-PIM list » plus récente que la liste de Laroche. Le champ polymédication a également été revu pour intégrer l' « hyperpolymédication » (à partir de 10 médicaments par BMO).

Les éléments nécessaires aux calculs des indicateurs nécessaires au projet DGOS y ont été intégrés. Cette version a servi de base à la rédaction d'un cahier des charges pour la création d'un e-CRF.

3. Elaboration d'un e-CRF pour la généralisation de la démarche et l'exploitation des données

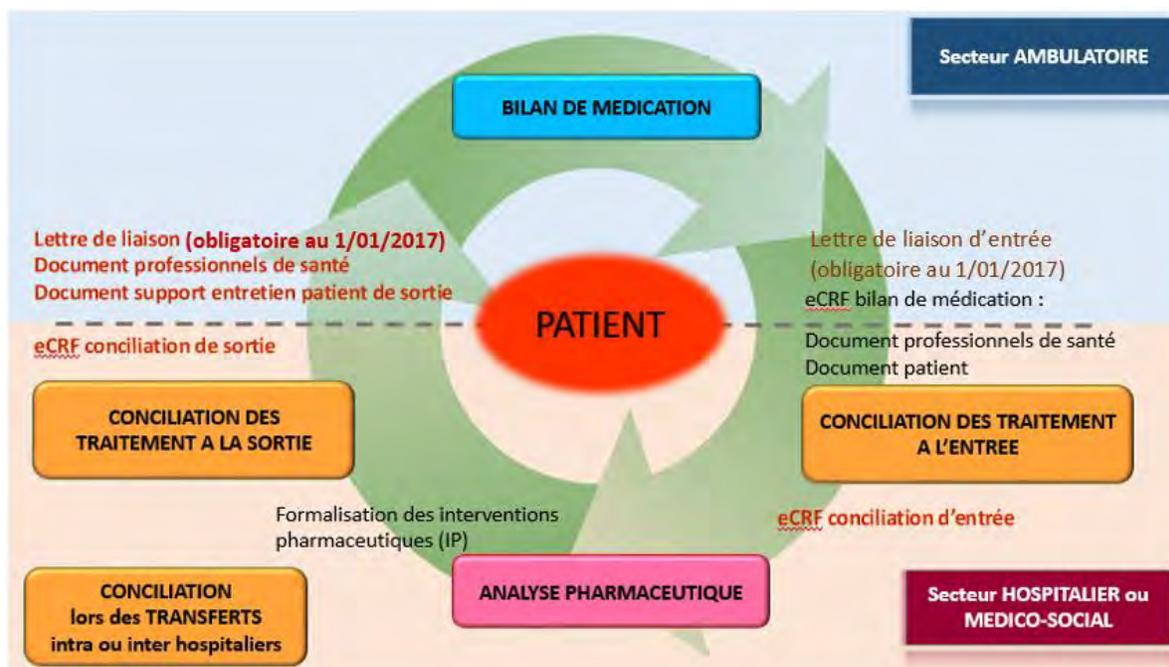
Les limites d'un document Excel® ont été évoquées (instabilité du document, communication limitée) et les différents projets de déploiement devant débiter dès la fin de l'année 2016 ont conduit à l'élaboration d'un cahier des charges pour la création d'un e-CRF. Ce petit logiciel informatique, sécurisé et accessible en ligne est notamment indispensable pour répondre aux exigences du projet de recherche « Evaluation d'un *continuum* d'actions de pharmacie clinique

en secteur hospitalier et en soins primaires pour sécuriser la prise en charge thérapeutique de patients » (réponse à l'appel à projet DGOS), celui-ci étant multi-sites, multi-secteurs et pluri professionnel. Il pourra également faciliter la tâche des établissements participant au projet régional de déploiement et ne bénéficiant pas de support informatisé, notamment pour le rendu d'indicateurs de suivi périodiquement à l'ARS.

Nous avons souhaité bénéficier d'un outil informatique fonctionnel pour réaliser le procédé complet de la CM, ainsi que le recueil de données utiles au suivi du patient sur l'ensemble du parcours de soins. Une plateforme informatique dématérialisée permettrait :

- la sécurisation des données relatives aux patients, par des codes d'accès personnels,
- l'élaboration d'un dossier unique pour chaque patient contenant l'ensemble des informations structurées par module,
- la saisie « texte libre » (ou pré renseignée) en ligne sous forme de formulaire, des différents items du recueil de la conciliation d'entrée et de sortie, accompagnée d'un module d'aide à l'optimisation de la prescription en lien avec une base de données médicaments,
- la gestion des données médicales et pharmaceutiques des patients (enregistrement, conservation, consultation pour analyse),
- la rédaction semi-automatisée et l'enregistrement des synthèses de l'évolution des traitements médicamenteux entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation, et conseils pharmaceutiques adressés aux patients,
- la transmission des bilans médicamenteux de sortie d'hospitalisation aux médecins généralistes et aux pharmaciens d'officine (lettre de liaison),
- le recueil des informations sur l'analyse pharmaceutique réalisée lors de l'hospitalisation et au suivi du patient à la sortie vers le secteur ambulatoire (bilan de médication à 45 jours, appel téléphonique de suivi),
- la constitution d'une base de données patient par établissement nécessaire à la poursuite de traitement lors de transferts entre services,
- la constitution d'une base de données patient anonymisée pour l'analyse des données,
- l'automatisation d'un tableau de bord des indicateurs de suivi pouvant être filtré par service, pôle, établissement, région avec possibilité de benchmarking,
- l'édition des différents documents de communication et d'analyse.

Figure 13: Positionnement de l'e-CRF dans le parcours de soins du patient



D'un point de vue gestion des données, une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) sera réalisée par le responsable technique, détaillant l'utilisation (collecte, enregistrement, conservation, analyse, suivi) des données, incluant des données médicales, à travers cette plateforme.

Les conciliations médicamenteuses à l'entrée et à la sortie du patient ainsi que les informations nécessaires à l'analyse des données (analyse pharmaceutique et suivi du patient) seront consignées dans la plateforme sous forme de fiches de synthèse. Elles seront accessibles aux médecins et pharmaciens hospitaliers de l'établissement où est hospitalisé le patient. L'ensemble des données anonymisées seront accessibles aux personnes du conseil scientifique en charge de l'analyse des données, via la plateforme.

Afin de faciliter les échanges, la plateforme pourrait permettre l'envoi de messages entre les médecins/pharmaciens de différents établissements participant aux projets mais aussi aux professionnels de santé de ville : pharmaciens d'officine et médecins généralistes des patients. Si possible, l'envoi de messages pourrait être réalisé entre le responsable scientifique et les professionnels de santé, pour notamment transmettre des informations relatives à la conduite et à l'état d'avancement de l'étude.

- Communication entre professionnels via la Messagerie Sécurisée de Santé (Medimail®)
- Communication entre professionnels grâce au dossier communiquant de cancérologie (DCC Oncomip) intégrant l'ensemble du dossier patient informatisé.

La plateforme dématérialisée permettra l'accès à toutes les données consignées (médicales, synthèses, commentaires) extraites sous forme de tableur informatique, afin de faciliter leur analyse et la réalisation des différents rapports. L'accès se fera via la plateforme dématérialisée, depuis le lieu de travail de chaque professionnel de santé. Un identifiant et un mot de passe personnalisé, strictement nominatif, sécuriseront l'accès au compte du professionnel de santé dans la plateforme. L'accès sera réservé aux professionnels de santé (internes en pharmacie et médecine, pharmaciens et médecins hospitaliers) participant au projet, aux membres réalisant l'analyse des données et à l'équipe en charge de la maintenance de l'outil. Les accès seront communiqués lors de la réunion de mise en place de l'étude.

Les comptes auront été préalablement paramétrés pour limiter l'accès des professionnels de santé aux données des patients de leur établissement.

Les données consignées dans la plateforme seront soumises au secret médical.

L'anonymat des patients participant à l'étude sera préservé pour l'analyse des résultats (exemple : numéro d'identification du patient, formé par : « *année de réalisation du bilan* »-« *numéro du centre investigateur* »-« *numéro du patient* »).

Une recherche par nom, numéro d'hospitalisation ou identifiant patient est possible au sein de l'établissement où est hospitalisé le patient. La recherche par numéro d'anonymat est disponible pour les personnes chargées de l'analyse des données ou de la maintenance.

La formation à l'utilisation de la plateforme sera incluse dans le planning de formation du projet. Une présentation de la plateforme sera organisée lors de la réunion de mise en place du projet. Si possible, l'utilisation de la plateforme sera annexée à un module d'apprentissage intégré. Une formation personnalisée pourra également être faite lors de la venue du responsable technique sur le site de l'officine, selon les besoins du pharmacien investigateur. Un glossaire ainsi qu'un document de mise en œuvre de la conciliation sera disponible en ligne.

La structure de l'e-CRF a été décrite dans un cahier des charges détaillé élaboré à partir de l'outil Excel® V.3. Il prévoit :

- Un module de support de CM à l'entrée et à la sortie,
- Un module base de données,
- Un module de calcul d'indicateur,
- Un module d'édition capable d'éditer chacune des fiches sous un format papier ou PDF ou d'exporter les bases de données/indicateurs sous un format Excel®.

L'ensemble des items à recueillir ou automatisés, ainsi que les calculs d'indicateurs ont été expliqués selon les modèles disponibles en annexe XIII) : chaque lettre correspond à une étape du processus. L'ordre alphabétique donne une idée du déroulé des différentes étapes successives.

Certaines valeurs obligatoires pour le calcul des indicateurs seront bloquantes et identifiées par un astérisque (*).

Pour chaque ligne de traitement, il sera possible d'identifier les médicaments prescrits ou pris par le patient dans le cadre d'une automédication (case à cocher devant la ligne par exemple).

Les médicaments à risque d'erreurs dans le cadre de la conciliation (liste HAS) pourront être automatiquement identifiés (en gras ou sur un fond coloré par exemple) pour attirer l'attention.

Cette plateforme informatique, sous réserve de financement, pourrait être opérationnelle au cours de l'année 2017.

Il est à noter que le bilan de médication à l'officine va également bénéficier d'un e-CRF pour la saisie des informations recueillies lors des entretiens patients ainsi que pour l'analyse des données. Dans le futur, l'idéal serait d'avoir une interopérabilité des 2 logiciels permettant alors de croiser les informations : le bilan de médication servirait alors de source pour réaliser la conciliation à l'entrée, ou inversement la conciliation de sortie pourrait alimenter le bilan de médication.

4. Outil intégré au processus de prise en charge : rédaction d'un cahier des charges pour intégrer l'activité dans le dossier patient informatisé

A l'heure où l'informatisation du parcours de soins fait partie des enjeux de la certification, la CM montre une faiblesse quant à son adaptation à des logiciels informatiques. Peu de logiciels offrent une interface spécifique à la CM.

Les systèmes d'informations hospitaliers sont rarement adaptés à l'activité de conciliation des traitements médicamenteux. La difficulté de tracer les différentes étapes de la conciliation des traitements médicamenteux dans le dossier médical est le plus souvent liée au défaut des systèmes d'information.

Cette problématique devrait dans les années à venir être amenée à disparaître avec le développement de modules spécifiques à la CM dans les LAP.

La certification des LAP impose des critères tels que la gestion d'un historique médicamenteux dans la partie 3.2 du référentiel notamment les critères 21, 22, et 23[99]. De plus, au 1^{er} janvier 2017 les lettres de liaison[103] comportant toutes les informations nécessaires à la continuité des traitements médicamenteux à l'admission et à la sortie en ville deviennent obligatoires et forcent les établissements à adapter leurs organisations. Ces deux éléments peuvent inciter les éditeurs à faire évoluer leurs produits.

a) Exemple du logiciel pharmaceutique « PHARMA® »

Une collaboration entre l'équipe pharmaceutique du CHU de Nîmes/CH de Compiègne et l'éditeur du logiciel de prescription Pharma® de Computer Engineering a été réalisée afin de permettre l'incorporation du BMO au sein du logiciel de prescription et son intégration dans l'ordonnance d'admission. Les données relatives au BMO, à la prescription d'entrée proposée, aux divergences détectées et à leur correction/documentation sont ainsi tracés. Le pharmacien saisit le BMO dans le logiciel en mode prospectif ou rétrospectif. Si la CM est réalisée en mode proactif, il est proposé au médecin une « Pré-OMA », avec les équivalences pour les médicaments non référencés. Il est alors possible pour le médecin de récupérer cette « pré-OMA » dans le logiciel de prescription afin d'élaborer une OMA complète. Ce système sécurise la prescription et fait gagner du temps au prescripteur. Que ce soit en mode proactif ou rétroactif, il y a un échange avec le prescripteur pour les corrections des DNI.

Cette fonction a été étendue pour l'ensemble des établissements de santé qui utilisent le logiciel Pharma®. Un module de conciliation de sortie est en cours d'élaboration.

b) Autres logiciels : DXCare®, MainCare®

Un onglet « conciliation » a également été créé avec le logiciel de prescription DXcare® en collaboration avec le CHU de Bordeaux. Il est possible de saisir la conciliation d'entrée avec les contacts, la synthèse de l'entretien, l'analyse de la connaissance du traitement, le recueil des médicaments ainsi que les sources d'information et OMA. La conciliation de sortie peut également être saisie.

D'autres éditeurs intègrent peu à peu l'activité via des modules ou des formulaires sous la pression et en collaboration avec des établissements de santé. C'est le cas du logiciel IDEO-Santé® et MainCare® (intégration de la fiche de conciliation de sortie et liaison aux messageries sécurisées) Medial®, Millenium®, Winpharm®, etc.

c) Cartographie des LAP des 9 établissements impliqués dans le projet régional et du CHU de Toulouse

Les établissements concernés par le déploiement organisé au niveau régional de la CM n'ont pas tous un logiciel permettant l'enregistrement des données issues de la CM. Même si certains d'entre eux possèdent déjà des modules spécifiques (DXcare® et PHARMA® notamment), il reste un grand travail de collaboration entre les établissements et leur éditeur de LAP pour intégrer l'ensemble de l'activité et permettre la réalisation de requêtes permettant de suivre et d'évaluer la mise en œuvre de la CM.

Remarque : Une coopération entre l'APHP et l'éditeur du logiciel Orbis® est en cours pour tenter d'adapter le LAP à la CM.

Tableau 12 : Cartographie de LAP utilisés sur les 9 établissements ciblés et au CHU de Toulouse

Dép.	Etablissements	Nombre de lits MCO	Nombre de lits SSR/ long séjours/ EHPAD	Logiciel de prescription
9	CHIC du Val d'Ariège Foix	289	422	CROSSWAY®
9	CH Pays d'Olmes Lavelanet	20	153	NC
31	CH de Luchon	0	209	Médical Objects® (en prévision)
31	CH de St Gaudens	172	228	NC
46	CH de Cahors	251	85	DxCARE®
65	CH de Lourdes	142	220	GENOIS®
65	CH de Tarbes	325	712	GENOIS®, CROSSWAY®
81	CH d'Albi	261	517	Mopharma®
81	CHIC Castres/Mazamet	380	634	Disporao® puis DPI : Easily®
31	CHU de TOULOUSE	2471	533	Disporao®, Orbis®

d) Rédaction d'un modèle du cahier des charges pour la création un module de CM dans les LAP

La rédaction d'un cahier des charges exhaustif regroupant l'ensemble des critères nécessaires à la réalisation de la CM est la première étape pour faire évoluer le LAP. Chaque cahier des charges doit être spécifique aux besoins locaux et au logiciel utilisé. Cependant un socle commun rédigé par un groupe de travail au niveau régional pourrait simplifier la tâche des établissements et des éditeurs.

Ce chapitre tentera de lister les exigences devant être présentes sur le cahier des charges pour l'élaboration d'un module complémentaire de chaque LAP. Ce qui pourrait être entrepris sur le logiciel Orbis, LAP utilisé au CHU de Toulouse illustrera cette liste. D'un point de vue technique, le cahier des charges de l'e-CRF peut aider à construire les différents supports informatiques.

Exigences spécifiques à la CM :

- Les grilles de recueil et d'analyse devront être adaptées à l'ensemble des acteurs,
- L'accessibilité des formulaires (créations, modifications, consultations) sera conditionnée par la profession de l'utilisateur (médecin, pharmacien, préparateur, IDE),
- Chaque intervention réalisée devra être tracée : profession de l'acteur, date, signature,
- Les différents modules du LAP doivent être communiquant entre eux : Les informations administratives, médicales et médicamenteuses sur le patient contenues dans le dossier patient informatisé (DPI) devront dans la mesure du possible, alimenter le formulaire de recueil, l'OMA

et la prescription de sortie ; le BMO validé pourra alimenter la 1ere prescription (en cas de conciliation pro active) et pour générer des alertes aux prescripteurs (via les IP) en cas de conciliation rétro active,

- Les informations relatives à la pose d'un DM doivent pouvoir être saisies,
- Le résultat du processus complet de conciliation devra alimenter la lettre de liaison (selon le modèle HAS et en conformité avec les exigences du décret du 20 juillet 2016) à la sortie du patient pour une mise en conformité sur le traitement médicamenteux (HAS),
- Les synthèses générées pourront être enregistrées et imprimées,
- L'ensemble des données issues du processus de la CM devront pouvoir être exploitées via des requêtes destinées à l'analyse des données de la même manière qu'un e-CRF pourrait le faire, si les données du module de CM étaient exportées vers l'e-CRF. L'objectif est de pouvoir dégager des indicateurs d'activité et de résultats nécessaires pour optimiser l'organisation, pouvoir répondre à des questions de recherche et aux exigences du CBUMPP.

Tableau 13 : Liste des critères utiles à la rédaction d'un cahier des charges d'un module de CM intégré au LAP

Fonctionnalités de base
Ergonomie du module
<ul style="list-style-type: none"> - La navigation à travers le dossier doit être aisée (par exemple aidée par des menus déroulants, des raccourcis clavier, des liens hypertexte). Les icônes doivent être lisibles et évocatrices. - La création, l'accès ou la disponibilité des documents doit être évidente (Ex : un voyant de couleur selon l'état de la fiche : non créée, créée mais en attente de validation, validée). <p>L'utilisateur doit pouvoir choisir l'ordre de présentation des médicaments saisis (par code ATC, alphabétique, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'utilisateur doit avoir une idée de la "taille" du recueil et de l'ordonnance (par numérotation des médicaments). - Le module d'aide à l'optimisation de la prescription doit être visible en même temps que le bilan médicamenteux optimisé et/ou de la prescription - Il doit être possible d'imprimer chaque document, même en cours de modification. Le statut du document apparaît sur l'impression.
Confidentialité et la sécurité des données, sauvegarde
<ul style="list-style-type: none"> - Il doit être impossible d'accéder aux dossiers à moins de posséder un code d'accès strictement individuel. Le code doit être nécessaire non seulement pour activer le logiciel, mais pour accéder aux dossiers, signer toutes modifications des données. - Un accès et une identification par carte CPS doit être possible - Le logiciel permet à un utilisateur principal (administrateur) d'attribuer différents codes à différents niveaux d'utilisation : accès au seul fichier administratif ou à l'ensemble, saisie limitée à certaines zones, impossibilité d'effacer ou de modifier des données antérieures. - Une personne qui s'est procurée une copie du fichier (exemple : vol d'un disque de sauvegarde) ne peut pas accéder aux données même si elle possède un logiciel identique. - Le module doit comprendre un système de sauvegarde comme l'ensemble des données contenu dans le LAP.
Saisie des données dans les dossiers
<ul style="list-style-type: none"> - Le module doit intégrer les fonctions de base du traitement de texte. Il doit permettre de réaliser des documents " semi-structurés " incluant des données relatives au patient (par exemple : données administratives, données cliniques, historique, liste des traitements) suivant des modèles définis. - Il doit proposer des aides à la saisie : listes de valeurs s'affichant automatiquement lors de l'activation des champs de saisie (glossaires de phrases type ou de documents type). La sélection de l'élément à saisir doit être facilitée (par exemple : cliquer, glisser-déposer, saisie incrémentielle). - Les motifs, les conclusions et les décisions doivent pouvoir être codés : pour chacune de ces catégories de données le logiciel doit proposer deux champs de saisie : un champ libre et un champ structuré. - La saisie dans un champ doit pouvoir être rendue « obligatoire » (passage obligé avant de pouvoir poursuivre la saisie) en fonction d'objectifs précis (exemple : codage, participation à une enquête). L'utilisateur doit pouvoir désactiver cette obligation. - Lorsqu'il détecte un problème de remplissage le logiciel doit afficher automatiquement un message d'alerte clairement visible à l'écran. - Toute donnée saisie doit être automatiquement datée et signée, l'auteur étant identifié par son code d'accès, ou sa carte de professionnel de santé. Seules les personnes habilitées à valider peuvent signer et ainsi valider le bilan médicamenteux optimisé d'entrée ou de sortie. Il en est de même pour l'édition des documents de communication. Toute modification est signée par son auteur. L'identification de la dernière personne ayant signé une information est disponible en « info-bulle ». Un bilan de l'ensemble des modifications du dossier est disponible sur requête. - Les données saisies peuvent être modifiées (correction d'erreurs) mais sans que les données primitives soient perdues, à la fois pour des raisons médico-légales et de sécurité des données (fausse manœuvre).

Liste des tâches

- Un message de rappel doit apparaître « aux valideurs » (médecin et pharmacien), lorsque des documents sont en cours d'instruction (Tout rappel doit pouvoir être désactivé).
- La liste des tâches (dossiers à valider) est disponible indépendamment du dossier patient. Cette liste permet d'accéder à chaque dossier de conciliation en lien avec le dossier patient.
- Un rappel automatique peut être programmé en fonction de plusieurs critères (pour un patient donné, score de risque du patient, etc.). Les rappels doivent pouvoir être programmés pour s'activer à l'ouverture du dossier patient, ou à l'ouverture du fichier.

Intégrité des données

Le système doit disposer d'outils permettant la non altération des données saisies
Le module devra s'assurer à chaque étape de la cohérence et de l'intégrité des données
Une vérification des données reprises sera réalisée au terme du processus chaque processus. En cas d'erreurs et rejets, le prestataire s'engage à traiter les dysfonctionnements constatés.

Ouverture du module et accessibilité du module

- Le dossier comprend plusieurs parties : données administratives, antécédents médicaux, recueil selon les différentes sources, bilan médicamenteux optimisé, ordonnances à l'admission, aide à l'optimisation de la prescription, prescription de sortie, bilan médicamenteux de sortie, etc.
- L'utilisateur doit pouvoir définir la partie sur laquelle s'ouvrent les dossiers : recueil pour les enquêteurs, bilan pour les personnes habilitées.
- Un tableau de bord avec affichage des scores pour le ciblage des patients devra être disponible et pourra servir de porte d'entrée vers les différentes fiches de conciliation (ce ciblage sera réalisé à partir de critères prédéfinis. Exemple : calcul automatisé du score MRCI sur l'OMA ou le nombre de modifications entre le BMO et la prescription de sortie).
- Après avoir saisi l'identifiant du patient, les fiches de conciliation et les documents générés doivent être accessibles à n'importe quel moment et de n'importe quel endroit du dossier.
- L'ouverture d'un dossier peut être déclenchée par la communication avec le DP (sur disponibilité des informations de la carte CPS du professionnel et de la carte vitale du patient).
- Les fiches de conciliation d'entrée et de sortie/transfert doivent pouvoir être ouvertes indépendamment. Il doit être possible de consulter les fiches de conciliation en laissant la prescription du patient ouverte.
- La création d'une nouvelle fiche de conciliation peut être alimentée par une fiche existante. Les informations doivent alors être vérifiées et pouvoir être modifiées.

Rapatriement des informations présentes dans le dossier patient

Lors de la création d'un nouveau document, toutes les informations disponibles (administratives, médicales, et médicamenteuses) par ailleurs seront automatiquement rapatriées du dossier patient.

- Le module doit permettre le report automatique de l'âge, du sexe et du poids du patient sur les différents documents.
- Les données quantitatives (résultats biologiques, poids, tension artérielle, pouls, taille, etc.) doivent pouvoir être visualisées sous forme de tableaux récapitulatifs
- Le module doit permettre l'automatisation de certains calculs (clairance de la créatinine, indice de masse corporel, score de risque iatrogénique, score MRCI, etc.).
- S'ils sont disponibles, les données biologiques sont mises à jour sur les fiches d'aide à l'optimisation de l'ordonnance à l'entrée et de sortie. Les valeurs peuvent dans les autres cas être saisies manuellement
- Les antécédents peuvent être récupérés automatiquement du dossier patient.
- Lorsque la consultation du DP est possible, les données du dossier pharmaceutique devront être intégrées dans une source du recueil.
- Les données de la consultation d'anesthésie concernant les traitements médicamenteux doivent pouvoir alimenter automatiquement le recueil. Autant que possible, il en sera de même pour l'ensemble des sources disponibles stockées dans le DPI (photocopie de l'ordonnance par l'IDE, lettre d'adressage, etc.)

Lien avec les bases de données

- Le module doit pouvoir récupérer des éléments dans une base de données certifiée : La rédaction de la partie médicamenteuse du recueil et du BMO doit faire appel à des listes établies à partir d'une base de données externe largement diffusée au niveau national et régulièrement actualisée. Il doit être possible d'ajouter et de sauvegarder sur un fichier indépendant des médicaments ou des informations supplémentaires ne figurant pas sur les listes. Cette base doit être identique à celle utilisée pour la prescription de l'OMA et de l'ordonnance de sortie.
- Le module doit pouvoir être lié à une base de données interne permettant le codage et l'analyse des données. L'administrateur doit pouvoir enrichir les glossaires et les listes de valeur.
- Les bases de données des médicaments ou listes de choix peuvent être modifiables simplement par les utilisateurs habilités
- Le DPI doit permettre la tenue de l'annuaire des correspondants (médecin traitant et pharmacien référent) avec possibilité d'importer et exporter des données.

Recueil pluridisciplinaire

- Le recueil doit pouvoir être réalisé en simultané par plusieurs personnes
- Les bilans médicamenteux à l'entrée et à la sortie doivent être en permanence disponibles aux médecins et aux pharmaciens. Le statut du bilan doit clairement apparaître en temps réel (recueil pluridisciplinaire en cours, bilan en attente de validation, bilan analysé et validé par le pharmacien, bilan validé par le médecin)
- Le module doit permettre de structurer la saisie lors de l'entretien patient
- Les motifs, les conclusions et les décisions doivent pouvoir être codés : pour chacune de ces catégories de données le logiciel doit proposer deux champs de saisie : un champ libre et un champ structuré.
- Une grille rappelle un certain nombre d'items à saisir, et aide donc l'utilisateur à conduire l'entretien et l'examen clinique
- Les antécédents peuvent être rajoutés ou être modifiés manuellement
- Le dossier doit comporter une histoire médicale actualisée structurée. Pour chaque élément de cette histoire (diagnostic, intervention chirurgicale, problème, etc.) le logiciel doit permettre d'enregistrer : la date, l'auteur de la saisie, la profession).
- La présentation des antécédents médicaux doit être structurée pour favoriser la transmission des données pertinentes à un autre professionnel de santé.
- Les antécédents peuvent être reliés manuellement aux traitements présents sur le bilan médicamenteux optimisé.

Elaboration du bilan médicamenteux optimisé : Expertise

- L'ensemble des recueils permettent l'élaboration du BMO. Le BMO peut être « préparé » par une personne habilitée au recueil
- Afin de guider l'optimisation de l'ordonnance une aide à la décision pourra être proposée : elle repose sur des bases de connaissances intégrées au logiciel. Ex : niveau d'ASMR, l'appartenance à la liste des médicaments à risque (spécifique à l'établissement), si le patient a un âge supérieur ou égal à 75 ans, l'appartenance à la liste des médicaments potentiellement inappropriés à la personne âgée apparaît également. Un témoin visuel automatique peut indiquer de l'existence alerte.
- Lors de la saisie de données dans certains champs (diagnostics ou traitements particuliers par exemple)
- Il doit être possible d'importer ou d'extraire la liste des aides à la décision intégrées à l'outil.

Validation du bilan médicamenteux optimisé et analyse pharmaceutique

- L'ensemble des recueils et le bilan médicamenteux optimisé apparaissent au « valideur »
- Le module d'aide à l'optimisation de la prescription apparaît en regard du bilan
- Le logiciel doit détecter les interactions médicamenteuses entre médicaments figurant sur l'ordonnance, entre les médicaments du jour et les médicaments prescrits au long cours (s'ils sont présents sur le bilan médicamenteux optimisé validé même s'ils ne figurent pas sur l'ordonnance)
- Le logiciel doit détecter les contre-indications (allergie connue au médicament, pathologie), et les situations justifiant des précautions (enfant, personne âgée, femme en âge de procréer, grossesse, allaitement, etc.).
- Le logiciel doit détecter les posologies inhabituelles, ou inhabituelles pour l'âge, le poids, la fonction rénale.
- Ces alertes doivent apparaître pour le pharmacien « valideur »
- La validation du bilan médicamenteux se fait par la signature d'une personne habilitée (pharmacien ou médecin)
- Un témoin coloré indique que le bilan a été validé
- Un lien doit exister avec le module d'analyse pharmaceutique

Lien avec la prescription hospitalière

- Au moment de la prescription, le médecin est clairement informé de la disponibilité d'un bilan médicamenteux analysé et validé par le pharmacien. Sur ce bilan est visible à la fois les différents recueils et la synthèse réalisée.
 - En cas de conciliation proactive, le bilan validé par le pharmacien peut servir de base pour la prescription à l'admission via une fonctionnalité « Récupérer le bilan médicamenteux à l'admission pour établir la prescription ».
- La prescription ainsi générée peut être modifiée et doit dans tous les cas être validé par le médecin par signature.

Analyse médico-pharmaceutique : confrontation des divergences à l'entrée

- Une comparaison est effectuée entre le bilan médicamenteux optimisé et la prescription hospitalière à l'admission : chaque médicament est mis en regard.
 - Les lignes identiques sont identifiées « Continué »
 - Le logiciel sait reconnaître les médicaments génériques et les associe aux traitements de référence. Des équivalences non strictes doivent aussi être envisagées : dans ce cas, une association par code ATC de niveau 4 peut être retenue. Si un traitement d'un même groupe (code ATC ou groupe générique) est retrouvé, la ligne sera identifiée « Substitué » par rapport au livret de l'établissement.
 - S'il existe une différence (produit, dosage, posologie, rythme), la ligne sera identifiée « Modifié »
 - Les lignes non retrouvées dans la prescription hospitalière sont notées par défaut « Suspendu »
 - Le pharmacien s'engage à vérifier chaque identification de ligne. Il peut modifier une ligne manuellement s'il estime que l'association est erronée.
- Les lignes ajoutées dans l'ordonnance à l'admission seront identifiées « Ajoutées ».
- Des champs pour caractériser les divergences et leurs devenir doivent être remplis manuellement par le pharmacien.
 - Toutes les lignes identifiées « Modifié » ou « Ajouté » devront être caractérisées en « divergence intentionnelle » (« DI ») ou « divergences non intentionnelles » (« DNI »). Dans le cas d'une « DNI » la cause devra être précisée.
 - Une IP se génère automatiquement dans une fenêtre sous la forme « CONCILIATION : divergence identifiée : ... ». Cette formulation est à compléter manuellement avant envoi au prescripteur dans la prescription hospitalière.
 - Un bilan médicamenteux optimisé incluant les interventions pharmaceutiques peut être généré et archivé dans le dossier du patient.

Lien avec l'analyse pharmaceutique

- La liste des différentes IP réalisées pendant l'hospitalisation et leur devenir pourront éventuellement être affichés au moment de la conciliation de sortie pour assurer le continuum pharmaceutique

Bilan médicamenteux optimisé de sortie

- Lorsqu'une fiche de conciliation d'entrée est validée, le contenu alimente la conciliation de sortie de façon automatique. La conciliation de sortie peut être modifiée manuellement par une personne habilitée notamment avec les ajouts de traitement durant l'hospitalisation.
- Un résumé des prescriptions (et des différentes interventions pharmaceutiques) faites pendant l'hospitalisation doit apparaître lors de la conciliation de sortie
- Le logiciel doit détecter les interactions médicamenteuses entre médicaments figurant sur l'ordonnance, entre les médicaments du jour et les médicaments prescrits au long cours (s'ils sont présents sur le bilan médicamenteux optimisé et validé même s'ils ne figurent pas sur l'ordonnance)
- Le logiciel doit détecter les contre-indications (allergie, intolérance individuelle connue au médicament, pathologie), et les situations justifiant des précautions (enfant, personne âgée, femme en âge de procréer, les posologies inhabituelles, ou inhabituelles pour l'âge, le poids, la fonction rénale).
- Le logiciel doit permettre d'afficher le coût par jour journalier de traitement des médicaments prescrit. Celui-ci est calculé à partir des bases de données régulièrement mis à jour. La notion d'appartenance ou non au répertoire des génériques est également disponible pour la conciliation de sortie.
- Le logiciel doit calculer le coût total et la part remboursée de l'ordonnance de sortie. Ce résultat doit être mémorisable (objectif de maîtrise des PHMEV).
- Le logiciel doit proposer une aide à l'utilisation des génériques sous la forme, par exemple, d'une ordonnance alternative de sortie moins chère. Ces alternatives doivent également remonter lors du bilan médicamenteux de sortie
- Le logiciel doit pouvoir afficher à la demande des aides à la décision telles que des recommandations de pratique, niveau d'ASMR, appartenance à une liste des médicaments à risque ou médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées, appartenance au répertoire des génériques, prix, remboursement, etc. La visibilité de ces informations est paramétrable pour chaque utilisateur.

Lien avec la prescription de sortie

- Un résumé des prescriptions doit apparaître lors de la conciliation de sortie
- La validation du bilan médicamenteux de sortie permet d'alimenter la partie « prescription médicamenteuse » du document de sortie

Analyse médico-pharmaceutique : Confrontation des divergences à la sortie/transfert

Le même principe qu'à l'entrée doit être appliqué

Edition d'un document de communication avec les professionnels de santé et le patient

- Le logiciel doit proposer des modèles de lettres type, auxquels l'utilisateur doit pouvoir ajouter ses propres modèles.
- Les identifiants en tête de chaque document doivent être *a minima* le nom, le prénom et la date de naissance du patient, ainsi que le nom, le prénom, le service et le numéro RPPS du « valideur »
- Il doit être possible de choisir et modifier aisément la présentation des documents.
- Il doit être possible de visualiser les documents à l'écran avant impression.
- Le logiciel doit permettre d'éditer différents formats de bilan médicamenteux de sortie, ainsi que des duplicatas avec date d'origine.
- Le logiciel doit permettre la transmission des documents de sortie par messagerie sécurisée. L'édition des documents de sortie génère 3 documents différents pour les 3 destinataires : le patient, le médecin traitant/ou « adresseur » et le pharmacien d'officine. Ces destinataires sont identifiés à partir des informations administratives déversées automatiquement par le DPI ou saisis manuellement et apparaissent en tête du document. Les documents sont ensuite transmis par messagerie sécurisée.
- En cas d'indisponibilité des informations, un libellé générique décrivant le destinataire est renseigné et les documents sont transmis via le patient.

Lien avec le document de sortie

- Les documents de sortie, lettre de liaison et compte-rendu d'hospitalisation doivent pouvoir être alimentés à partir des données générées lors de la conciliation d'entrée et de sortie selon le modèle HAS :

Médicaments habituels avant l'admission	Médicaments à la sortie	Commentaires
<p>Nom (DCI OU de marque/générique) ; Dosage ; Dose ; Voie(s) d'administration ; Fréquence Il est recommandé de présenter les médicaments par domaine pathologique</p>	<p>- « idem » si pas de changement ; - réécrire si modifications dans traitement ; - préciser « Arrêt » si arrêt</p>	<p>- Date d'arrêt (ou durée) pour les médicaments pas au long cours (notamment chimio et antibio) - Justification de l'arrêt, de la suspension temporaire, de la modification d'un traitement ou de la mise en place d'un nouveau traitement au cours de l'hospitalisation - Cible à atteindre en termes de dose en cas de titration progressive ou de paramètre de suivi (par ex. INR) - Préciser « essai thérapeutique » le cas échéant</p>
<p>D</p> <p>Implémentation automatique à partir du recueil</p>	<p>Implémentation automatique à partir du formulaire de conciliation de sortie</p>	<p>Implémentation automatique à partir du formulaire de 2 formulaires de conciliation</p>

Archivage dans le dossier patient

- Les différents documents créés doivent être archivés dans le dossier patient. Le statut de validation doit clairement apparaître. Si le document n'est pas validé, il apparaît à part dans un dossier « pour analyse et validation ». Si le document est validé, il apparaît avec l'ensemble des documents (CR opératoire, CR d'hospitalisation, lettre de liaison, etc.)
- Le logiciel doit proposer une aide à l'archivage des documents papier. Au moment du recueil d'information, des ordonnances ou des lettres de médecins ambulatoires peuvent être scannées et archivées dans la partie recueil.
- Le logiciel doit proposer l'archivage des dossiers de conciliation qui sont considéré comme obsolète. Le motif de l'archivage doit pouvoir être enregistré (données erronées).

Requêtes et analyses statistiques

- Cette fonctionnalité est essentielle pour décrire les pratiques et faciliter l'auto évaluation
- L'outil doit permettre d'effectuer des requêtes, simples ou multicritères.
- Les requêtes doivent pouvoir être générées par l'utilisateur ou importées.
- Les données extraites par une requête doivent pouvoir être anonymisées et exportées.
- Il doit être possible d'exporter des dossiers de conciliation vers des logiciels bureautiques, ou de traitement statistique.
- Une base de données des dossiers de conciliation et des variables de suivi est générée automatiquement sur un tableau de bord, disponible à la pharmacie (voir annexe XIII). Cette base est exportable sous format Excel pour une analyse statistique et calcul d'indicateurs.
- Une extraction de l'ensemble des données de conciliation détaillées par patient est possible

Accessibilité des actions (selon les recommandations SFPC)

A l'entrée du patient

Recherche active d'informations sur les médicaments du patient : Préparateur en pharmacie, Etudiant hospitalier en pharmacie, Interne en médecine ou pharmacie, Pharmacien, IDE, Etudiant en médecine, Interne en médecine, Médecin

Réalisation du BMO :

- Formalisation du bilan médicamenteux : Etudiant hospitalier en pharmacie, Préparateur en pharmacie, Infirmier, Interne en pharmacie, Pharmacien
 - Validation du BMO : Pharmacien, Médecin, Interne en pharmacie/médecine par délégation
- Actualisation de la prescription médicamenteuse et du dossier patient :
- Gestion des divergences : Interne en pharmacie, Pharmacien et Interne en médecine, Médecin
 - Enregistrement dossier patient / prescription : Interne en médecine, Médecin

A la sortie du patient

Recherche active d'informations sur les médicaments du patient : Interne en médecine, Médecin

Formalisation d'un bilan médicamenteux associé à des informations thérapeutiques

- Elaboration du bilan médicamenteux : Interne en médecine, Médecin
- Validation du bilan médicamenteux : Interne en pharmacie, Pharmacien, Interne en médecine, Médecin

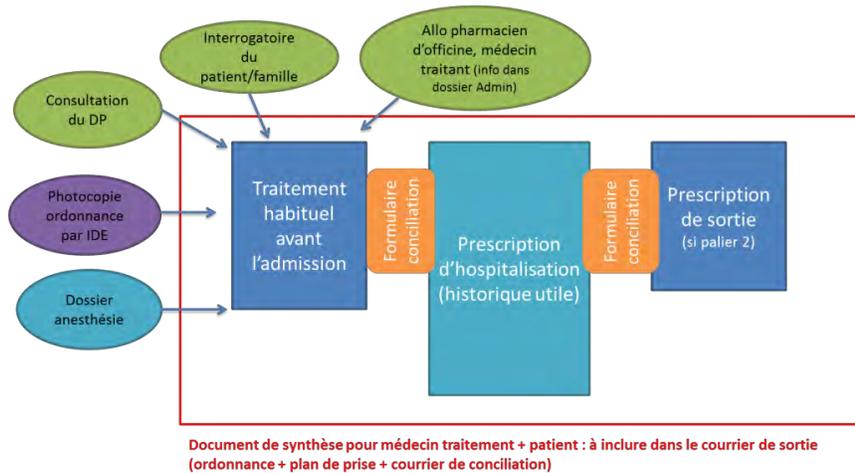
Rédaction de la prescription de sortie avec transmission sécurisée de l'information

- Rédaction de la prescription de sortie : Médecin
- Entretien patient : Interne en pharmacie, Pharmacien et Interne en médecine, Médecin
- Transmission professionnels de santé : Secrétaire médicale, IDE, Etudiant hospitalier en pharmacie, Interne en médecine ou pharmacie, Médecin, Pharmacien

Evolution du logiciel Orbis®, LAP du CHU de Toulouse

Le module de conciliation pourrait être élaboré à partir de la structure existante du logiciel selon le schéma suivant :

Figure 14: Proposition d'évolution du logiciel Orbis® pour intégrer la conciliation médicamenteuse



Il existe 3 types de prescriptions : la prescription à l'admission, la prescription d'hospitalisation, la prescription de sortie.

La prescription à l'admission pourrait être renommée « recueil du traitement habituel du patient » et devenir accessible aux différents acteurs intervenants dans le recueil.

Des formulaires, sur le modèle des grilles de conciliation déjà décrites, pourraient faire le lien entre traitement habituel et la première prescription d'hospitalisation (OMA) d'une part, et entre la dernière prescription d'hospitalisation et la prescription de sortie d'autre part.

Certaines sources de traitement pourraient être automatisées ou enregistrées :

- Les données administratives :

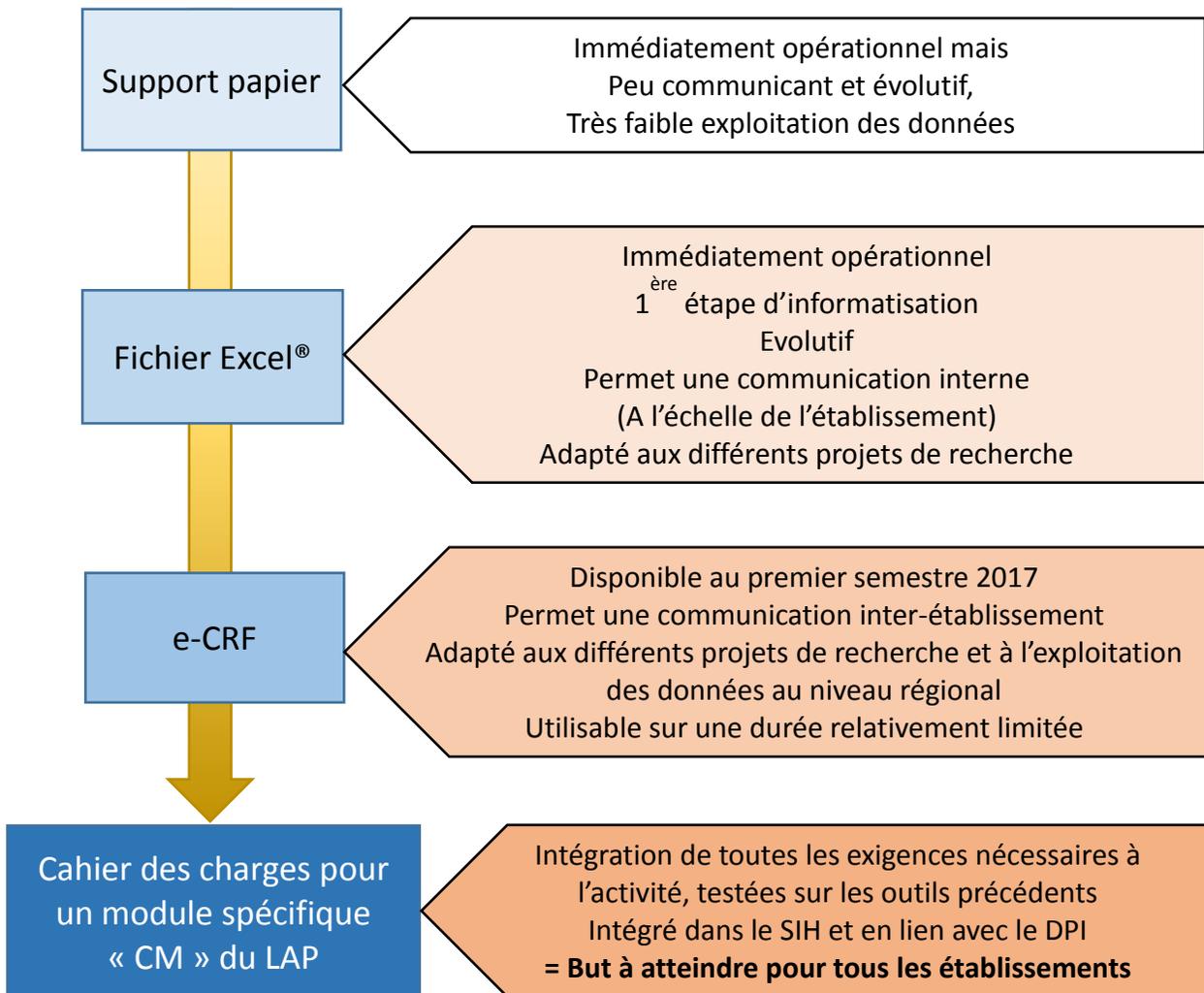
- Saisie par l'agent d'accueil/IDE d'accueil à l'entrée du patient. Dans ce recueil il faudrait ajouter un champ pour le pharmacien d'officine,
- Recueil de données IDE : il pourrait être ajouté un champ pour le médecin traitant et du pharmacien d'officine,
- Données permanentes du dossier patient.

- Les traitements médicamenteux :

- Lien avec le DP,
- Consultation pré-anesthésie,
- Photocopie de l'ordonnance d'IDE.

La démarche d'élaboration des outils supports de la CM, proposés aux établissements de la région selon leurs besoins et leur niveau d'avancement, est décrite dans le schéma ci-dessous.

Figure 15: Les outils supports de la conciliation médicamenteuse



II. Traitements des données et valorisation des activités de conciliation médicamenteuse

A. Test de l'outil d'enregistrement et d'analyse déconnecté du processus de prise en charge, sur 200 conciliations d'entrée

Dans cette partie sont présentés les résultats de l'étude visant à tester l'outil Excel de recueil de la conciliation et d'analyse dans sa première version.

1. Objectifs de l'étude

L'objectif était de faire un test de fonctionnalité et de faisabilité de l'enregistrement des conciliations médicamenteuses sur l'outil d'enregistrement. L'ergonomie et la compréhension de celui-ci ont également été testées. Enfin il s'agissait d'appréhender comment exploiter les données et travailler les indicateurs de suivi.

2. Matériel et méthode

L'expérimentation s'est réalisée au mois de février 2016 sur l'ensemble des pôles sur le site de l'hôpital Rangueil. Un échantillon aléatoire des conciliations d'entrée réalisées pendant un mois dans chaque pôle a été sélectionné. Il n'y avait pas de critère d'inclusion particulier. Les fiches de conciliation ne comportant qu'un recueil d'informations, sans BMO ni OMA ont été exclues. Au total 200 fiches papiers de CM à l'entrée ont été saisies *a posteriori* dans l'outil Excel par un interne et des externes de la CoMéDiMS du CHU de Toulouse.

La première étape a été de faire un test de compréhension de l'outil par des externes « naïfs » de la CoMéDiMS. Suite aux différents retours, les fonctionnalités ont été améliorées en temps réel.

Les informations manquantes du fait du manque de traçabilité et la cohérence des données ont été vérifiées à partir du LAP Orbis®. Un croisement avec une extraction des interventions pharmaceutiques a également été effectué en vue de recueillir un maximum de DNI interceptées ainsi que les décisions prises par les médecins. L'évaluation de l'impact clinique a été réalisé selon la méthodologie Med'Rec, validée SFPC décrite en annexe XI. Le contexte clinique a été pris en compte à partir des données présentes dans le dossier patient.

Les résultats ont été analysés de façon macroscopique par l'analyse des indicateurs de suivi automatisé, ainsi qu'à une échelle « micro » avec l'analyse détaillée des prescriptions.

Les analyses statistiques ont été réalisées sur le logiciel Excel®. Les intervalles de confiance ainsi qu'un test de corrélation de Person au seuil $\alpha=0,05$ ont été utilisés.

La description des services analysés et patients sont disponibles dans le tableau suivant.

Tableau 14 : Description des services cliniques et des patients analysés

Pôle	UA	Nombre d'entrées (*dont >=75 ans)	Nombre de JH (*dont >=75 ans)	Age moyen	Nombre de conciliations saisies
Chirurgie vasculaire	Chirurgie vasculaire 42 (2255)	134 (37)	658 (262)	64	21 (sur une trentaine d'exploitables : 70%)
Pneumologie	Pneumo 2A, 2B, 3B (1055, 1153, 1172)	259 (33)	1792 (291)	55	20 (100%)
Gastro-entérologie	Gastro-entérologie 63 (1166)	165 (41)	800 (224)	60	49 (100%)
Post-urgences gériatriques	PUG Rangueil (3114)	150 (142)	688 (652)	86	60 (sur 105 : 57%)
Néphrologie	HC néphrologie (1235)	165 (42)	760 (315)	62	50 (sur 72 : 70%)

3. Résultats

- **Qualité de la traçabilité, temps de saisie informatique, et ergonomie de l'outil :**

Chaque fiche a nécessité environ 10 min de saisie et 10 min de recherche des éléments manquants dans le dossier du patient. Ce temps a été relativement variable selon les cas (entre 1 et 30 min), du fait d'une traçabilité des informations très variables entre les pôles et surtout entre les externes remplissant les fiches papier. La qualité de l'écriture a également été un frein dans certains cas. Les externes de la CoMéDiMS n'ont pas eu de problème de compréhension de la fonctionnalité de l'outil dès la première utilisation.

- **Caractéristiques de la population de l'étude :**

Deux cents patients ont été inclus. L'âge moyen était de 70 +/- 2,5 ans [15 ; 100]. La durée moyenne de séjour constatée était de 5,1 jours +/- 0,6 [0 ; 20]. Quarante-cinq pourcents des patients étaient polymédiqués, c'est-à-dire avaient plus de 5 lignes de traitement sur leur BMO. Le nombre moyen de médicaments sur le BMO était de 8,8 +/- 0,6 [0 ; 18]. Le nombre moyen de médicaments sur la prescription d'entrée (OMA) était de 8,2 +/- 0,5 [0 ; 18]. Les patients étudiés vivaient à 89% à domicile avant leur hospitalisation. La moitié d'entre eux sont entrés par les urgences.

Tableau 15 : Données patient détaillées par pôle

	Nombre de patients	Age	Polymédication	Nombre de lignes BMO	Nombre de lignes OMA	Lieu de vie domicile	Mode d'entrée urgences	Nombre de patients >75 ans, polymédiqués, urgences
Chirurgie vasculaire	21	63 +/- 5,8 [34;83]	71%	7,4 +/-1,8 [0;15]	10 +/-1,6 [3;18]	100%	10%	0%
Pneumologie	20	67 +/- 9,2 [15;94]	95%	9,8 +/-1,6 [4;17]	8,1 +/-1,3 [3;12]	90%	40%	25%
Gastro-entérologie	49	63 +/- 5,9 [18;95]	78%	8,4 +/-1,4 [0;18]	7,2 +/-1 [1;17]	92%	35%	14%
Post-urgences gériatriques	60	85 +/- 2,0 [64;100]	92%	9,4 +/-1 [2;18]	7,9 +/-0,8 [0;16]	78%	98%	85%
Néphrologie	50	65 +/- 4,5 [20;89]	86%	8,7 +/-1,1 [0;18]	8,7 +/-0,9 [4;17]	94%	26%	12%

Ces résultats ont dû être interprétés par chaque pôle en fonction des critères de sélection utilisés.

Nous pouvons remarquer que le critère de sélection « patient plus de 75ans, entrée par les urgences, et polymédiqué » ne présentait qu'une faible part des patients (entre 0% et 85% suivant les pôles).

- **Résultats du processus de conciliation :**

Un peu plus de la moitié des patients ont fait l'objet d'un BMO validé par un pharmacien dans les 24h après leur admission (52,5%). Pour sept patients, il n'a pas été retrouvé de trace d'analyse de divergences après la réalisation de leur BMO. Ils ne sont donc pas considérés comme conciliés. Quarante-quatre pourcents des patients conciliés, l'ont été dans les 24h suivant leur admission (44,5%). Le BMO a été établi en moyenne en 2,6 jours et la conciliation en 3,1 jours.

Tableau 16 : Résultats du processus de conciliation

	Nombre de BMO réalisés	Nombre de BMO < 24h suivant l'admission*	Nombre de BMO > 24h suivant l'admission*	Nombre de patients conciliés**	Nombre de patients conciliés*** < 24h
Chirurgie vasculaire	21	10	11	19	11
Pneumologie	20	11	9	20	10
Gastro-entérologie	49	33	16	47	26
Néphrologie	50	29	21	49	27
Post-urgences gériatriques	60	22	38	58	15
Total	200	105 (52,5%)	95	193	89 (44,5%)

* Selon date indiquée sur le BMO

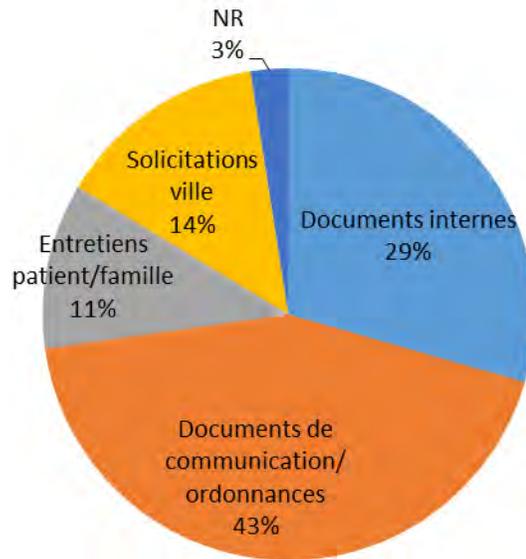
** si BMO et OMA renseignés

*** selon date indiquée pour l'analyse + date Intervention Pharmaceutique le cas échéant

	Nombre de BMO	Nombre moyen de sources	% Entretien patient	Délai moyen BMO (jours)*	Nombre de conciliations complètes***	Délai moyen conciliation (jours)***
Chirurgie vasculaire	21	0,5	0%	1,6	19	3,2
Pneumologie	20	2,4	40%	3,7	20	3,7
Gastro-entérologie	49	2,3	61%	1,9	47	2,4
Néphrologie	50	1,5	66%	3,6	49	4,5
Post-urgences gériatriques	60	2,8	72%	2,2	58	2,4
Total général	200	2,1	57%	2,6	193	3,1

Le nombre moyen de sources était de 2,1 par patient. Le pourcentage d'entretien patient était très variable suivant les pôles avec un taux moyen à 57%. Les sources des données recueillies pour la construction du BMO étaient à 43% des documents venant de la ville (lettre d'adressage, ordonnances), à 29% des documents internes au CHU (compte-rendu d'une hospitalisation précédente), à 14% une sollicitation des professionnels de santé de ville (en particulier le pharmacien d'officine), à 11% un entretien avec le patient ou la famille. Les 3% restant n'avaient pas de sources renseignés (données manquantes).

Figure 16 : Répartition des sources du recueil



Il est à noter que la pharmacie d'officine habituelle du patient était identifiée dans 42% des cas sur la fiche conciliation

Au total, 8,1 modifications par patient ont été constatées. Les types de modification étaient les suivantes : 38% des modifications étaient des ajouts, 37% étaient des arrêts ou suspensions de traitements (sans distinction), 16% étaient des lignes de traitements modifiées en terme de posologie ou de rythme d'administration et enfin 9% des ont été des substitutions vers des spécialités présentes au livret de l'établissement.

Figure 17: Répartition des types de modifications entre le BMO et l'OMA

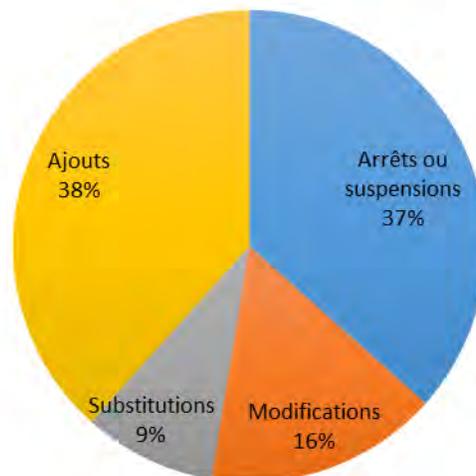
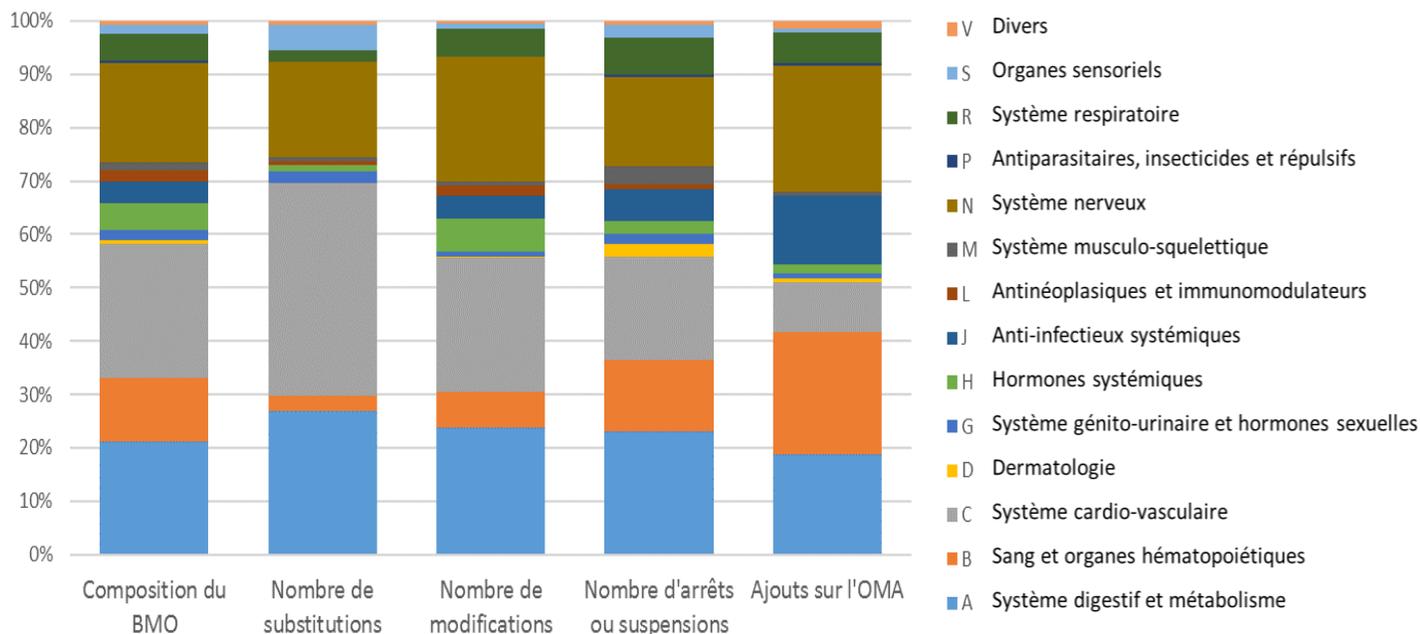


Figure 18: Les principales classes pharmaceutiques des médicaments modifiés



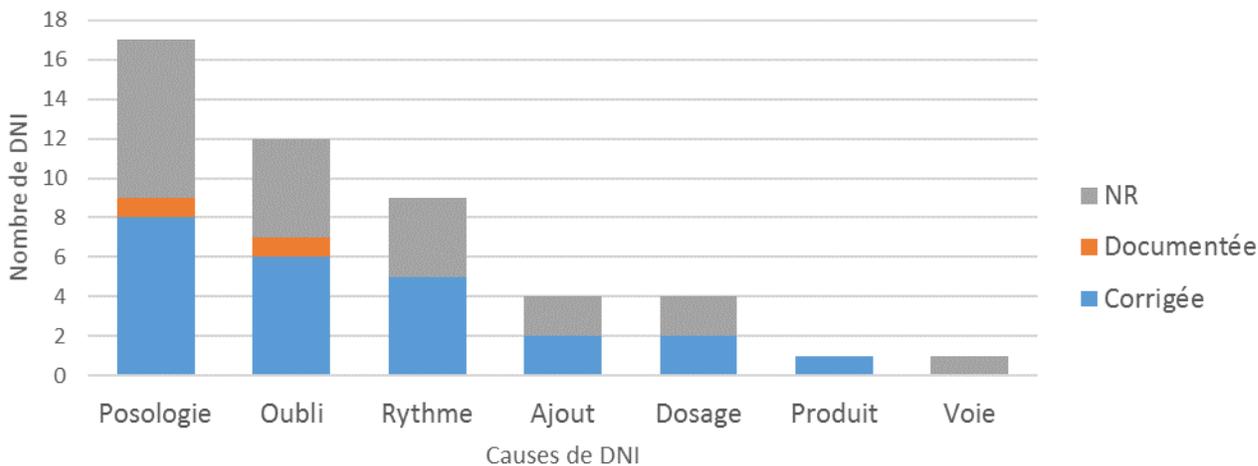
• **Analyse des divergences :**

Nous avons constaté en moyenne 7,1 divergences par patient (ajouts, arrêts ou suspensions, modifications) dont 0,2 divergence jugée non intentionnelle par patient. Au total 17% des patients avaient au moins 1 DNI (33/193).

Les causes des DNI étaient principalement des erreurs de posologie, d'oubli ou de rythme d'administration.

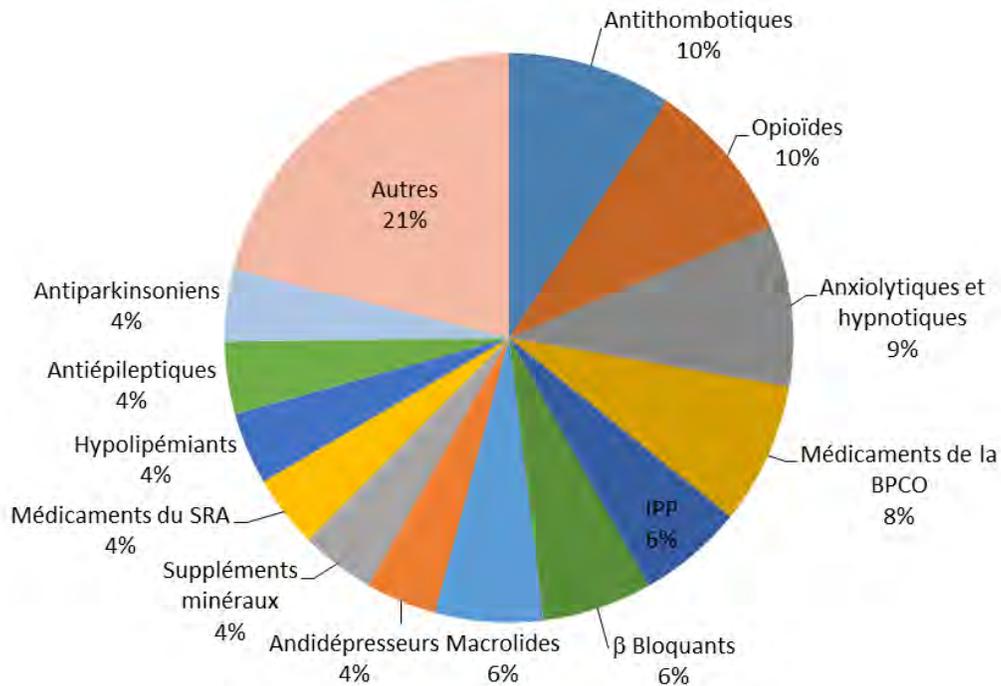
Parmi les DNI : 46% ont été corrigées après intervention du pharmacien, 4% ont été conservées mais « argumentées », et enfin pour 52% des cas la décision n'a pas été retrouvée.

Figure 19 : Types et devenir des DNI



Les principales classes pharmaceutiques impactées par les DNI étaient :

Figure 20 : Classes pharmaceutiques impactées par les DNI



BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
SRA : Système rénine angiotensine

Lorsque l'on étudie le lien entre les DNI et la polymédication, il est retrouvé une corrélation d'intensité moyenne ($\rho=0,23$) mais significative. Ce lien est variable en fonction des pôles :

- Pneumologie : forte corrélation
- Digestif : corrélation d'intensité moyenne
- Autres pôles : absence de lien significatif

Tableau 17 : Corrélation entre le nombre de lignes de médicament et les DNI

Pôle	Nombre d'observations	Coef de corrélation (Pearson)	p-value
Chirurgie vasculaire	19	0,086	0,719
Pneumologie	20	0,535	0,015
Gastro-entérologie	47	0,424	0,003
Post-urgences gériatriques	58	0,123	0,357
Néphrologie	49	-0,035	0,814
Total général	193	0,231	0,001

- **Analyse de l'impact clinique :**

La moitié (50%) des divergences non intentionnelles auraient pu avoir un impact au moins significatif (24/48) sur la santé du patient selon l'échelle de cotation utilisée. Quarante-six pourcents des divergences avec un impact clinique avec IC au moins significatif ont été corrigées. Les 3 DNI avec un impact clinique critique pour le patient ont été corrigés par le médecin à l'issue de l'analyse des divergences.

Figure 21 : Répartition des impacts cliniques des DNI

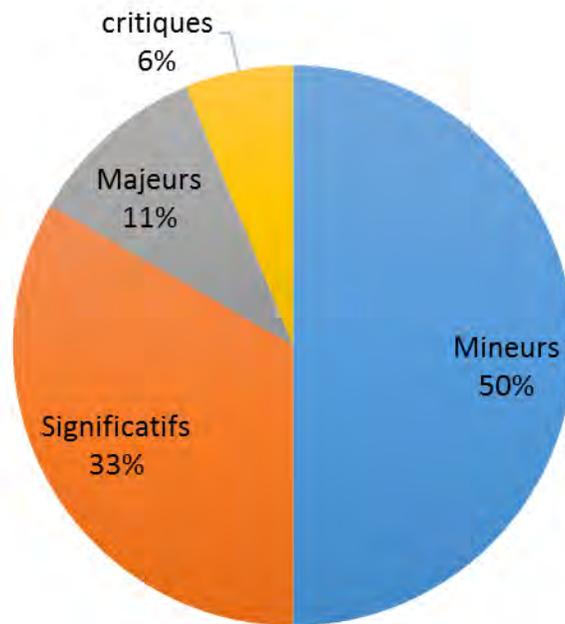


Tableau 18: Criticités des impacts cliniques (IC) des DNI

Pôle	IC mineures	IC significatifs	IC majeures	IC critiques	Total général
Chirurgie vasculaire	6	3	-	-	9
Pneumologie	6	4	1	3	14
Gastro-entérologie	7	7	3	-	17
Post-urgences gériatriques	4	2	1	-	7
Néphrologie	1	-	-	-	1
Total général	24	16	5	3	48
% de correction (tracées)	46%	60%	40%	100%	46%

Le détail des divergences non intentionnelles et des classes médicamenteuses impactées par pôle sont disponibles en annexe XIV.

- **Analyses et optimisations des prescriptions :**

Près de la moitié des patients (94 patients soit 47%) avaient au moins un médicament à risque sur le BMO. La moitié des patients âgés de plus de 75 ans (n=103) avaient au moins 1 médicament inapproprié (50%). Le taux de médicaments potentiellement inappropriés à l'entrée était de 0,7 par patient.

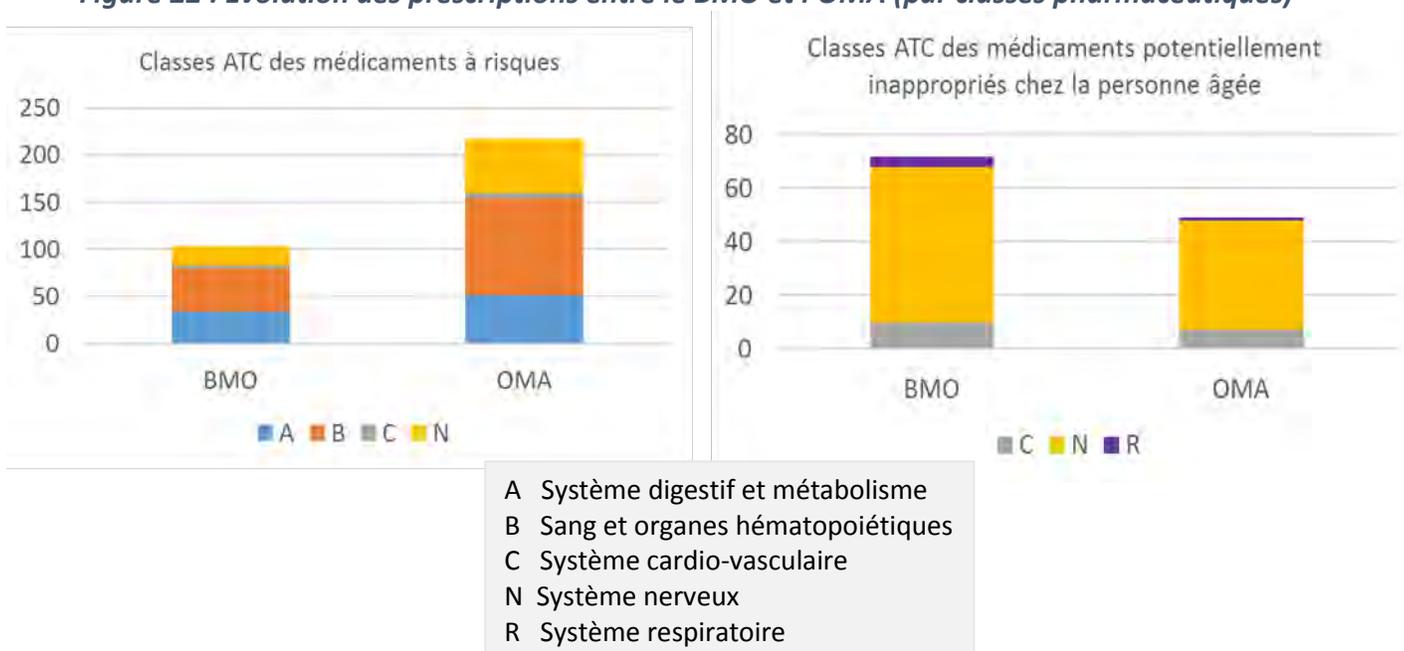
Entre le BMO et l'OMA le nombre de médicaments prescrits a diminué de 18%. Le nombre de médicaments à risque a augmenté de 60% (notamment lié aux passages sous insuline, ou prescription de médicaments d'urgence), et le nombre de médicaments potentiellement inappropriés a diminué de 32% (lié ou non à une intervention pharmaceutique).

Tableau 19 : Evolution des prescriptions entre le BMO et l'OMA

Nombre de médicaments		Nombre de médicaments à risque		Nombre de médicaments potentiellement inappropriés	
BMO	OMA	BMO	OMA	BMO	OMA
1005	821 (-18%)	136	217 (+60%)	72	49 (-32%)

Il est à noter que 38 lignes de traitement à l'entrée ont été optimisées à l'entrée hors processus de conciliation (identifié par l'extraction des interventions pharmaceutiques enregistrées dans le LAP).

Figure 22 : Evolution des prescriptions entre le BMO et l'OMA (par classes pharmaceutiques)



4. Discussion

Cette étude a permis de tester l'outil élaboré. Elle n'avait pas pour vocation d'analyser la pratique. De ce fait, les résultats ne sont donnés qu'à titre indicatif et ceux pour plusieurs raisons :

- les pôles sélectionnés étaient très variables entre eux,
- il s'agissait dans de nombreux services de la mise en place de l'activité,
- les fiches de conciliation ont été tirées au hasard, mais certaines non exploitables, ont dû être exclues de l'analyse,
- la traçabilité des informations n'était que partielle par le manque d'application de certains externes en pharmacie ou plus logiquement par le traitement en temps réel des divergences avec l'équipe médicale sans traçabilité *a posteriori*.

L'étude s'est basée sur l'activité de conciliation à l'entrée. Ainsi, l'impact économique des divergences non intentionnelles, corrigées ou non, n'a pas été évalué.

Le temps consacré à la conciliation (recueil et analyse des divergences) n'a pas pu être estimé du fait de la saisie des fiches par une personne extérieure. Or le temps de recueil retrouvé dans l'expérimentation Med'Rec[79] était d'environ 30 min et 10 min pour la gestion médico-pharmaceutique des divergences. Dans une autre étude, le temps consacré à la conciliation était de 48,9+/-3,6 min[32]. Ce point est important à relever pour évaluer les ressources nécessaires. Elle n'a pas permis d'évaluer l'accueil des utilisateurs dans sa première version.

Par rapport aux résultats de la littérature et de l'expérimentation Med'Rec, le taux de divergences non intentionnelles (0,2 par patient) est relativement faible mais reste comparable. Le nombre de patients ayant au moins une DNI à l'entrée est de 17% contre 20 à 30% dans la littérature. Les taux de correction à 46% sur le total des DNI et de 68% des DNI jugée au moins majeures paraissent également faibles. Ceux-ci sont à relativiser et peuvent être expliqués par une faible traçabilité des divergences et des décisions. Les types de DNI sont comme dans les différentes expérimentations, principalement des erreurs de dosage et des omissions.

Dans la littérature, le risque de divergences est lié à la prise de médicaments à visée cardiovasculaire qui sont les plus prescrits, ce que nous avons également observé. En proportion, ce sont néanmoins les médicaments à visée ophtalmologique, ORL, gynécologique et urologique qui sont les plus concernés. [9;10;63]. Le profil est relativement différent dans notre étude mais n'est pas significatif par rapport au faible nombre de DNI. Le nombre important de modifications entre le BMO et l'OMA (8 modifications dont 7 divergences pour en moyenne 6 lignes de traitement sur le BMO) pose la question de l'accompagnement de ces modifications à

la sortie, ou la reprise des traitements antérieurs, mettant en évidence la nécessité d'une conciliation de sortie.

Le temps de saisie sur l'informatique a été d'environ 10 minutes : ce temps sera réduit si celle-ci est effectuée en direct par chacun des acteurs.

L'outil est paru intuitif dans son utilisation et possède une grande capacité d'exploitation. Il sert de support pratique pour la réalisation de l'activité. Après un temps de formation et une prise en main, il va permettre de gagner du temps (saisie simplifiée, présentation poussant à l'exhaustivité des données, élaboration de fiches prêtes à l'impression, extraction et analyse automatique des données). La création d'une base de données patients permet également de pouvoir répondre à un certain nombre de questions sur le profil des patients et des traitements conciliés, afin de déterminer comment cibler efficacement des patients/médicaments à risques. Cependant, ce temps ne sera vraiment optimisé que si l'implémentation peut se faire en direct dans le service, en évitant le recopiage de fiches papiers générateur d'erreurs. Ceci suppose la disponibilité d'ordinateur ou de tablette dans les services de soins. Une organisation est donc à trouver pour éviter les pertes de temps.

La flexibilité d'Excel permet de faire rapidement évoluer le support pour répondre à un besoin ou à une question de recherche. Son expérimentation a permis de déterminer les besoins nécessaires à l'activité et devant être intégrés dans le cahier des charges pour l'évolution du LAP.

5. Conclusion de l'étude de faisabilité

Cet instrument est adapté pour la mise en place de la CM, et peut être utilisé dans un but de support de conciliation mais aussi d'évaluation de la pratique. Ceci est particulièrement utile dans une période de réorganisation d'activités pour trouver le fonctionnement le plus efficient des organisations de soins.

Suite à cette étude, l'outil a été optimisé dans sa présentation et a été mis à disposition des équipes pharmaceutiques de pôle. Parmi elle, 4 l'utilisent maintenant comme support de leur activité quotidienne (urologie-néphrologie, respiratoire, gynécologie et psychiatrie). Il est également prêt à répondre aux exigences des différents projets de déploiement et de recherche et va être proposé aux différents établissements de la région participants au projet de déploiement de la CM.

B. Sélection d'indicateurs

Un indicateur est une variable qui décrit un élément de situation ou une évolution d'un point de vue quantitatif. C'est un outil d'aide à la décision, dont l'utilisation s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif et se situe dans un contexte donné. L'indicateur n'a d'intérêt que par les choix qu'il aide à faire dans ce cadre[122].

1. Type d'indicateurs et retours d'expérience

a) Construction d'un indicateur et mesure de sa qualité

Un indicateur doit être simple et acceptable. Il doit être facile à élaborer, à recueillir et calculer, être compréhensible et compris de la même façon par tous les acteurs, provenir de recommandations professionnelles, validés par des représentants professionnels

Il doit répondre à un cahier des charges recensant l'ensemble des informations nécessaires, après avoir vérifié leur disponibilité, leur fiabilité et leur pérennité.

Un indicateur doit être pertinent : il doit pouvoir refléter ce qu'il est censé mesurer (validité) et permettre d'identifier, de façon simple, les problèmes à résoudre et pour lesquels des actions de prévention ou de correction existent (pertinence). Il doit être également faisable et fiable (reproductibilité).

Enfin un indicateur doit être comparable et améliorable : la comparaison des résultats dans le temps objective l'évolution du processus mesuré.

Le recueil des données nécessaire au calcul de l'indicateur se fait à partir d'une grille de recueil standardisée avec les consignes de remplissage, dispositifs indispensables pour la reproductibilité de la mesure.

La mise en œuvre de la CM doit être assortie d'indicateurs de différents types pour plusieurs raisons :

- le suivi de l'activité en routine
- la comparaison de l'efficacité des différentes organisations
- l'objectivation des résultats dans un contexte de recherche clinique
- la production d'éléments factuels pouvant être utilisés par les décideurs/financeurs afin de pérenniser une nouvelle pratique

Dans le cadre de l'expérimentation MED'REC, plusieurs indicateurs OMS ont été mis en place permettant de la performance et l'impact de la CM. Ces indicateurs sont détaillés dans le tableau suivant.

Tableau 20 : Indicateurs utilisés ou issus de l'expérimentation Med'Rec

Indicateur		Description	Objectif	Cible à atteindre
MR1	<i>% de patients ayant bénéficié d'une conciliation des traitements médicamenteux dans les 24H de l'admission</i>	= Nombre de patients conciliés dans les 24h / Nombre de patients éligibles	Permet de mesurer la performance	100%
MR2	<i>Nombre moyen de divergences non documentées intentionnelles, non résolues par patient</i>	= Nombre de divergences non documentées intentionnelles non résolues après conciliation / Nombre de patients conciliés dans les 24h	Mesure la traçabilité de l'information associée à l'OMA	0
MR3	<i>Nombre moyen de divergences non intentionnelles non résolues par patient</i>	= Nombre de divergences non documentées non intentionnelles non résolues après conciliation / Nombre de patients conciliés dans les 24h	Mesure l'impact de la conciliation	< 0.3 EM/patient
MR4	<i>% de patients ayant au moins une divergence non intentionnelle</i>	= Nombre de patients ayant au moins 1 divergence non documentée non intentionnelle non résolue / Nombre de patients conciliés dans les 24h	Mesure l'impact de la conciliation	0

En complément des indicateurs OMS, d'autres ont été adoptés permettant d'évaluer :

- l'implantation de la conciliation dans les établissements [I1] et [I3].
- l'impact de la conciliation sur la prise en charge médicamenteuse des patients [I2].

I1 = nombre de patients conciliés x 100 / nombre de patients éligibles

I2 = nombre de patients conciliés avec ≥ 1 EM corrigée x 100 / nombre de patients conciliés

I3 = nombre de patients avec au moins une EM interceptée (majeure/critique/catastrophique) et corrigée / nombre de patients conciliés

Remarques : L'âge (65 ans et plus) et le mode d'admission (hospitalisation en médecine ou en chirurgie après passage aux urgences) ont été les critères d'éligibilité des patients à la conciliation.

Pour I2, les erreurs médicamenteuses sont prises en compte quel que soit le médicament impliqué et quelles que soient la nature et la gravité de l'EM.

Plusieurs groupes de travail régionaux (en lien le plus souvent avec les OMEDIT) ont élaboré des indicateurs de suivi. C'est par exemple le cas en région Basse Normandie[123] ou Pays de la Loire[124]. Dans cette dernière région deux indicateurs ont été retenus au niveau régional par le groupe de travail :

- un indicateur d'activité :

= Nombre de patients conciliés / Nombre de patients entrants dans un service donné

- un indicateur d'efficience :

= Nombre de patients conciliés avec au moins 1 DNI corrigée / Nombre de patients conciliés

La CM étant déjà très développée dans les pays anglo-saxons, la littérature contient de nombreux indicateurs pour évaluer la conciliation à l'entrée et à la sortie du patient.

Le site Impact Pharmacie[125], financé par le ministère de la santé canadien fait une analyse de la littérature des meilleures preuves descriptives et des retombées du pharmacien dans le domaine de la santé, dans un très grand nombre d'affections, de programmes de soins, d'activités pharmaceutiques. Le site analyse des données de retombées positive ou négatives, mais aussi les données descriptives qui peuvent inspirer de meilleures pratiques pharmaceutiques. Une analyse des indicateurs, de la CM à l'entrée et à la sortie du patient, présent dans la littérature est disponible sur le site. Elle a été réalisée à partir de 354 articles et a recensé plus de 2 300 indicateurs avec des retombées plus ou moins favorables.

b) Indicateurs d'efficacité du processus

Tout processus de prise en charge des patients peut être décrit comme un ensemble d'étapes dont la succession doit aboutir à un résultat de qualité. Chaque étape constitue elle-même une succession de tâches faisant intervenir différents acteurs.

L'indicateur peut analyser la sécurité dans la réalisation du processus, l'accessibilité, la continuité, le respect des délais, ou encore l'implication des professionnels et des services dans les activités le concernant[126]. Ces indicateurs peuvent être qualitatifs, mais aussi très souvent quantitatifs.

c) Indicateurs de résultats : impact clinique

En matière de santé la notion de « résultats » recouvre des réalités différentes[127] :

- Les indicateurs de résultats intermédiaires mesurent l'activité et la qualité des différentes étapes des processus.
- Les résultats finaux en matière de santé traduisent un changement de l'état de santé des patients.

Ils rendent directement et précisément compte de la capacité d'action du système de soins. De nombreux indicateurs de résultats finaux sont des indicateurs de résultats négatifs, tels que la morbidité ou la mortalité. Ceci est notamment explicable par le fait qu'il est beaucoup plus simple d'identifier ce qui ne devrait pas se produire que le contraire.

La satisfaction des usagers est une dimension importante et spécifique des résultats. L'impact clinique est le principal objectif de la CM. Plusieurs études se sont déjà intéressées à la question[44], [128]–[130].

d) Indicateurs d'impact budgétaire

L'analyse d'impact budgétaire est une approche financière destinée à estimer, sur un horizon temporel à court ou moyen terme, les conséquences financières annuelles de l'adoption d'une intervention de santé. Cette estimation résulte du calcul de la différence entre les prévisions de dépenses de scénarii intégrant ou non l'intervention de santé étudiée.

L'analyse d'impact budgétaire permet ainsi d'estimer combien coûterait l'adoption de l'intervention étudiée. Elle ne renseigne ni sur l'efficacité de cette intervention, ni sur l'équité de son adoption qui sont font l'objet d'une évaluation économique au sens large.

L'analyse d'impact budgétaire contribue à documenter l'accessibilité financière et la taille de la population pouvant effectivement bénéficier de l'intervention étudiée, et son évolution à court ou moyen terme compte tenu de l'ensemble des interventions utilisées en pratique réelle[131].

L'indicateur de structure, entrant dans l'analyse d'impact budgétaire, permet d'analyser les ressources humaines, matérielles, financières et l'organisation de la structure nécessaires à la prise en charge des patients.

e) Indicateurs étudiés au CHU de Toulouse

Une liste conséquente d'indicateurs a été retenue localement au CHU de Toulouse pour afin de répondre aux exigences du suivi de l'activité en routine et des différents programmes de recherche dont le projet DGOS plus transversal que l'activité de conciliation seule. Ils ont été intégrés à l'outil d'analyse et de suivi Excel® où ils se calculent automatiquement lors de la saisie des fiches de conciliation et de suivi du patient, ainsi que dans le cahier des charges de l'e-CRF. Cette liste permet de couvrir un grand éventail dans l'attente d'une sélection d'un nombre restreint d'indicateurs communs au niveau régional.

Tableau 21 : liste des indicateurs intégrés dans l'outil Excel® et dans l'e-CRF

Sujet	Indicateurs	Echelle/projet	Type d'indicateur
Suivi du patient	Nombre de patients avec analyse de niveau 3	DGOS	
	Nombre de patients avec conciliation d'entrée + conciliation de sortie + bilan de médication	Indicateur local	
	Nombre de patients avec conciliation d'entrée + conciliation de sortie + bilan de médication / nombre de patients éligible	DGOS	
Processus de conciliation (entrée + sortie)	Nombre de patients avec le BMO réalisé	Indicateur local	Processus
	Nombre de patients avec le BMO réalisé dans les 24h suivant l'admission	Indicateur local	
	Nombre d'entretiens patient	Indicateur local	
	Nombre de patients conciliés	DGOS	
	Nombre de patients conciliés dans les 24h/ nombre de patient éligible	MED'REC	
	(Nombre de patients conciliés / nombre de patients éligibles) X100	MED'REC	
	Nombre de patients ayant bénéficié d'une conciliation rapportée à 1000 journées d'hospitalisation	Indicateur local	
	Nombre de patients ayant bénéficié d'une conciliation / nombre d'entrée	Indicateur local	
Analyse des divergences (entrée + sortie)	Nombre de DI	Indicateur local	Résultats
	Nombre de DI non documentées	Indicateur local	
	Nombre de DNI	Indicateur local	
	Nombre de DI / Nombre de patients conciliés	Indicateur local	
	Nombre de DI non documentées / Nombre de patients conciliés	Indicateur local	
	Nombre de DNI / Nombre de patients conciliés	Indicateur local	
	Nombre de DNI / Nombre de lignes de traitement	Indicateur local	
	Nombre de DNI documentées	Indicateur local	
	Nombre de DNI corrigées	Indicateur local	
	Nombre de DNI sans modification	Indicateur local	
	Nombre de lignes corrigées/Nombre de conciliations	Indicateur local	
	Nombre de patients avec au moins une correction	Indicateur local	
Processus focus DMI	Nombre de patients avec pose d'un DMI	Indicateur local	
	Proportion de patients ayant reçu une explication sur le DMI	DGOS	
	Proportion de patients ayant reçu la carte de traçabilité	Indicateur local	
	Proportion de patients ayant eu une planification du traitement de sortie en rapport avec le DMI (+explication au patient)	Indicateur local	
Impact clinique (entrée + sortie)	Nombre de DNI avec impact clinique mineur	DGOS	Résultats
	Nombre de DNI avec impact clinique significatif	DGOS	
	Nombre de DNI avec impact clinique majeur	DGOS	
	Nombre de DNI avec impact clinique critique	DGOS	
	Nombre de DNI avec impact clinique catastrophique	DGOS	
	Nombre de patients ayant au moins 1 erreur au moins majeure corrigée / nombre de patients inclus	MED'REC	

Sujet	Indicateurs	Echelle/projet	Type d'indicateur
Analyse des prescriptions (entrée + sortie)	Nombre de lignes de traitement	<i>Indicateur local</i>	Résultats
	Nombre de lignes de médicaments potentiellement inappropriés si > 75 ans	<i>Indicateur local</i>	
	Nombre moyen de médicaments par patient	<i>Indicateur local</i>	
	Nombre moyen de médicaments potentiellement inappropriés si > 75 ans	<i>Indicateur local</i>	
	Proportion de patient avec au moins un médicament potentiellement inapproprié si > 75 ans	<i>DGOS</i>	
Evaluation de l'impact budgétaire	Différence moyenne de coût entre la prescription à l'entrée et à la sortie	<i>DGOS</i>	Impact budgétaire
	Nombre moyen de médicaments hors répertoire prescrits avant l'hospitalisation	<i>DGOS</i>	
	Nombre moyen de médicaments hors répertoire prescrits à la sortie de l'hospitalisation	<i>DGOS</i>	
	Nombre d'évènements iatrogènes médicamenteux à 3 mois	<i>DGOS</i>	
	Nombre de passages aux urgences dans les 3 mois	<i>DGOS</i>	
	Nombre de consultations dans les 3 mois	<i>DGOS</i>	
Communication interprofessionnelle	Taux de consultations du dossier communiquant de cancérologie par les professionnels de santé libéraux.	<i>DGOS</i>	Résultats
	Nombre de bilans transmis au médecin généraliste rapporté au nombre de patients ayant bénéficié d'un bilan de médication.	<i>DGOS</i>	
Satisfaction des patients	Score moyen de satisfaction globale des professionnels de santé selon une échelle de Likert	<i>DGOS</i>	Résultats
	Score moyen de satisfaction globale des patients selon une échelle de Likert	<i>DGOS</i>	
Ressources humaines (entrée +analyse pharmaceutique +sortie +bilan de médication)	Temps consacré aux entretiens	<i>Indicateur local</i>	Impact budgétaire
	Temps consacré aux interventions pour les différents professionnels	<i>DGOS</i>	
	Temps consacré aux interventions pour les différents professionnels/patients éligibles à chaque étape	<i>Indicateur local</i>	
Impact de l'intervention pharmaceutique (entrée +analyse pharmaceutique +sortie +bilan de médication)	Nombre d'optimisations acceptées	<i>Indicateur local</i>	Résultats
	Nombre d'erreurs médicamenteuses évitables détectées	<i>DGOS</i>	
	Nombre d'erreurs médicamenteuses évitables corrigées	<i>MED'REC</i>	
	Nombre de modifications thérapeutiques consécutives à une intervention pharmaceutique	<i>DGOS</i>	
	Nombre d'interventions pharmaceutiques ayant aboutis à au moins une modification de l'ordonnance/ Nombre de patients	<i>DGOS</i>	

La liste des indicateurs sélectionnés pour le projet DGOS est disponible en annexe XV.

2. Sélection régionale des indicateurs

Dans le cadre de la territorialité et de l'impulsion régionale pour le déploiement de la CM, une base d'indicateurs communs devrait être décidée, afin de pouvoir comparer et suivre l'efficacité des diverses organisations. Pour cela, il faut qu'ils répondent à un certain nombre de critères. Ils doivent notamment :

- être simples et acceptables (facile à élaborer, recueillir et calculer) pour tous les établissements. Il faut notamment que les établissements disposant déjà d'une informatisation de l'activité (par exemple avec le logiciel PHARMA® ou intégré dans le LAP) puisse calculer facilement les indicateurs demandés,
- être compréhensibles et compris de la même façon par tous les acteurs,
- refléter la réalité de terrain et permettre d'identifier les problèmes à résoudre,
- pouvoir être suivis dans le temps pour suivre l'évolution des résultats,
- pouvoir répondre aux exigences des divers projets de recherche en cours sur ce sujet dans la région. Deux niveaux d'indicateurs pourront alors être proposés : un socle commun pour l'ensemble des établissements de l'ex-région Midi-Pyrénées, et des indicateurs complémentaires pour les établissements participant au projet de recherche DGOS,
- couvrir les principales interrogations des équipes médicales, soignantes et pharmaceutiques mais aussi des décideurs en matière d'analyse de processus, de résultats sur l'impact clinique et économique (efficacité), et si possible d'impact budgétaire.

L'objectif final est de permettre une prise de décision sur la pérennisation de l'activité dans le secteur où elle est testée.

Une grille de recueil standardisée avec calcul automatisé des indicateurs devra être mise à disposition aux établissements. Les établissements utilisant l'outil Excel de recueil et de suivi disposeront directement des résultats dans un onglet de celui-ci. Dans tous les cas un guide sera nécessaire pour accompagner ces indicateurs, précisant notamment leurs objectifs, le recueil des données nécessaire au calcul, les consignes de remplissage afin d'assurer l'homogénéité des mesures.

Il serait intéressant que ces indicateurs émanent d'un groupe de travail régional, pluridisciplinaire, réunissant à la fois acteurs, les décideurs et les financeurs.

III. Perspectives

A. Contractualisation des établissements de santé : intégration des indicateurs

Le CBUMPP 2014-2018 de l'ex-région Midi-Pyrénées, comporte des éléments relatifs à la continuité du traitement mais pas encore d'indicateurs explicitement relatifs à la CM, comme c'est le cas pour l'analyse pharmaceutique.

Dans l'hypothèse d'une prolongation de ce dispositif, le futur CBUMPP, logiquement attendu pour 2018 sous le terme de « Contrat Unique », sera commun dans la grande région Occitanie. Les indicateurs élaborés au niveau régional devraient alors être intégrés dans le contrat, au même titre que d'autres activités contribuant à l'efficacité du parcours de soins du patient (lien ville-hôpital, lien entre les établissements, etc.).

B. Généralisation et modification de la pratique en milieu hospitalier

Le déploiement de la CM n'est pas anodin. Il suppose de repenser les organisations de soins centrés sur le patient et de coordonner les professionnels intervenant autour de lui.

Les enjeux dans le milieu hospitalier sont multiples : la diminution de la iatrogénie liée à la prise en charge médicamenteuse et aux dispositifs médicaux, répondre aux exigences sur la qualité de la prise en charge médicamenteuse (réglementation, certification V2014, CBUMPP) mais aussi la réduction des coûts de prise en charge (liés aux dépenses médicamenteuses, aux éventuelles sanctions dans le cadre des PHEV, ou aux EIM). Il est également possible que le rapprochement ville-hôpital, notamment avec la conciliation améliore la connaissance des comorbidités dans le dossier patient informatisé permettant une optimisation du codage des actes dans le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations (PMSI). Ainsi les recettes de l'établissement pourraient être augmentées dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A).

Relativement chronophage, la CM nécessite de redéployer les moyens, notamment les équipes pharmaceutiques cliniques qui ne pourront exercer uniquement au sein de la PUI mais s'intégrer davantage dans les équipes soignantes, directement au lit du malade.

La question de la rémunération de cet acte doit aussi être pensée. S'il est unanimement reconnu que la CM et plus largement les activités garantissant la continuité de traitement, influent sur la qualité et les coûts de prise en charge, ceux-ci pourraient constituer un acte à part entière, rémunéré dans le cadre de la T2A. Il serait alors possible de valoriser un séjour d'un patient ayant bénéficié par exemple d'une CM, d'un entretien de sortie ou d'éducation thérapeutique, sur le PMSI. Suivant la configuration de chaque service et des moyens alloués la

conciliation pourrait être réalisée en routine ou sur prescription médicale pour des patients jugés à risques iatrogéniques élevés.

La première étape semble être de poser les objectifs à atteindre et de tester la nouvelle organisation au sein de chaque structure, associant pharmacien, médecin, soignant. L'évaluation de son impact clinique et économique ainsi que la satisfaction des patients et des professionnels devront conclure de l'intérêt de la pérennisation de la démarche.

Dans ce chantier, un support élaboré par l'institution et par les structures de tutelle semble indispensable pour impulser la politique. Par ailleurs, dans le cadre de la territorialité et de la formation de COMEDIMS de territoire, il pourrait être envisagé une politique de prise en charge médicamenteuse et DM commune à l'échelle du GHT basé sur le parcours de soins du patient. Ceci participerait au resserrement des liens entre les établissements (partage d'informations, de supports de communication et d'analyse, retours d'expérience) et d'améliorer la conciliation de transferts inter-établissements (lettre d'adressage avec la conciliation complète, dont l'évaluation de l'observance, ainsi que la transmission des argumentaires pour l'utilisation hors référentiel des traitements hors GHS, etc.). Il pourrait également être envisagé de mettre en place des simulations en santé sur le circuit des médicaments appliqués au parcours patient. Ces ateliers réalisés en équipes pluri-professionnelles permettraient d'appréhender les difficultés de chaque acteur dans leurs tâches respectives, éviter les actions réalisées en doublon pour améliorer l'efficacité et favoriser la communication interprofessionnelle. Les différents professionnels de ville pourraient alors être associés à l'expérience à l'échelle du GHT.

C. Réorganisation du système de soins autour du patient acteur de sa santé

L'implication des URPS est indispensable à la mise en place de liens entre la ville et l'hôpital. Le secteur ambulatoire est aujourd'hui comme le milieu hospitalier en pleine mutation.

La loi HPST[94], dans son article 38 définissant les missions du pharmacien d'officine, a introduit le terme de pharmacien référent en EHPAD. Bien que le chemin soit encore long, l'amorce de la pharmacie clinique à l'officine a été engagée : *« Article L.5126-6-1 du CSP : Les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles qui ne disposent pas de pharmacies à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur concluent, avec un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine, une ou des conventions relatives à la fourniture en médicaments des personnes hébergées en leur sein. La ou les conventions désignent un pharmacien d'officine référent pour l'établissement. Ce pharmacien concourt à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents. Il collabore également, avec les médecins traitants, à l'élaboration, par le médecin coordonnateur mentionné au V de l'article L. 313-12 du même code, de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans chaque classe pharmaco-thérapeutique ».*

Il faut distinguer le pharmacien référent du pharmacien dispensateur. Ces deux fonctions peuvent être cumulables par un même pharmacien mais non nécessairement. Article L5126-6-1 du Code de la Santé Publique[132] : Les personnes hébergées ou leurs représentants légaux conservent la faculté de demander que leur approvisionnement soit assuré par un pharmacien de leur choix. Le pharmacien référent intervient au sein d'une équipe pluri disciplinaire et apporte toute son expertise dans le domaine du médicament et du dispositif médical. Le rapport IGAS d'évaluation de l'expérimentation de réintégration des médicaments dans le forfait de soins des EHPAD sans PUI de septembre 2010[133] mentionne expressément l'existence du pharmacien référent. Le rapport de la mission VERGER[134] de décembre 2013 sur la politique du médicament en EHPAD lui reconnaît un rôle spécifique dans la sécurisation du circuit et a réfléchi aux missions qui pourraient lui être dévolues.

Au niveau local, la Faculté de Pharmacie de Toulouse se mobilise dans une démarche d'accompagnement de la restructuration du métier de pharmacien d'officine. Un réseau d'enseignement et d'innovation (REIPO)[135] regroupant des pharmaciens d'officine volontaires sur le territoire Midi-Pyrénées a été créé afin de fédérer les initiatives démontrant l'intérêt des interventions pharmaceutiques dans la prise en charge pluridisciplinaire du patient, à la fois sur un plan individuel et en santé publique. Ainsi ces activités pourraient être reconnues par la loi comme des « actes pharmaceutiques » et faire évoluer le mode de rémunération en conséquence. Ce réseau est piloté par des représentants de la Faculté de Pharmacie, de la formation continue (AFPM), du Collège des Maîtres de stage, des URPS Pharmaciens et

Médecins, de l'Equipe Régionale de Vieillessement et de Prévention de la Dépendance et enfin du Conseil Régionale de l'Ordre des Pharmaciens. Trois axes sont en cours de déploiement : la formation sur la prise en charge thérapeutique des patients notamment âgés, l'évaluation des pratiques professionnelles existantes et l'évaluation de l'efficacité des nouvelles missions du pharmacien d'officine dans le cadre du développement d'actes pharmaceutiques rémunérés. Dans ce cadre des bilans de médication à l'officine se sont mis en place. Il s'agit d'un entretien structuré avec le patient qui a pour objectif de réduire le risque de la iatrogénie, d'améliorer l'adhésion du patient et d'optimiser l'efficacité des prescriptions médicamenteuses. Ces bilans sont réalisés sur la base d'un entretien avec les patients et d'une collaboration entre médecin et pharmacien. Cette démarche a son équivalent aux Pays-Bas, où il y a une collaboration entre les pharmaciens d'officine et les médecins généralistes lors de « Pharmacotherapy audit meetings » dans le but d'optimiser les prescriptions. Ces entretiens s'avèrent efficaces pour réduire le nombre de prescriptions potentiellement inappropriées[136].

Parmi les missions novatrices citées dans les recommandations de la section D pour le pharmacien adjoint d'officine par le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens (mai 2015)[137], on retrouve la notion de pharmacien correspondant qui pourrait être désigné par le patient et avec l'accord du médecin dans l'objectif de renforcer le lien ville-hôpital. Il est également évoqué l'implication du pharmacien d'officine dans l'instauration de la CM et la lettre de liaison ville-hôpital notamment.

Le lien entre la ville et l'hôpital a été décrite dans de nombreuses études. Parmi-elles, une a évalué, par un questionnaire, la notion de pharmacien référent en ville et la connaissance du dossier pharmaceutique (DP) auprès d'une population de patients hospitalisés dans une unité de chirurgie[138]. Les résultats de cette étude qui a concernée 55 patients d'âge moyen 65,2 +/- 14,8 ans (35 femmes, 20 hommes ; âges extrêmes 35 à 92 ans) montrent que 62 % des patients affirment prendre leurs médicaments toujours dans la même pharmacie et 31% changent rarement de pharmacie ; 69,1 % (38/55) considèrent leur pharmacien habituel comme leur pharmacien référent qui connaît bien leurs traitements. Parmi les patients, 96% ne connaissent pas le DP et 87% pensent ne pas en avoir. Un tiers des patients sont très favorables à l'échange d'informations entre pharmacie de ville et pharmacies hospitalière, et 47% y sont assez favorables. Parmi les patients interrogés, 71% sont favorables à l'inscription au DP des médicaments prescrits et délivrés à l'hôpital.

Alors que la CM est développée en milieu hospitalier, les professionnels connaissant le mieux le patient sont les professionnels de santé exerçant en ville, d'autant plus que les traitements sont parfois spécifiques à l'ambulatoire. La préparation de la CM à l'entrée d'une hospitalisation pourrait ainsi être débutée en ville, notamment par le pharmacien d'officine qui est le professionnel ayant le plus de visibilité sur l'ensemble du traitement (multiples prescriptions, automédication, phytothérapie, etc.) en binôme avec le médecin traitant, professionnel

connaissant l'ensemble des pathologies du patient. Celle-ci pourrait être réalisée : soit à l'occasion d'une revue de médication, soit par un entretien pré-hospitalisation avec le patient dans le cas d'une hospitalisation programmée, ou encore lors de staffs mis en place avec les différents acteurs de santé de ville (médecin traitant, IDE, pharmacien d'officine) pour les patients les plus à risque. Dans les deux cas, il pourrait élaborer un document résumant les traitements pris et à prendre par le patient en fonction des différentes sources. Ce document, transmis par messagerie sécurisée ou par l'intermédiaire du patient lui-même aux professionnels de santé hospitaliers pourrait alors limiter le temps et faciliter la conciliation à l'entrée. De cette façon, les patients les plus à risque pourraient être identifiés en amont pour bénéficier d'un suivi pharmaceutique approfondi lors de l'hospitalisation. Plus tard, un binôme hospitalier médecin-pharmacien devrait alors se concentrer sur les conciliations de transfert ou de sortie, ainsi que sur la communication associée (patients, médecin traitant, pharmacien d'officine, IDE libéraux), et sur l'éducation thérapeutique. Une sélection des patients les plus à risque à la sortie d'hospitalisation (en fonction de la complexité de son traitement, du nombre de modifications, d'une fragilité détectée lors de son séjour) pourrait alors permettre de concentrer les efforts des praticiens pour éviter des EIM au moment du retour à domicile ou lors de transferts. Dans tous les cas, ces actes devraient être reconnus et valorisés dans les ROSP médecin et pharmacien ainsi que dans le cadre de la T2A. Pour le pharmacien d'officine comme hospitalier, ce mode de rémunération serait plus en cohérence avec les objectifs de santé qui sont l'amélioration de la pertinence, de l'efficacité et de la sécurité des soins, qu'avec une logique de dépenses pharmaceutiques actuellement appliquée.

Les moyens de communication sont un point crucial des liens à renforcer entre la ville et l'hôpital. A l'heure où celle-ci est surdéveloppée dans certains domaines, elle reste très insuffisante dans le domaine de la santé. Le DP, en cours de développement, reste très incomplet et compliqué en matière de mise à disposition pour répondre aux besoins. En 2014, la fédération ville-hôpital des pharmaciens de Bretagne, lance en partenariat avec les instances médicales, une carte de coordination des soins ville-hôpital qui a pour objectif de faciliter l'identification des professionnels de santé traitants, référents ou ressources d'un patient pour améliorer la coordination des soins. Elle a été distribuée à 16 000 patients à travers la région[139]. Cette initiative a été reprise et relayée par les URPS dans de nombreuses régions.

Pour des raisons de sécurité des données sensibles, mais aussi pour favoriser la responsabilité du patient acteur de sa santé, il est souhaitable que les informations concernant sa santé et son traitement soient sur un support qui reste en sa possession. Plusieurs expérimentations de ce type ont vu le jour en France comme à l'étranger. En 2010 le « Blue Button » a été lancé aux Etats-Unis à l'initiative du président Barak Obama. Le Blue Button[140] est une application qui permet aux patients de certains réseaux (Vétérans, Medicare, Medicaid) de télécharger l'ensemble de leurs traitements et les données essentielles des examens médicaux, directement

sur leur portable et pour en disposer à tout moment. Ce système permet aux professionnels de santé d'avoir rapidement accès à l'historique médical d'un patient, mais surtout qui permet au patient de pouvoir consulter et compléter ces données. En Europe, les Pays-Bas souhaitent mettre en place un équivalent de ce système. Le Royaume-Uni vient de le programmer pour 2018. Le ministère de la santé en fait état sur le dernier rapport sur le numérique en santé en octobre 2015.

Aujourd'hui, nous pourrions imaginer en France, le développement d'une application pour smartphone, contenant l'ensemble des traitements médicamenteux et des informations liés au DM stockée uniquement sur le téléphone du patient, et accessible par un code ou une empreinte digitale. Le patient pourrait élaborer et compléter lui-même cette liste (par exemple en scannant les boîtes de médicaments ou les ordonnances sur lesquels figureraient des data-matrix), et/ou avec l'aide de l'ensemble des intervenants dans son parcours de médicamenteux.

CONCLUSION

L'efficience du parcours ne peut être optimale que s'il existe des liens entre les acteurs, qui ont des actions et des connaissances complémentaires devant devenir synergiques. Cet objectif d'efficience ne pourra être complètement atteint que si l'ensemble du système de soins se réorganise autour du patient, en favorisant la communication inter secteur (ville-hôpital) et interprofessionnelle. Ainsi, il sera possible de supprimer peu à peu les points de rupture dans la prise en charge provoqués par les multiples cloisonnements qui existent aujourd'hui.

La CM en interceptant les erreurs médicamenteuses dues aux défauts d'informations entre l'exercice libéral et l'exercice hospitalier, et en sécurisant la prise en charge médicamenteuse du patient tout au long de son parcours de soins, apparaît comme une réponse à ces objectifs recherchés. Si elle n'est qu'un moyen pour atteindre ce but, sa démarche structurée, nécessite un réaménagement des activités de soins centrées sur le patient.

La littérature montre, que malgré une réorganisation conséquente et des investissements parfois important, les gains engendrés par l'amélioration de la pertinence et la diminution de la iatrogénie sont largement supérieurs. Les bénéfices de la CM ne sont plus à prouver et c'est maintenant les modalités de son intégration dans la pratique courante qui posent questions.

La démarche, bien qu'initiée avec beaucoup de réussite par le corps pharmaceutique dans de nombreux pays du monde, doit être pluridisciplinaire et chaque acteur de soin à son rôle à jouer dans le partage d'informations.

En pratique la CM est difficile à mettre en œuvre. La démarche doit être généralisée sur le territoire et institutionnalisée dans chaque établissement, mais la réorganisation des activités doit être réalisée en fonction du contexte local. Le développement de projets, des accompagnements régionaux, ainsi que le rapprochement des différents établissements de santé et le renforcement du lien ville hôpital sont des points essentiels pour le déploiement. En Occitanie, il y a une volonté de mettre en place un véritable *continuum* pluridisciplinaire de la prise en charge médicamenteuse sur l'ensemble de la région.

La mise à disposition d'instruments de communication, des outils de formations, de recueil et d'analyse, accompagnée de retours et partages d'expériences vont faciliter les démarches pour déployer la CM.

Des réflexions sont encore à mener au niveau national, notamment pour améliorer les moyens de communication, ainsi que sur la révision du mode de rémunération, aussi bien en milieu hospitalier qu'en ambulatoire, afin de rechercher un dispositif plus adapté aux objectifs de la médecine de parcours.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] E. P. Balogh, B. T. Miller, et J. R. Ball, *Improving Diagnosis in Health Care*. Institute of Medicine The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine: Committee on Diagnostic Error in Health Care Board on Health Care Services, 2015.
- [2] « Medication Incidents that Increase the Risk of Falls : A Multi-Incident Analysis », Institute for Safe Medication Practices Canada, vol 15, issue 12, décembre 2015.
- [3] J. L. Greenwald, L. Halasyamani, J. Greene, et al, « Making inpatient medication reconciliation patient centered, clinically relevant and implementable : A consensus statement on key principles and necessary first steps », *J. Hosp. Med.*, vol. 5, n° 8, p. 477-485, oct. 2010.
- [4] « How-to Guide : Prevent Adverse Drug Events : Medication Reconciliation », Institute for Healthcare Improvement, Cambridge, MA, Décembre 2011.
- [5] IRDES, DREES, et CNAMTS, « Indice de vieillissement 2015 », *Eco-Santé France, Régions & Départements 2016*, Avril-2016. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.ecosante.fr/>. [Consulté le: 22-sept-2016].
- [6] B. Garros, « Contribution du HCSP aux réflexions sur la lutte contre l'iatrogénie », *Actual. Doss. En Santé Publique*, n° 25, p. 9–12, 1998.
- [7] G. R. Baker, P. G. Norton, V. Flintoft, et al, « The Canadian Adverse Events Study : the incidence of adverse events among hospital patients in Canada », *CMAJ Can. Med. Assoc. J.*, vol. 170, n° 11, p. 1678-1686, mai 2004.
- [8] « A Safer Place for Patients : learning to improve patient safety », National Audit Office (NAO), Londres, HC 456 Session 2005-2006, nov. 2005.
- [9] « Preventing medication errors », Institute of Medicine of the National Academies, Washington, DC, Juillet 2006.
- [10] D. W. Bates, D. J. Cullen, N. Laird, et al, « Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. ADE Prevention Study Group », *JAMA*, vol. 274, n° 1, p. 29-34, juill. 1995.
- [11] P. Michel, J.-L. Quenon, A. Djihoud, et al, « Quels événements indésirables graves dans les établissements de santé publics et privés en France ? : Principaux résultats eneis », *Risques Qual. En Milieu Soins*, n° 3, p. 131- 138, 2005.
- [12] P. Michel, M. Lathelize, R. Bru-sonnet, et al, « Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables graves liés aux Soins 2009 (ENEIS2) : description des résultats 2009. Rapport final à la DREES », Ministère du travail, de l'emploi et de la Santé, Paris.
- [13] « A glossary of terms for community health care and services for older persons. », WHO, 2004.
- [14] T. S. Field, J. H. Gurwitz, J. Avorn, et al, « Risk factors for adverse drug events among nursing home residents », *Arch. Intern. Med.*, vol. 161, n° 13, p. 1629- 1634, juill. 2001.

- [15] T. S. Field, J. H. Gurwitz, L. R. Harrold, et al, « Risk factors for adverse drug events among older adults in the ambulatory setting », *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 52, n° 8, p. 1349-1354, août 2004.
- [16] S. C. Frazier, « Health outcomes and polypharmacy in elderly individuals: an integrated literature review », *J. Gerontol. Nurs.*, vol. 31, n° 9, p. 4-11, sept. 2005.
- [17] M. Pirmohamed, S. James, S. Meakin, et al, « Adverse drug reactions as cause of admission to hospital : prospective analysis of 18 820 patients », *BMJ*, vol. 329, n° 7456, p. 15-19, juill. 2004.
- [18] C. M. Hohl, J. Dankoff, A. Colacone, et al, « Polypharmacy, adverse drug-related events, and potential adverse drug interactions in elderly patients presenting to an emergency department », *Ann. Emerg. Med.*, vol. 38, n° 6, p. 666-671, déc. 2001.
- [19] S. E. Bedell, S. Jabbour, R. Goldberg, et al, « Discrepancies in the use of medications : their extent and predictors in an outpatient practice », *Arch. Intern. Med.*, vol. 160, n° 14, p. 2129-2134, juill. 2000.
- [20] D. O'Mahony et P. F. Gallagher, « Inappropriate prescribing in the older population: need for new criteria », *Age Ageing*, vol. 37, n° 2, p. 138- 141, mars 2008.
- [21] C. Cahir, T. Fahey, M. Teeling, et al, « Potentially inappropriate prescribing and cost outcomes for older people: a national population study », *Br. J. Clin. Pharmacol.*, vol. 69, n° 5, p. 543-552, mai 2010.
- [22] F. T. Bourgeois, M. W. Shannon, C. Valim, et al, « Adverse drug events in the outpatient setting: an 11-year national analysis », *Pharmacoepidemiol. Drug Saf.*, vol. 19, n° 9, p. 901-910, sept. 2010.
- [23] O. Conort, B. Allenet, P. Bedouch, et al, « Niveau d'analyse pharmaceutique », Société Française de Pharmacie Clinique, 2012.
- [24] « Seamless Care Task Force of the Canadian Pharmacists Association and the Canadian Society of Hospital Pharmacists. », Statement on Seamless Care. Canadian Society of Hospital, Ottawa (ON), 2004.
- [25] E. B. Fortescue, R. Kaushal, C. P. Landrigan, et al, « Prioritizing strategies for preventing medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients », *Pediatrics*, vol. 111, n° 4 Pt 1, p. 722-729, avr. 2003.
- [26] C. Sullivan, K. M. Gleason, D. Rooney, et al, « Medication reconciliation in the acute care setting: opportunity and challenge for nursing », *J. Nurs. Care Qual.*, vol. 20, n° 2, p. 95-98, juin 2005.
- [27] « Reconcile Medications at All Transition Points », *Institute for Healthcare Improvement*, 2016. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.ihp.org/>. [Consulté le: 25-sept-2016].
- [28] L. S. Feldman, L. L. Costa, E. R. Feroli, et al, « Nurse-pharmacist collaboration on medication reconciliation prevents potential harm », *J. Hosp. Med.*, vol. 7, n° 5, p. 396-401, juin 2012.

- [29] « L'initiative OMS High 5s », *Haute Autorité de Santé*, nov-2015. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/>. [Consulté le: 22-sept-2016].
- [30] C. Henry, L. Fellous, A. Lagrange, et al, « Intérêt du dossier pharmaceutique dans la conciliation médicamenteuse à l'entrée du patient en service de médecine aiguë », *Pharm. Hosp. Clin.*, vol. 51, n° 1, p. 68, mars 2016.
- [31] L. Gutermann, A.-S. Marie, F. Viguier, et al, « Conciliation médicamenteuse d'entrée en milieu hospitalier : intérêt du dossier pharmaceutique », *Pharm. Hosp. Clin.*, vol. 51, n° 1, p. 67-68, mars 2016.
- [32] N. Fayad, A. Carde, R. Bihannic, et al, « Conciliation médicamenteuse à l'admission des patients à l'hôpital : quelle place pour le dossier pharmaceutique ? », *Presse Médicale*, vol. 43, n° 6, p. 722-723, juin 2014.
- [33] « Qu'est-ce que le DP ? - Le Dossier Pharmaceutique », *Ordre National des Pharmaciens*, Avril-2015. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/>. [Consulté le: 22-sept-2016].
- [34] Direction des technologies en santé, « Le Dossier Pharmaceutique - Rapport d'activité 2015 », oct. 2016.
- [35] « Questions sociales et santé : modernisation de notre système de santé (Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 publiée au Journal Officiel du 27 janvier 2016) », *Assemblée Nationale*, 27-janv-2016. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/>. [Consulté le: 25-sept-2016].
- [36] V. Lamand, V. Rasamijao, A. Cauet, et al, « Conciliation médicamenteuse pro et rétroactive : méthodologie et bilan de l'activité », *Pharm. Hosp. Clin.*, vol. 49, n° 4, p. 325, déc. 2014.
- [37] N. Curatolo, L. Gutermann, N. Devaquet, et al, « Reducing medication errors at admission: 3 cycles to implement, improve and sustain medication reconciliation », *Int. J. Clin. Pharm.*, vol. 37, n° 1, p. 113-120, févr. 2015.
- [38] G. Leguelinel-Blache, F. Arnaud, et S. Bouvet, « Impact of admission medication reconciliation performed by clinical pharmacists on medication safety », *Eur. J. Intern. Med.*, vol. 25, n° 9, p. 808-814, nov. 2014.
- [39] « Conciliation Médicamenteuse », *OMEDIT-MiP*, Juillet-2016. [En ligne]. Disponible sur: <http://omedit-mip.jimdo.com/>. [Consulté le: 22-sept-2016].
- [40] T. Vira, M. Colquhoun, et E. Etchells, « Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge », *Qual. Saf. Health Care*, vol. 15, n° 2, p. 122-126, avr. 2006.
- [41] U. Gillespie, A. Alassaad, D. Henrohn, et al, « A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older: a randomized controlled trial », *Arch. Intern. Med.*, vol. 169, n° 9, p. 894-900, mai 2009.

- [42] M. Fertleman, N. Barnett, et T. Patel, « Improving medication management for patients: the effect of a pharmacist on post-admission ward rounds », *Qual. Saf. Health Care*, vol. 14, n° 3, p. 207-211, juin 2005.
- [43] X. Pourrat, H. Corneau, S. Floch, et al, « Communication between community and hospital pharmacists: impact on medication reconciliation at admission », *Int. J. Clin. Pharm.*, vol. 35, n° 4, p. 656-663, août 2013.
- [44] B. Quélenec, L. Beretz, D. Paya, et al, « Potential clinical impact of medication discrepancies at hospital admission », *Eur. J. Intern. Med.*, vol. 24, n° 6, p. 530-535, sept. 2013.
- [45] L. M. Hellström, Å. Bondesson, P. Höglund, et al, « Errors in medication history at hospital admission: prevalence and predicting factors », *BMC Clin. Pharmacol.*, vol. 12, p. 9, avr. 2012.
- [46] J. W. Lancaster et P. E. Grgurich, « Impact of Students Pharmacists on the Medication Reconciliation Process in High-Risk Hospitalized General Medicine Patients », *Am. J. Pharm. Educ.*, vol. 78, n° 2, mars 2014.
- [47] K. A. Mergenhagen, S. S. Blum, A. Kugler, et al, « Pharmacist- versus physician-initiated admission medication reconciliation: impact on adverse drug events », *Am. J. Geriatr. Pharmacother.*, vol. 10, n° 4, p. 242-250, août 2012.
- [48] S. De Winter, I. Spriet, C. Indevuyt, et al, « Pharmacist- versus physician-acquired medication history: a prospective study at the emergency department », *Qual. Saf. Health Care*, vol. 19, n° 5, p. 371-375, oct. 2010.
- [49] J. Becerra-Camargo, F. Martinez-Martinez, et E. Garcia-Jimenez, « A multicentre, double-blind, randomised, controlled, parallel-group study of the effectiveness of a pharmacist-acquired medication history in an emergency department », *BMC Health Serv. Res.*, vol. 13, p. 337, 2013.
- [50] J. S. Kramer, M. R. Stewart, S. M. Fogg, et al, « A quantitative evaluation of medication histories and reconciliation by discipline », *Hosp. Pharm.*, vol. 49, n° 9, p. 826-838, oct. 2014.
- [51] B. Gourieux et T. Sadorge, « Comment assurer la continuité des traitements médicamenteux ? », présenté à La mise en place de la conciliation médicamenteuse en service d'Orthopédie-Traumatologie, Journée nationale d'étude de la profession infirmière - Salon infirmier -Paris, Mai-2016.
- [52] S. Doeper, « Déploiement de la conciliation médicamenteuse et intégration dans les activités de pharmacie clinique », présenté à Les activités de pharmacie clinique sur le terrain, Communication Journée SFPC, 4 septembre 2015.
- [53] Les Hôpitaux Universitaire de Strasbourg, « Le projet CONCIMED pour lutter contre les risques d'accident iatrogène », *Agences Régionales de Santé Alsace Champagne Ardenne Lorraine*. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.ars.alsace-champagne-ardenne-lorraine.sante.fr/Le-projet-CONCIMED-pour-lutter.182007.0.html>. [Consulté le: 25-sept-2016].

- [54] J. Ruggiero, J. Smith, J. Copeland, et al, « Discharge Time Out: An Innovative Nurse-Driven Protocol for Medication Reconciliation », *Urol. Nurs.*, vol. 35, n° 6, p. 300- 307, déc. 2015.
- [55] R. Johnston, L. Saulnier, et O. Gould, « Best possible medication history in the emergency department: comparing pharmacy technicians and pharmacists », *Can. J. Hosp. Pharm.*, vol. 63, n° 5, p. 359-365, sept. 2010.
- [56] R. D. Michels et S. B. Meisel, « Program using pharmacy technicians to obtain medication histories », *Am. J. Health-Syst. Pharm. AJHP Off. J. Am. Soc. Health-Syst. Pharm.*, vol. 60, n° 19, p. 1982-1986, oct. 2003.
- [57] *Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.*
- [58] *Arrêté du 16 avril 2014 modifiant l'arrêté du 2 août 2006 relatif à la formation conduisant au diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière.*
- [59] « Guide méthodologique, Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS. », HAS, oct. 2011.
- [60] « Guide méthodologique pour la mise en place d'une analyse d'impact budgétaire », Collège des économistes de la santé, Juillet 2008.
- [61] A. D. Ruder, D. L. Smith, M. T. Madsen, et al, « Is there a benefit to having a clinical oncology pharmacist on staff at a community oncology clinic? », *J. Oncol. Pharm. Pract. Off. Publ. Int. Soc. Oncol. Pharm. Pract.*, vol. 17, n° 4, p. 425-432, déc. 2011.
- [62] S. V. Anderegg, S. T. Wilkinson, R. J. Couldry, et al, « Effects of a hospitalwide pharmacy practice model change on readmission and return to emergency department rates », *Am. J. Health-Syst. Pharm. AJHP Off. J. Am. Soc. Health-Syst. Pharm.*, vol. 71, n° 17, p. 1469-1479, sept. 2014.
- [63] M. Kilcup, D. Schultz, J. Carlson, et al, « Postdischarge pharmacist medication reconciliation: impact on readmission rates and financial savings », *J. Am. Pharm. Assoc. JAPhA*, vol. 53, n° 1, p. 78-84, févr. 2013.
- [64] J. A. Desborough, T. Sach, D. Bhattacharya, et al, « A cost-consequences analysis of an adherence focused pharmacist-led medication review service », *Int. J. Pharm. Pract.*, vol. 20, n° 1, p. 41-49, févr. 2012.
- [65] A. Q. Maldonado, D. L. Weeks, A. N. Bitterman, et al, « Changing transplant recipient education and inpatient transplant pharmacy practices: a single-center perspective », *Am. J. Health-Syst. Pharm. AJHP Off. J. Am. Soc. Health-Syst. Pharm.*, vol. 70, n° 10, p. 900-904, mai 2013.
- [66] M. S. Buckley, L. M. Harinstein, K. B. Clark, et al, « Impact of a clinical pharmacy admission medication reconciliation program on medication errors in "high-risk" patients », *Ann. Pharmacother.*, vol. 47, n° 12, p. 1599-1610, déc. 2013.
- [67] G. T. Schumock, M. G. Butler, P. D. Meek, et al, « Evidence of the economic benefit of clinical pharmacy services: 1996-2000 », *Pharmacotherapy*, vol. 23, n° 1, p. 113-132, janv. 2003.

- [68] *CIRCULAIRE N°DGOS/R1/DSS/2010/177 DU 31 MAI 2010 relative à la campagne tarifaire 2010 des établissements de santé.*
- [69] *Arrêté du 20 mars 2015 fixant pour la période du 1er avril au 31 décembre 2015 le taux prévisionnel de prescription des médicaments mentionné au II de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale.*
- [70] « Standards of Practice for Clinical Pharmacists », American College of Clinical Pharmacy, 2014, mars 2014.
- [71] « Pratiques Organisationnelles Requises. », Agrément Canada, Ottawa (ON), 2016.
- [72] « Hospital Pharmacy in Canada 2013 / 2014 Report », The Hospital Pharmacy in Canada, oct. 2015.
- [73] « Improving care transitions : Optimizing Medication reconciliation », American Society of Health-System Pharmacists, mars 2012.
- [74] Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, USA, « Using medication reconciliation to prevent errors », *Sentin. Event Alert Jt. Comm. Accreditation Healthc. Organ.*, n° 35, p. 1-4, janv. 2006.
- [75] « Project BOOST® Implementation Toolkit, SHM National », 2014. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.hospitalmedicine.org/>. [Consulté le: 22-sept-2016].
- [76] « Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) Toolkit for Medication Reconciliation », Août-2012. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.ahrq.gov/>. [Consulté le: 22-sept-2016].
- [77] « Saving Lives and Saving Money: Hospital-Acquired Conditions Update Interim Data From National Efforts To Make Care Safer, 2010-2014 », Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Rockville, MD, 2014.
- [78] « EUNetPaS », *European Patient Forum*, Juin-2010. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.eu-patient.eu/whatwedo/Projects/EUNetPaS/>. [Consulté le: 25-sept-2016].
- [79] « Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français », Haute Autorité de Santé, sept. 2015.
- [80] S. Doerper, J. Godet, J. F. Alexandra, et al, « Development and multi-centre evaluation of a method for assessing the severity of potential harm of medication reconciliation errors at hospital admission in elderly », *Eur. J. Intern. Med.*, vol. 26, n° 7, p. 491-497, sept. 2015.
- [81] X. Pourrat, C. Roux, B. Bouzige, et al, « Impact of drug reconciliation at discharge and communication between hospital and community pharmacists on drug-related problems: study protocol for a randomized controlled trial », *Trials*, vol. 15, p. 260, 2014.
- [82] Kinowski JM., « PREPS MEDREV : Impact de la mise en œuvre d'un suivi pharmaceutique collaboratif dans la prise en charge médicamenteuse des patients d'au moins 65 ans. », Journée SFPC, sept-2015.

- [83] P. Bedouch, « PREPS DP-CONCIL », présenté à La recherche en pharmacie clinique, Congrès SFPC. Grenoble, Février-2014.
- [84] P. Pisano, « Impact d'une optimisation de la conciliation des traitements médicamenteux sur la ré-hospitalisation évitable. PREPS ConcReHosp, n°14-0330 ». 2014.
- [85] « Déployer la conciliation médicamenteuse - Réunion thématique DGOS du 6 février 2015 », *OMEDIT Ile de France*, février-2015. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.omedit-idf.fr/qualite-securite/parcours-du-patient/conciliation-medicamenteuse-2/reunion-thematique-deployer-la-conciliation-medicamenteuse-dgos-06022015/>. [Consulté le: 22-sept-2016].
- [86] « Fiche mémo - Préconisations pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux », SFPC, Décembre 2015.
- [87] *INSTRUCTION N° DGOS/PF2/2015/65 du 9 mars 2015 relative à la mise en œuvre d'une enquête nationale sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse dans les établissements de santé.*
- [88] *Note d'information DGOS/PF2 N°2015/65 relative aux résultats de l'enquête nationale sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse dans les établissements de santé.* .
- [89] L. Brunet et I. Mogenet, « Conciliation médicamenteuse - Quelle situation en 2015 en Bourgogne? », 24-nov-2015.
- [90] « Enquête nationale sur le déploiement de la Conciliation médicamenteuse 2015 - Résultats de la région Lorraine ». ARS Lorraine, oct-2015.
- [91] « CONCILIATION MEDICAMENTEUSE : résultats de l'enquête nationale et de la région Haute-Normandie », présenté à OMEDIT Haute-Normandie, Décembre-2015.
- [92] « Politique de bon usage des médicaments, Omedit PACA CORSE », présenté à Groupe de travail politique et bon usage des médicaments, nov-2015.
- [93] « FORMA CONCIL », présenté à RESOMEDIT, DGOS, 12-nov-2015.
- [94] *LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.* 2009.
- [95] M.-H. Cubaynes, « Le circuit du médicament à l'hôpital », Inspection générale des affaires sociales, 2011.
- [96] « La conciliation médicamenteuse - La conciliation médicamenteuse », *Ministère des Affaires sociales et de la Santé*. [En ligne]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/>. [Consulté le: 25-sept-2016].
- [97] « Programme national pour la sécurité des patients. DGOS, DGS, HAS. Paris, France, février 2013 : 1-28 ». .
- [98] *Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.* .

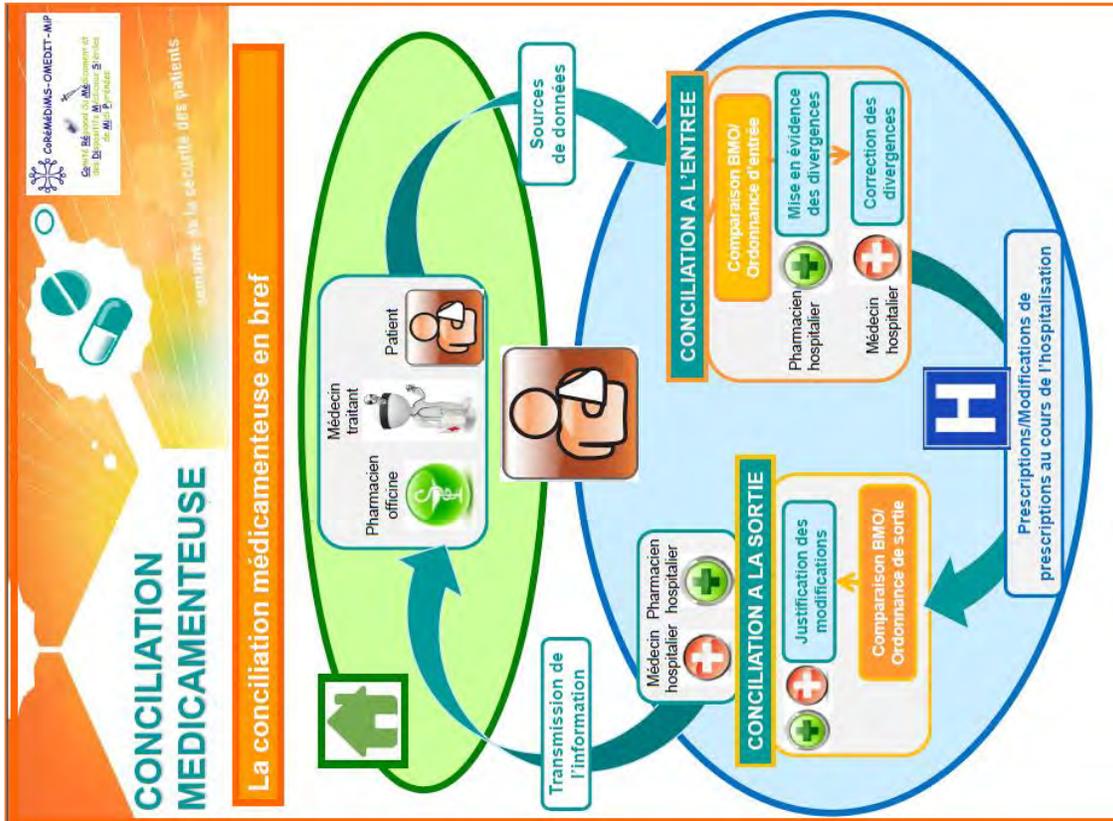
- [99] « Haute Autorité de Santé - Manuel de certification des établissements de santé V2010 », HAS, Avril 2011.
- [100] *INSTRUCTION N° DGOS/PF2/2015/259 du 31 juillet 2015 relative à l'organisation de la semaine de la sécurité des patients 2015.*
- [101] M. Dahan, « Pilotage opérationnel du Plan National d'action de Promotion des Médicaments Génériques », Inspection générale des Affaires Sociales, janv. 2016.
- [102] « Référentiel de certification par essai de type des logiciels hospitaliers d'aide à la prescription », Haute Autorité de Santé, Juin 2012.
- [103] *Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison.* 2016.
- [104] C. Roux, « La formation à la conciliation médicamenteuse au CHU de Nîmes », présenté à ADPHSO Conciliation médicamenteuse, Hôpital Marchant Toulouse, sept-2016.
- [105] *La circulaire N° SG/2015/152 du 28 avril 2015 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2015.* 2015.
- [106] *Instruction N° DGOS/PF2/2016/49 du 19/02/2016 relative à l'appel à projet de mise en œuvre de la pharmacie clinique en établissement de santé.* 2016.
- [107] M. A. Hussey et J. P. Hughes, « Design and analysis of stepped wedge cluster randomized trials », *Contemp. Clin. Trials*, vol. 28, n° 2, p. 182-191, févr. 2007.
- [108] A. Renom-Guiteras, G. Meyer, et P. A. Thürmann, « The EU(7)-PIM list: a list of potentially inappropriate medications for older people consented by experts from seven European countries », *Eur. J. Clin. Pharmacol.*, vol. 71, n° 7, p. 861-875, juill. 2015.
- [109] C. Cool, P. Cestac, C. Laborde, et al, « Potentially inappropriate drug prescribing and associated factors in nursing homes », *J. Am. Med. Dir. Assoc.*, vol. 15, n° 11, p. 850.e1-9, 2014.
- [110] A. Bigot, « Comment prioriser les activités de pharmacie clinique dans les unités de soins ? Elaboration d'un outil d'aide à la décision basé sur une analyse global des risques », exercice, Université Toulouse III - Paul Sabatier, 2015.
- [111] K. M. Gleason, M. R. McDaniel, J. Feinglass, et al, « Results of the Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) study: an analysis of medication reconciliation errors and risk factors at hospital admission », *J. Gen. Intern. Med.*, vol. 25, n° 5, p. 441-447, mai 2010.
- [112] M. Climente-Martí, E. R. García-Mañón, A. Artero-Mora, et al, « Potential risk of medication discrepancies and reconciliation errors at admission and discharge from an inpatient medical service », *Ann. Pharmacother.*, vol. 44, n° 11, p. 1747-1754, nov. 2010.
- [113] C. Trivalle et P. Ducimetière, « Effets indésirables des médicaments : score de risque en gériatrie », *NPG Neurol. - Psychiatr. - Gériatrie*, vol. 13, n° 74, p. 101-106, avr. 2013.
- [114] J. George, « Development and Validation of the Medication Regimen Complexity Index », *Ann. Pharmacother.*, vol. 38, n° 9, p. 1369-1376, juill. 2004.

- [115] « Lettre de liaison : adressage du patient. Le lien entre médecins, au service des patients », *CHU de Toulouse*, 2016. [En ligne]. Disponible sur: http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/lettre_liaison_chu_toulouse_adressage_patients_a_remplir.pdf. [Consulté le: 10-avr-2016].
- [116] F. Boyé, B. Sallerin, J. Amar, et al, « [Medication reconciliation at hospital discharge focusing on patient with hypertension: Analysis of the output prescription] », *Ann. Cardiol. Angéiologie*, vol. 65, n° 3, p. 229-235, juin 2016.
- [117] C. Laborde et P. Calvet, « Comment optimiser un entretien patient dans le cadre d'une conciliation médicamenteuse », présenté à ADPHSO Conciliation médicamenteuse, Hôpital Marchant Toulouse, 13-sept-2016.
- [118] « Base de données publique des médicaments », *Medicaments.gouv*. [En ligne]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/telechargement.php>. [Consulté le: 22-sept-2016].
- [119] « ISMP List of High-Alert Medications in Acute Care Settings », Institute for Safe Medication Practices (ISMP), 2014.
- [120] M.-L. Laroche, J.-P. Charmes, et L. Merle, « Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list », *Eur. J. Clin. Pharmacol.*, vol. 63, n° 8, p. 725-731, août 2007.
- [121] « Haute Autorité de Santé - Données publiques - Open data ». [En ligne]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1752855/fr/donnees-publiques-open-data. [Consulté le: 22-sept-2016].
- [122] « Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé », ANAES, Mai 2002.
- [123] « Groupe de travail : lien Ville Hôpital et conciliation médicamenteuse. Indicateurs », présenté à OMEDIT Basse-Normandie, Mai-2016.
- [124] « Centre de Ressources en Conciliation Médicamenteuse », *OMEDIT Pays de Loire*, sept-2016. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.omedit-paysdelaloire.fr/fr/centre-de-ressources-en-conciliation-medicamenteuse,370,94196.html#accomp>. [Consulté le: 22-sept-2016].
- [125] « Bilan comparatif des médicaments à l'arrivée/ au départ », *Impact Pharmacie*, Avril-2015. [En ligne]. Disponible sur: <http://impactpharmacie.org/index.php?lang=00>. [Consulté le: 22-sept-2016].
- [126] « Coopération entre professionnels de santé - indicateurs génériques », HAS, Avril 2012.
- [127] A. Donabedian, « The role of outcomes in quality assessment and assurance », *QRB Qual. Rev. Bull.*, vol. 18, n° 11, p. 356-360, nov. 1992.
- [128] B. Michel, B. Quelennec, et E. Andres, « Medication reconciliation practices and potential clinical impact of unintentional discrepancies », *JAMA Intern. Med.*, vol. 173, n° 3, p. 246-247, févr. 2013.

- [129] J. Sebaaly, L. B. Parsons, N. A. (Weimert) Pilch, W. Bullington, G. L. Hayes, et H. Easterling, « Clinical and Financial Impact of Pharmacist Involvement in Discharge Medication Reconciliation at an Academic Medical Center: A Prospective Pilot Study », *Hosp. Pharm.*, vol. 50, n° 6, p. 505-513, juin 2015.
- [130] A. B. Mekonnen, A. J. McLachlan, et J. E. Brien, « Pharmacy-led medication reconciliation programmes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis », *J. Clin. Pharm. Ther.*, vol. 41, n° 2, p. 128-144, avr. 2016.
- [131] « Guide méthodologique : L'analyse d'impact budgétaire (consultation publique) », Haute Autorité de Santé, Mai 2016.
- [132] *Code de la santé publique - Article L5126-6-1*, vol. L5126-6- 1. 2010.
- [133] P. Naves et M. Dahan, « Rapport d'évaluation de l'expérimentation de réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans pharmacie à usage intérieur », Inspection générale des affaires sociales, rapport public RM2010-133P, sept. 2010.
- [134] P. Verger, « Politique du médicament en EHPAD », Ministère de la santé, Décembre 2013.
- [135] P. Cestac, J.-F. Bourva, et B. Champanet, « Réseau d'Enseignement et d'Innovation pour la Pharmacie d'Officine ». Union régionale des professionnels de santé Languedoc-Roussillon, Août-2016.
- [136] S. R. Florentinus, R. van Hulten, M. E. M. Kloth, et al, « The effect of pharmacotherapy audit meetings on early new drug prescribing by general practitioners », *Ann. Pharmacother.*, vol. 41, n° 2, p. 319-324, févr. 2007.
- [137] « Recommandations de la section D pour le pharmacien adjoint d'officine », Ordre National des Pharmaciens, janv. 2015.
- [138] M. Jeanpierre, L. Diaz, et T. Berod, « Interface pharmacien ville-hôpital : analyse des forces et des faiblesses à partir de l'expérience dans une unité de chirurgie d'un hôpital non universitaire », *Pharm. Hosp. Clin.*, vol. 50, n° 3, p. 322, sept. 2015.
- [139] « Carte coordination des soins », *URPS infirmiers Bretagne*, 2015. [En ligne]. Disponible sur: <http://bretagne.infirmiers-urps.org/>. [Consulté le: 22-sept-2016].
- [140] D. M. Klein, G. M. Fix, T. P. Hogan, et al, « Use of the Blue Button Online Tool for Sharing Health Information: Qualitative Interviews With Patients and Providers », *J. Med. Internet Res.*, vol. 17, n° 8, p. e199, 2015.

ANNEXES

Annexe I: Fiches d'information élaborées par l'OMEDIT Midi-Pyrénées sur les thèmes de la conciliation médicamenteuse et la lettre de liaison



CONCILIATION MEDICAMENTEUSE
Qu'est-ce que c'est ?

Problématique (Projet High 5s - Medication Reconciliation OMS, 2013)
50 à 70% des **divergences médicamenteuses*** surviennent aux **points de transition** (entrée, transfert, sortie) dont **30%** ont un **impact clinique potentiel**

Conciliation médicamenteuse : processus formalisé prenant en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient.

- Associe le patient
- Repose sur le **partage d'informations** et sur une **coordination pluriprofessionnelle**
- **Préviencorriges les erreurs médicamenteuses** en favorisant la **transmission d'informations complètes** et exactes des médicaments du patient **entre professionnels de santé** aux points de transition

Objectifs :

- **Sécuriser la prise en charge médicamenteuse** en limitant les erreurs aux points de transition
- **Favoriser la transmission d'informations** entre professionnels de santé

Quelques définitions

Bilan Médicamentieux Optimisé (BMO) : démarche structurée permettant d'établir la liste exhaustive et complète des médicaments pris/à prendre par le patient avant son hospitalisation (prescrits ou en automédication)
BMO = Résultat d'une synthèse des informations sur tous les médicaments identifiés à un moment donné (= historique médicamenteux)

2 modes de conciliation médicamenteuse (CM)

CM proactive
BMO puis OMA
le BMO est réalisé avant la rédaction de l'OMA
Le médecin hospitalier prend en compte le BMO pour rédiger l'OMA
→ prévient la survenue d'erreur médicamenteuse

OMA
Ordonnance Médicamenteuse à l'admission

CM rétroactive
OMA puis BMO
le BMO est réalisé après la rédaction de l'OMA
Le médecin hospitalier prend en compte le BMO pour rectifier l'OMA
→ intercepccorriges divergences entre le BMO et l'OMA

***Divergence médicamenteuse** : écart/différence entre le BMO et l'OMA
• ou l'OMA et l'ordonnance de sortie

Partagez vos expériences !
corremedics.mip.assistant@orange.fr
Toutes les fiches SSP2015 et de nombreuses autres informations sur notre site internet en scannant le flashcode
<http://omedit.mip.jimbo.com/secureite-qualite/semaine-de-la-secureite-du-patient/15-2015/>

CONCILIATION MEDICAMENTEUSE

A l'entrée ... et à la sortie

Conciliation à l'entrée : 3 étapes

25% des médicaments sur prescription utilisés au domicile ne sont pas enregistrés sur le dossier d'admission à l'hôpital⁽¹⁾

1 **Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO) = « juste liste »** : Recherche d'informations sur le traitement du patient : auprès du patient, son entourage, les professionnels de santé (médecin généraliste, pharmacien d'officine, ...)

→ **Formalisation d'une liste exhaustive des médicaments** :

- médicaments pris/omis par le patient
- spécialités prescrites ou non par un médecin

→ **Sources de données**

- Ordonnance (< 3 mois) : médecin traitant, spécialistes
- Courriers : médecin, service/établissement adresseur
- Compte-rendu d'hospitalisation/Lettre de liaison
- Dossier Patient
- Médicaments apportés par le patient
- Appel pharmacie d'officine/médecin traitant
- Dossier Pharmaceutique
- Entretien avec le patient (si interrogeable) : pour
 - o confirmer le traitement (automédication, médicaments ponctuels) et le plan de prise
 - o évaluer les connaissances/besoins du patient par rapport à ses médicaments (éducation thérapeutique, ...)

Utiliser au moins 3 sources d'information différentes

2 **Mise en évidence des divergences** entre le BMO et l'Ordonnance Médicamenteuse à l'Admission (OMA) : spécialités, dosages, posologies

→ **Caractérisation des divergences observées**

- Absence de divergence
- **Divergence intentionnelle et documentée** : à réévaluer à la sortie (maintien/ajustement/arrêt)
- **Divergence non intentionnelle ou non documentée** : à corriger → informer le prescripteur en utilisant le moyen adapté à la gravité de la divergence

3 **Rédaction d'un complément d'information ou d'une nouvelle prescription**

CORAMÉDIMS-OMEDIT-NIP

Centre de Recherche et d'Assistance Médicale en Pharmacie

renseignement à la sortie des patients

CONCILIATION A L'ENTREE



1



2



3



CONCILIATION MEDICAMENTEUSE

A l'entrée ... et à la sortie

Conciliation à la sortie

59% des divergences non corrigées à la sortie auraient pu avoir des conséquences pour le patient⁽²⁾

Les erreurs concernent principalement⁽³⁾

- des médicaments arrêtés pendant l'hospitalisation qui auraient du être repris
- les domaines suivants : cardiovasculaire (36%), gastrointestinal (27%), respiratoire (14%)



Récupération du traitement habituel à partir du BMO (voir « conciliation à l'entrée »)



Mise à jour des modifications réalisées au cours de l'hospitalisation

maintien/ajustement/arrêt des modifications : nouveaux médicaments, médicaments arrêtés, changement de posologie, médicaments non modifiés à continuer, ...



Transmission des informations à l'aide de la lettre de liaison/du document de sortie



- **Information et conseils au patient** : médicaments, plan de prise, remise du traitement personnel



- **Information aux professionnels de santé** : pharmacien d'officine, médecin traitant



La conciliation médicamenteuse peut être l'occasion d'optimiser le traitement du patient

(2) Sullivan C et al. Medication reconciliation in the acute care setting: opportunity and challenge for nursing. *J Nurs Care Qual.* 2005;20:95-98

(3) Moore C et al. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. *J Gen Intern Med.* 2003;18:646-51.

<http://omeedit-nip.jimdo.com/securite-qualite/semaine-de-la-securite-des-patients-9-2013/>

Partagez vos expériences !
coremedims mip.assistan@orange.fr

Toutes les fiches SSP2016 et de nombreuses autres informations sont disponibles sur le site :

<http://omeedit-nip.jimdo.com/securite-qualite/semaine-de-la-securite-des-patients-9-2013/>



CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE

La place du dossier DP, pharmacie pharmaceutique

Problématique

Le DP identifie plus de 90% des lignes de médicaments pris par le patient à son domicile

Le DP à l'hôpital est un outil pour :

- Améliorer la connaissance d'un patient et de ses médicaments, notamment aux urgences
- Optimiser la prise en charge médicamenteuse des patients
- Assurer la continuité des traitements pour les patients
- Gérer les risques liés aux médicaments

Une des principales sources pour établir le BMO permet d'avoir accès à l'historique médicamenteux

Libellé	Quantité DP	Quantité MD	Code DP
ADONISURINEZ 2MG CR	1	1	1
COMPOSADE VICHU 50 mg 400	1	1	1
COMPLEXES ALUPT 10 MG 125	1	1	1

Quelques chiffres : Le DP, c'est ...

- 32,4 millions de DP actifs
- 8 millions de patients/semaine bénéficient de partage d'informations entre pharmaciens
- 1^{er} dossier de santé européen

*ES : Etablissement de Santé

2008-2012	déc. 2011
<ul style="list-style-type: none"> • Déploiement du DP en officine : 99,7% des officines équipées • Consultation et alimentation du DP par les pharmaciens des PUI • A titre expérimental, accès à certains médecins 	

En France : 212 ES* raccordés
En Midi-Pyrénées : > 30 ES* raccordés

Parmi les taux les plus importants en France!

Accès au DP patient en ES

- 2 modalités d'accès
 - via un logiciel compatible DP-patient : accès SIH des logiciels métiers ou de DPI
 - via un accès web sécurisé FAST** : logiciel créé par le CNOP spécifiquement pour les ES afin de donner accès aux fonctions de création, suppression, consultation, alimentation et édition du DP
- Sécurisation par cartes CPS et Vitale
- Traçabilité des accès
- Nécessite la signature d'une convention avec le CNOP

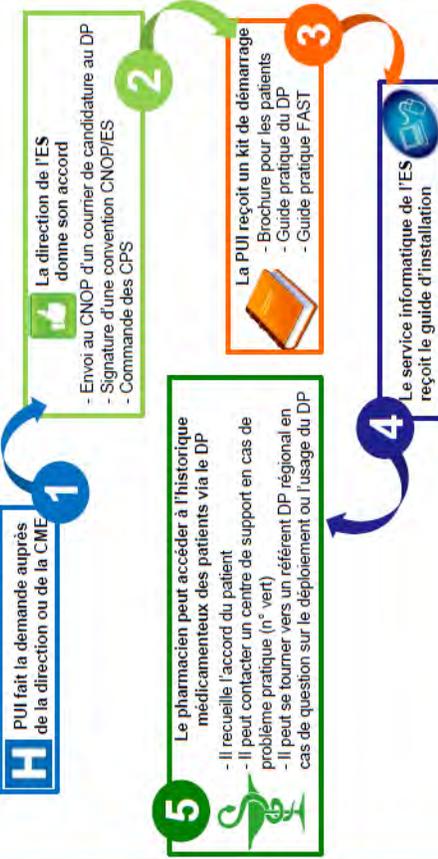
**FAST : Fourniture d'un Accès Sécurisé aux Traitements

CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE

La place du dossier DP, pharmacie pharmaceutique

Le raccordement au DP en ES, pas à pas

Source : CNOP



Le DP en ES en pratique

Toutes les fonctionnalités du DP en PUI

- Consultation
- Alimentation
- Création
- Suppression

Enregistrement du patient à l'entrée : permet la consultation de son DP pendant 10 jours (empreinte)



Pour plus d'informations, rendez-vous sur le site du CNOP
<http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu'est-ce-que-le-DP>

Partagez vos expériences !
corneilms.nip.assistan@orange.fr

Toutes les fiches SSGP2016 et de nombreuses autres informations sur notre site internet en scannant le QR code

<http://lomedit-nip.jimdo.com/securite-qualite/semaine-de-la-securite-du-patient/ssp-2016/>



CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE

La place de la lettre de liaison ...



COSEMEDIMS-OMEDIT-MIP
Généraliste et Médecin de
Domicile de la Région de
Namur - M.B. 2010

Le rôle essentiel des patients

CONCILIATION À LA SORTIE

Problématique

**Au moins 1 erreur dans la prescription de sortie
chez 42% des patients⁽¹⁾**

(1) Moore C et al. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. J Gen Intern Med. 2003;18:646-51.

Conciliation à la sortie : 3 étapes



Recupération du traitement habituel
à partir du BMO (voir « conciliation à l'entrée »)



**Mise à jour des modifications réalisées au
cours de l'hospitalisation**
maintien/ajustement/arrêt des modifications : nouveaux médicaments,
médicaments arrêtés, changement de posologie, médicaments non modifiés à continuer, ...



Transmission des informations
à l'aide de la lettre de liaison/du document de sortie

Transmettre l'information



Etablir le document de sortie en 3 exemplaires⁽²⁾
(format papier ou dématérialisé)

Original



Conserver dans le
dossier du patient

Copie 1



Donner au patient avec
les consignes pour le
retour au domicile

Copie 2



Envoyer aux professionnels
de santé de ville

Copie 3



Penser à la
messagerie
sécurisée

(2) Lau HS et al. The completeness of medication histories in hospital medical records of patients admitted to general internal medicine wards. EUCP 2000;45:597-600

Partagez vos expériences !
cosemedims.mip.assistant@orange.fr

Toutes les fiches SSP2015 et de nombreuses autres
informations sur notre site internet en scannant le flashcode



CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE

La place de la lettre de liaison ...



COSEMEDIMS-OMEDIT-MIP
Généraliste et Médecin de
Domicile de la Région de
Namur - M.B. 2010

Le rôle essentiel des patients

Transmettre l'information : un exemple

Outil "document de sortie" proposé par l'HAS : disponible au téléchargement
sur le site internet de l'OMEDIT-MIP <http://omedit-mip.jimdo.com>

Exemple pour la Partie « Traitements médicamenteux »

Médicaments habituels avant admission	Médicaments à la sortie	Commentaires
Anxiolytiques/Hypnotiques - LYSANXA® 10mg cp, 1 cp le soir, voie orale Hémostase - PREVISCAN® 20mg cp, 1 cp le matin, voie orale - KARDEGIC® 75mg sachet, 1 le matin, voie orale	Anxiolytiques/Hypnotiques - Arrêt Hémostase - PREVISCAN® 20mg cp, 1/2 cp le matin, voie orale - KARDEGIC® 75mg sachet, 1 le matin, voie orale .../...	- Arrêt : Médicament potentiellement inapproprié chez le sujet âgé - Diminution de la posologie (surdosage). Cible : INR=2,5 - A poursuivre
Cardiovasculaire	Cardiovasculaire - BISOPROLOL® 2,5mg cp, 1 cp le matin	- Traitement de l'hypertension artérielle

Médicament :
- Nom (DCI ou spécialité)
- Dosage
- Voie(s) d'administration
- Fréquence

Il est recommandé de
présenter les médicaments
par domaine pathologique

Pour chaque médicament :
- Préciser les ajustements/ajouts
- Conserver tout ce qui n'a pas
été modifié et qui doit être
poursuivi
- Utiliser la mention « Arrêt » si le
médicament a été arrêté

- Date d'arrêt/Durée du traitement pour les médicaments qui ne sortent pas au long cours (chimiothérapie, antibiothérapie, ...)
- Justification de l'arrêt/ suspension/ modification/initiation de médicament au cours de l'hospitalisation
- Cible à atteindre en termes de dose en cas de titration progressive ou de paramètre de suivi (INR, ...)
- Préciser le cas échéant « essai thérapeutique »

CONCILIATION MEDICAMENTEUSE

Quelques pistes pour commencer...

Par la conciliation à l'entrée

25% des médicaments sur prescription utilisés au domicile ne sont pas enregistrés sur le dossier d'admission à l'hôpital⁽¹⁾

Par les patients les plus vulnérables aux EIM⁽²⁾

Formulaire d'évaluation du risque du CHAU de Québec

*EIM : événement indésirable médicamenteux

inspiré du formulaire de Calgary Health Region et de Von Korkk et al., J Clin Epidemiol. 1992

Age	0-74 ans	0
	75-84 ans	1
	≥ 85 ans	2
Nombre de médicaments pris à domicile selon le profil pharmacologique	0-3	0
	4-6	2
	≥ 7	4
Médicaments à haut risque pris avant l'admission	Anticoagulants warfarine, dalteparine, enoxaparine, dabigatran, rivaroxaban, ...	3
	≥ 3 médicaments pour les maladies cardiovasculaires (sauf anticoagulants) Antihypertenseurs, digoxine, hypolipémiants, amiodarone, aspirine, clopidogrel, diurétiques	5
	Médicaments pour le traitement du diabète	2
Privilégier dans un 1 ^{er} temps la conciliation chez les patients ayant un score ≥ 10	Médicaments pour le traitement du cancer	3
	Médicaments pour le traitement de l'épilepsie Phénytoïne, carbamazépine, acide valproïque, ...	2

Score = somme des points pour 1 patient donné

Là où la mise en place semble plus facile

Par exemple...

- Service avec peu de turn-over de patients (long séjour, SSR ...)
- Equipe volontaire
- Analyse pharmaceutique déjà en place
- Moyens en personnel adaptés

(1) Lau HS et al. The completeness of medication histories in hospital medical records of patients admitted to general internal medicine wards. BCP 2000;49:597-603
(2) Blanche M. Evaluation de l'impact clinique de la réalisation d'un bilan comparatif des médicaments au CHAU de Québec. Pharmactuel/Jul/Aout/Sept 2010

CONCILIATION MEDICAMENTEUSE

Quelques pistes pour commencer...

Quelques exemples en France

CHU Poitiers

Conciliation en gériatrie
Conciliation à l'entrée et à la sortie (patient et médecin traitant par e-sante)
Travail en collaboration avec les médecins et externes en médecine

Format papier (pas d'informatisation)

L'informatisation n'est pas obligatoire pour commencer !

CHU Strasbourg

Conciliation : pharmaciens et PPH*
- BMO : réalisé par PPH
- Divergences/analyse pharmaceutique : Pharmacien
→ Accompagnement/formation des établissements de la région

Collaboration avec URPS Pharmaciens

Lien vers les officinaux à développer +++

CHU Nîmes

26 000 BMO en 2 ans
Conciliation proactive et rétroactive
Conciliation à l'entrée et à la sortie
Informatisation : à l'entrée

Projet conciliation CHU Nîmes/officines

En Midi-Pyrénées : 1^{er} retours sur l'enquête nationale

- 78% des ES** de Midi-Pyrénées ont participé à l'enquête nationale DGOS
- 61% des ES ont identifié la conciliation médicamenteuse comme axe d'amélioration dans l'étude des risques
- 59% l'ont intégré dans leur PAOSS
- Parmi les ES qui ont mis en œuvre la conciliation médicamenteuse pour certains patients :
 - 100% le font à l'admission
 - 81% le font à la sortie
 - 82% lors de transferts inter-ES
 - 73% lors de transferts impliquant un EHPAD



Et vous, comment allez vous mettre en place la conciliation dans votre établissement ?



Toutes les fiches SSP 2016 et de nombreuses autres informations sur notre site internet en scannant le flashcode

Partagez vos expériences !
boremediums.mip.asstam@orange.fr
http://lomedit-mip.jimdo.com/securite-qualite/semaine-de-la-securite-du-patient/ssp-2016/

Annexe II: Fiche de poste des assistants de territoire dans le cadre du projet régional de déploiement de la conciliation médicamenteuse

	Pharmacie		Page : 1 / 2
	Pharmacie		Page : 2 / 2
<p>Fiche de poste Pharmacien clinicien Assistant de territoire</p>			
<p>13. Ils devront assurer une montée en charge progressive au cours des 12 mois où ils seront présents dans l'établissement. Pour cela, ils devront notamment former les relais nécessaires pour assurer la continuité de l'activité de conciliation pour les périodes où ils seront absents pendant leur affectation.</p> <p>14. Ils devront aider le pharmacien chef de service de l'établissement à préparer la continuité de cette nouvelle activité suite à leur départ de l'établissement. Ainsi, il faudra programmer la poursuite de l'activité en formant les professionnels de santé, en anticipant des restructurations d'activité (si moyens constants) ou en prévoyant les recrutements ciblés pour cette nouvelle activité.</p> <p>15. Ils devront proposer un plan de déploiement de conciliation médicamenteuse à moyen et long terme au sein de l'établissement. Ce plan devra être présenté au Directeur de l'établissement et au Président de la Commission Médicale d'Etablissement afin de le rendre institutionnel et répondre ainsi aux attentes du ministère de la santé en la matière.</p> <p>16. Ce dispositif d'aide au déploiement de la conciliation doit s'intégrer dans une prise en charge thérapeutique plus globale du patient afin d'optimiser le bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux dans une logique d'efficience.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relations hiérarchiques et fonctionnelles • Liens hiérarchiques <ul style="list-style-type: none"> - Pharmacien gérant de la PUI • Liens fonctionnels <ul style="list-style-type: none"> - ARS LRMP, Omedit LRMP, en collaboration avec le Collectif Pharmaciens Hospitaliers MP • Profil et compétences • Ancien interne en pharmacie • Formation FormaConcil • Esprit d'équipe • Sens du contact et de la communication • Missions spécifiques • L'activité sera partagée sur 2 établissements de santé • Participation aux réunions de suivi du dispositif « assistant partagé pharmacie clinique » coordonnées par l'Omedit LRMP, l'ARS et le collectif des pharmaciens MP 	<p>1. Après une formation spécialisée sur la conciliation médicamenteuse, les pharmaciens recrutés devront d'abord s'intégrer rapidement au sein des équipes cliniques et pharmaceutiques de l'établissement de santé.</p> <p>2. Ils assureront la formation des professionnels de santé volontaires souhaitant participer au processus de conciliation médicamenteuse au sein de l'établissement où ils sont affectés.</p> <p>3. Ils mettront en place la conciliation médicamenteuse dans des unités de soins ciblées de façon collégiale par le pharmacien chef de service et le médecin responsable de l'unité, après avis de la CME si possible.</p> <p>4. Conciliation à l'entrée et à la sortie des patients</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réalisation du Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO) • Conciliation et correction des divergences non intentionnelles avec le prescripteur • Proposition d'une ordonnance médicamenteuse à l'admission (OMA) sur la base du BMO en favorisant la dé-prescription • Proposition d'une ordonnance médicamenteuse de sortie (OMS) sur la base du BMO et des derniers médicaments administrés • Optimisation du coût de la prescription de sortie (PHMEV) <p>5. Analyse des prescriptions et révision des prescriptions le cas échéant</p> <p>6. Consultation pharmaceutique de sortie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information et conseils au patient • Information aux professionnels de santé de ville <p>7. Participation à la protocolisation et à la mise à jour des protocoles de prescription et d'administration en lien avec le pharmacien référent</p> <p>8. Informations sur le bon usage du médicament dans les unités de soins</p> <p>9. Informations aux programmes d'éducation thérapeutique</p> <p>10. Participation au recueil et à l'analyse des indicateurs d'activité en lien avec l'Omedit</p> <p>11. Présentation et promotion de l'activité de pharmacie clinique au sein de l'établissement</p> <p>12. Ils participeront de façon active à la gestion du projet et devront notamment identifier les facteurs limitant au bon déploiement de la conciliation (en terme d'organisation, d'information des données, d'accès aux sources d'information...). Suite à ce diagnostic partagé avec les professionnels de l'établissement ils devront proposer des pistes d'amélioration en proposant des notes de synthèse, en participant à la rédaction de procédures, modes opératoires, cahier des charges si nécessaire.</p>		

POUR LA SÉCURITÉ DE NOS SOINS JOUONS COLLECTIF !

FAIS
LA PASSE !



semaine
en la sécurité
des patients

lauréat
concours
2015

Les lettres de liaison sécurisent notre parcours de soins

+ de partage

+ de continuité

+ d'efficacité



Conciliation médicamenteuse

COMEDIMS
Médicaments
Dispositifs Médicaux

La conciliation médicamenteuse

- ✓ C'est un processus **pluri professionnel** applicable à tous les patients, en priorité aux patients à risques
- ✓ Elle consiste à **partager les connaissances exhaustives** de tous les traitements entre les différentes structures et soignants (ville, hôpital et médico-social) et à chaque point de transition
- ✓ Elle permet d'assurer la **continuité du traitement** et ainsi d'améliorer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse tout au long du parcours de soins

Entrée
Transferts
Sortie

Médecine libérale
EHPAD
Domicile
Officine
Hôpital

L'information partagée pour un traitement adapté

Les étapes clés de la conciliation médicamenteuse

- Recueil des informations sur le traitement du patient à partir de 3 sources différentes
- Elaboration de la **liste complète et exhaustive** de tous les médicaments pris et à prendre par le patient
- **Analyse médico-pharmaceutique** des divergences non intentionnelles identifiées aux points de transition
- **Adaptation et optimisation** de la prescription hospitalière
- **Information du patient, éducation thérapeutique** sur son nouveau traitement
- **Communication avec les professionnels de ville**

semaine de sécurité des patients
lauréat concours 2015

Conciliation médicamenteuse

COMEDIMS
Médicaments
Dispositifs Médicaux

Evènements indésirables médicamenteux =

De trop nombreux cas d'hospitalisations évitables chaque année

Ces erreurs surviennent principalement au **points de transition** du parcours de soins du patient, à cause d'un **défaut de transmission d'information** entre les professionnels de santé

Médecine libérale
Domicile
Officine
Hôpital
Médico-social

?!@#?!?

La CONCILIATION MEDICAMENTEUSE

est une collaboration pluri professionnelle autour du patient et de sa famille qui consiste à recueillir, analyser et optimiser les prescriptions médicamenteuses du patient en favorisant le lien ville-hôpital, pour renforcer sa sécurité tout au long de son parcours de soins

Je suis acteur de ma santé : j'y participe!

Mon bilan médicamenteux optimisé

Ensemble, nous avons réconcilié votre traitement médicamenteux

Continuité
Pertinence
Efficacité

Concilier, c'est partager les informations pour sécuriser la prescription

semaine de la sécurité des patients

Annexe VI : Sensibilisation des professionnels de santé grâce aux études de cas

Des exemples de cas fournis par les établissements MED'REC ou par d'autres établissements mettent en évidence la nécessité de mettre en œuvre l'activité de conciliation pour éviter des erreurs préjudiciables pour le patient

1) Repérage d'un cas d'automédication et prévention du risque hémorragique en chirurgie programmée

Un jeune patient est hospitalisé dans le service de chirurgie orthopédique pour une opération programmée. Lors de la visite pré-anesthésique, aucun traitement habituel n'est relevé. Par la conciliation des traitements médicamenteux, il est révélé que le patient a pris en automédication 2g/j d'ASPIRINE® (acide acétylsalicylique) pendant deux jours consécutifs. Le bloc a été annulé afin de prévenir le risque hémorragique.

2) Repérage d'un cas de non transmission des traitements prescrits par le spécialiste lors de l'admission en établissement de santé permettant d'éviter la rupture d'un traitement majeur

Un patient est hospitalisé dans un service de médecine. L'ordonnance du médecin traitant est apportée par le patient lors de l'admission. La conciliation des traitements médicamenteux permet de détecter une prescription concomitante de l'ophtalmologiste dans un contexte d'intervention ophtalmique chirurgicale récente. Les patients ne sont pas sensibilisés à apporter lors d'admission en établissement de santé les ordonnances des spécialistes (notamment les médicaments à visées ophtalmologiques), qu'ils considèrent comme secondaires. La conciliation des traitements médicamenteux permet de recueillir l'ensemble des traitements pris par le patient avant l'admission.

3) Repérage et arrêt d'un cas d'iatrogénie médicamenteuse ayant notamment engendré une chute

Un patient âgé est hospitalisé dans le service d'orthopédie pour chute. Le patient a apporté lors de l'admission l'ensemble de ses ordonnances en cours de validité : une prescription réalisée par le médecin psychiatre ainsi qu'une autre prescription du médecin généraliste comprenant plusieurs psychotropes

(benzodiazépines aux posologies habituelles sans adaptation pour la personne âgée), le patient étant « étiqueté » agité. Une redondance de traitement de même classe pharmacologique est retrouvée. Lors de la rédaction de la prescription par le médecin généraliste, le compte rendu de la consultation du psychiatre n'avait pas été réceptionné. Le médecin traitant n'avait alors pas connaissance de l'ajout de ces nouveaux traitements. La conciliation des traitements médicamenteux a permis de mettre en évidence un surdosage en benzodiazépines causé par une absence de coordination entre le médecin traitant et le médecin spécialiste.

4) Repérage d'un mésusage médicamenteux à l'origine d'iatrogénie

Un patient est hospitalisé pour une hépatite d'origine inconnue. Son traitement habituel est « repris » pendant l'hospitalisation. L'appel de la pharmacie d'officine dans le cadre de la conciliation des traitements médicamenteux a permis de retracer l'historique médicamenteux et nous apprend que plusieurs ordonnances successives d'AUGMENTIN® (amoxicilline/acide clavulanique) ont été prescrites par le médecin traitant pendant plus de deux mois pour pneumopathie persistante. Ces informations sont communiquées au médecin et au Centre Régional de Pharmacovigilance (CRPV) et permettent d'émettre un diagnostic d'hépatite d'origine médicamenteuse.

5) Optimisation d'un diagnostic lié à une iatrogénie médicamenteuse

Un patient suivi régulièrement par le service est hospitalisé en médecine pour un état confusionnel. Les antécédents du patient comportent notamment un cancer du rein avec traitement récemment introduit par AFINITOR® (évérolimus) ainsi que des morphiniques pour douleurs de métastases osseuses. Le bilan biologique d'entrée montre une insuffisance rénale aigue (IRA). La prise d'AFINITOR® est suspectée comme cause iatrogène de l'IRA. Le pharmacien qui réalise la CM consulte le DP comme nouvelle source d'informations et constate la dispensation de BIROPFENID® LP 100 (kétoprofène) trois jours auparavant. La prescription d'AINS a été réalisée par un praticien du service d'oncologie du CHU dans le cadre d'une consultation de suivi (le courrier n'ayant pas été reçu par le service). L'insuffisance rénale s'est rapidement améliorée par une prise en charge symptomatique. La CM a permis de poser le diagnostic d'iatrogénie médicamenteuse par les AINS et d'éviter ainsi la perte de chance éventuelle liée à l'imputation de l'AFINITOR®.

6) Prévention du risque de surdosage médicamenteux lors du retour à domicile par la conciliation des traitements médicamenteux réalisée à la sortie

Un patient est hospitalisé dans un service de médecine. Son traitement antihypertenseur à l'admission comprend du RENITEC® (énalapril). Lors de l'hospitalisation, le traitement disponible au livret thérapeutique de l'établissement est le générique énalapril. Le médecin hospitalier prescrit lors de la rédaction du traitement de sortie : énalapril (identique au traitement de l'hospitalisation). Lors de la conciliation de sortie, une information est réalisée au lit du patient afin de lui expliquer son traitement de sortie et les changements réalisés par comparaison avec les traitements d'admission. Le patient avait notion que son traitement antihypertenseur (RENITEC®) était important et qu'il ne devait pas l'arrêter (information délivrée par son médecin traitant), il allait ainsi le poursuivre lors de son retour à domicile sans avoir connaissance que le traitement prescrit à la sortie, énalapril (générique),

était identique. Un surdosage en traitement antihypertenseur a ainsi été évité par la conciliation de sortie.

7) Diagnostic d'un cas d'iatrogénie médicamenteuse dû à une mauvaise connaissance du traitement par le patient

Un patient est hospitalisé en urgence et transféré en médecine interne après une chute à domicile et l'apparition d'un syndrome confusionnel. L'interrogatoire « patient » mené lors de la conciliation des traitements médicamenteux permet de renseigner que la patiente prend en traitement chronique SINEMET® Carbidopa/Levodopa. L'appel des professionnels de santé (pharmacien d'officine et médecin traitant), indique cependant que la patiente n'a aucune prescription de Carbidopa/Levodopa. Ce traitement est destiné à son mari atteint de la maladie de Parkinson. Les effets indésirables à l'origine de l'hospitalisation ont été imputés au Carbidopa/Levodopa. La conciliation des traitements médicamenteux permet de mettre en évidence les problèmes de connaissance et de compréhension des traitements par le patient.

8) Repérage d'un arrêt de traitement par omission lors de l'admission

Un patient âgé (79 ans) est admis aux urgences pour dyspnée brutale. L'interrogatoire à l'admission est difficile. La conciliation des traitements médicamenteux réalisée dans les 24h de l'admission permet de révéler l'arrêt du PREVISCAN® fluindione sur la prescription médicale d'admission, traitement anticoagulant administré à domicile. Le traitement est réintroduit par le médecin hospitalier avant la prise quotidienne du soir, évitant le saut de prise.

Vous avez participé dans le cadre de votre stage clinique au recueil de données du processus de conciliation.

Définition

Définissez pour vous en 2 ou 3 phrases la conciliation médicamenteuse

.....

Contexte de votre stage

- Service avec analyse d'ordonnance et présence pharmaceutique dans le service
- Service avec analyse d'ordonnance sans présence dans le service
- Service sans analyse d'ordonnance

Evaluation du processus

1. La conciliation médicamenteuse réalisée par les équipes pharmaceutiques est un processus

Indispensable Tout-à-fait d'accord Partiellement d'accord Pas d'accord

Complémentaire du travail médical ou soignant

Tout-à-fait d'accord Partiellement d'accord Pas d'accord

Redondant Tout-à-fait d'accord Partiellement d'accord Pas d'accord

Inutile dans la prise en charge du patient

Tout-à-fait d'accord Partiellement d'accord Pas d'accord

2. Comment votre travail a-t-il été perçu dans le service de soins

Nécessaire Tout-à-fait d'accord Partiellement d'accord Pas d'accord

Redondant Tout-à-fait d'accord Partiellement d'accord Pas d'accord

Inutile Tout-à-fait d'accord Partiellement d'accord Pas d'accord

3. Ce travail vous a permis de mieux vous intégrer dans le service

Tout-à-fait d'accord Partiellement d'accord Pas d'accord

Formation

Vous avez reçu une formation pour réaliser cette première étape de conciliation, vous semble-t-elle

Indispensable Tout-à-fait d'accord Partiellement d'accord Pas d'accord

Adaptée Tout-à-fait d'accord Partiellement d'accord Pas d'accord

Insuffisante Tout-à-fait d'accord Partiellement d'accord Pas d'accord

Inutile Tout-à-fait d'accord Partiellement d'accord Pas d'accord

Axes d'amélioration

Quels axes d'amélioration avez-vous à proposer

Guide d'entretien patient

Comment aborder le patient ?

Se présenter lors de l'entrée dans la chambre

Demander l'identité du patient

Demander l'autorisation pour s'asseoir

Poser des questions ouvertes

Avoir un discours adapté au niveau de compréhension du patient

Recueillir les informations sur les traitements du patient :

- Avez-vous ouvert un dossier pharmaceutique ? Pouvons-nous accéder à vos données ?
- Avez-vous une liste de vos médicaments ? Êtes-vous venu avec vos ordonnances (Médecin traitant et/ou spécialiste(s) et ou médecin hospitalier) ?
- Êtes-vous porteur d'un stent ?
- Avez-vous apporté vos médicaments habituels (boîtes) ?
 - Si oui, les avez-vous dans votre chambre ? Les infirmières sont-elles au courant ?
 - Les prenez-vous en plus des médicaments qui vous sont donnés par les infirmières ? (Si oui, le savent elles ?)
- Si le patient ne les connaît pas :
 - Y a-t-il un membre proche qui connaît votre traitement ?
 - Comment pouvons-nous le joindre ?

Confronter les médicaments aux antécédents du patient

- pour quelle pathologie?
- pour quel organe?

Remarque : Nous avons le droit nous aussi de ne pas savoir à quoi sert un médicament. Le reconnaître, facilite l'échange avec le patient en favorisant le décloisonnement. Un retour vers le patient doit être réalisé pour partager les informations qui pourraient lui être utiles.

Avoir une idée de l'observance

- Comment prenez-vous vos médicaments ?
 - combien,
 - quand
 - à quelle fréquence
 - Depuis combien de temps avez-vous ce traitement ?
- A-t-il été modifié récemment ? Si oui savez-vous pourquoi ?
- Avez-vous des difficultés pour les prendre (oubli, effets indésirables) ?

Identifier les allergies

- Êtes-vous allergique à certains médicaments ?
- Si oui : « Vous souvenez-vous desquels ? » ;
- Comment se manifeste cette allergie ?
- En avez-vous déjà parlé à un professionnel de santé ?

Points à approfondir :

Insister sur les médicaments particuliers suivants et sur les fréquences (formes retard/hebdomadaires).

- Est-ce que vous utilisez :
 - des gouttes pour les yeux ?
 - gouttes/vaporisateur pour le nez ?
 - pommades/crèmes ?
 - patchs ?
 - implants contraceptifs ?
 - des médicaments injectables ?
 - insuline ? « avez-vous un carnet de suivi ? »
- Avez-vous des médicaments nécessitant un suivi particulier ?
 - anticoagulants : avez-vous une carte patient ?
 - si AVK : « avez-vous un carnet de suivi ? Quel était votre INR lors de votre dernier contrôle ? » « Connaissez-vous votre INR cible ? »

Equipes pharmaceutiques de pôle du CHU de Toulouse

	Notre plus-value
<ul style="list-style-type: none"> • Antibiotiques <ul style="list-style-type: none"> – Prenez-vous des antibiotiques ? – Vous souvenez vous du nom ? – Depuis quand ? Pourquoi ? En avez-vous pris dans les 3 derniers mois ? – Savez-vous pourquoi ? • Médicaments sans prescription médicale <ul style="list-style-type: none"> – Prenez-vous des médicaments en dehors de ceux prescrits par ou un plusieurs médecins que vous achetez à la pharmacie ou par internet – Quels sont ces médicaments ? • Phytothérapie/compléments alimentaires/vitamines <ul style="list-style-type: none"> – Prenez-vous des produits à bases de plantes ou des compléments alimentaires ? Souvent ? Pour quelles raisons ? » 	<ul style="list-style-type: none"> • Entretien patient, à rechercher: <ul style="list-style-type: none"> – Confirmation des autres sources – L'automédication – Evaluation de l'observance – La phytothérapie – Les voies d'administration (usage externe) particulières – BMO clair et organisé (synthèse) • Conclusion <ul style="list-style-type: none"> • Le patient ou l'entourage = source indispensable de la conciliation (observance) • Adapter son vocabulaire • Poser des questions ouvertes • Laisser le patient s'exprimer (silences) • Reformuler les propos du patient pour être sûr d'avoir bien compris
<ul style="list-style-type: none"> • Coordonner les professionnels de santé : <ul style="list-style-type: none"> • Quel est le nom de votre médecin traitant ? (numéro de téléphone si besoin) • Allez-vous toujours à la même pharmacie ? <ul style="list-style-type: none"> – Si oui laquelle ? (nom et numéro de téléphone) – M'autorisez-vous à les appeler? – Si besoin « quel est le nom des médecins spécialistes consultés, de l'IDE » 	<p style="text-align: center;"><i>Attention, chaque patient est unique et nécessite une adaptation de notre part.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Terminer l'entretien <ul style="list-style-type: none"> • « Avez-vous d'autres questions sur vos médicaments ? » • « Si jamais vous vous rappelez de quelque chose à la suite de notre discussion, n'hésitez pas à informer le personnel soignant » • « Merci » 	

Equipes pharmaceutiques de pôle du CHU de Toulouse



Conciliation Médicamenteuse : chez quels patients pour le pôle CVR?

Rappels

- Processus formalisé **pluriprofessionnel** applicable en **priorité aux patients à risques**
- **Transmission/partage d'informations complètes et exactes** des traitements du patient entre les différentes structures/soignants
- **Assure la continuité du traitement, améliore la sécurité** de la prise en charge médicamenteuse tout au long du parcours de soins



Les étapes clés de la conciliation

- **Recueil d'information**
- Bilan Médicamenteux Optimisé : **BMO** (3 sources≠)
- Ordonnance médicaments à l'admission: **OMA**
- **Analyse et Classement** des divergences
 - **Intentionnelle/Non intentionnelle**
- Mais aussi par la suite
 - **Adaptation/optimisation** prescription hospitalière
 - **Information patient** sur nouveau traitement
 - **Communication** avec **professionnels de ville**



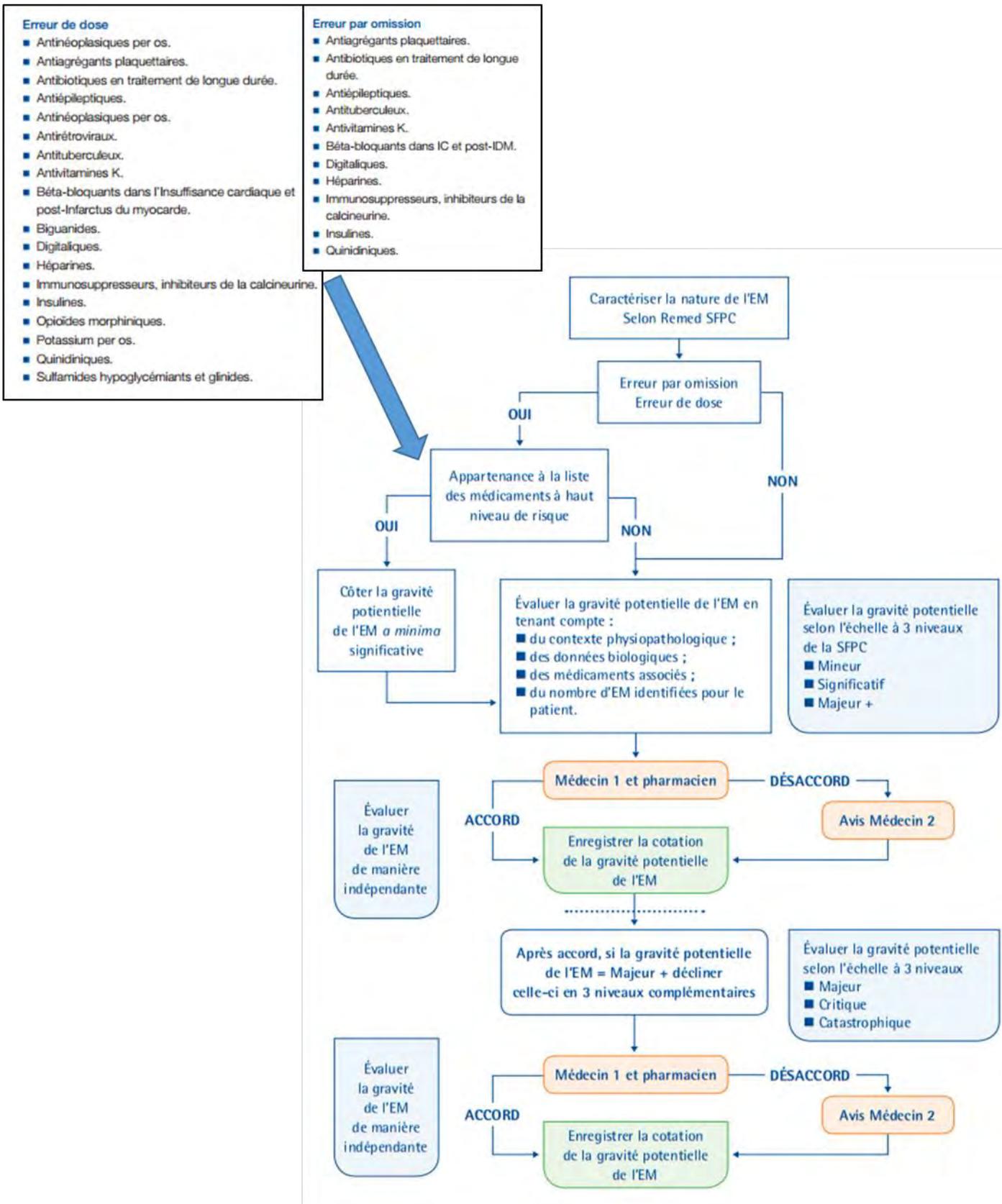
<u>Critères d'inclusion</u>	<u>Critères d'exclusion</u>	<u>Critères d'exclusion pour l'entretien patient</u>
- Entrée par les urgences - ≥ 75 ans - > 5 molécules sur ordonnance hospitalière Orbis - Transplantés Pulmonaire	- Absence d'un des critères d'inclusion - Soins palliatifs - Provenance d'un service du CHU avec activité de conciliation faite	- Mucoviscidose - HTAP - Démence - Métastases cérébrales - MH : découverte cancer pulmonaire/maladie grave - Barrière de la langue - Refus du patient/médecin

A la fin de mon entretien patient je connais :

- le traitement ambulatoire du patient
- la connaissance du traitement ambulatoire par le patient
- l'observance
- automédication ?
- EI ? allergie ?

Annexe XI: Logigramme de détermination de la gravité potentielle des erreurs médicamenteuses

(Selon le projet Med'Rec Kappa)



Annexe XII: Onglet de calcul automatisé des indicateurs de la version 2 de l'outil Excel de suivi et d'analyse de l'activité de la conciliation médicamenteuse

Fiche BILAN - Conciliation des traitements																																							
Nombre de jours ouvrés : 93	01/01/2 - 10/05/2	Nombre de patients conciliés à l'entrée et à la sortie : 0																																					
Eléments descriptifs Entrée		Eléments descriptifs Sortie																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Nombre de patients avec le BMO réalisé</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Nombre de patients avec le BMO réalisé dans les 24h suivant l'admission</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Nombre de patients avec le BMO réalisé au delà des 24h suivant l'admission</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Nombre de patients conciliés</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Nombre de patients conciliés dans les 24h</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> </table>	Nombre de patients avec le BMO réalisé	0	Nombre de patients avec le BMO réalisé dans les 24h suivant l'admission	0	Nombre de patients avec le BMO réalisé au delà des 24h suivant l'admission	0	Nombre de patients conciliés	0	Nombre de patients conciliés dans les 24h	0	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Nombre de patients avec conciliation de sortie</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Nombre d'entretiens de sortie réalisé</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> </table>	Nombre de patients avec conciliation de sortie	0	Nombre d'entretiens de sortie réalisé	0	Synthèse entrée + sortie (somme)																							
Nombre de patients avec le BMO réalisé	0																																						
Nombre de patients avec le BMO réalisé dans les 24h suivant l'admission	0																																						
Nombre de patients avec le BMO réalisé au delà des 24h suivant l'admission	0																																						
Nombre de patients conciliés	0																																						
Nombre de patients conciliés dans les 24h	0																																						
Nombre de patients avec conciliation de sortie	0																																						
Nombre d'entretiens de sortie réalisé	0																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Nombre de patients éligibles entrés dans le pôle</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Nombre de Journées d'hospitalisation pôle</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> </table>	Nombre de patients éligibles entrés dans le pôle	0	Nombre de Journées d'hospitalisation pôle	0	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Nombre de patients éligibles sortie dans le pôle</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> </table>	Nombre de patients éligibles sortie dans le pôle	0	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Nombre de conciliations</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> </table>		Nombre de conciliations	0																												
Nombre de patients éligibles entrés dans le pôle	0																																						
Nombre de Journées d'hospitalisation pôle	0																																						
Nombre de patients éligibles sortie dans le pôle	0																																						
Nombre de conciliations	0																																						
Divergences initiales entrée		Divergences initiales sortie																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Nombre de DI</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Nombre de DI non documentées</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Nombre de DNI</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> </table>	Nombre de DI	0	Nombre de DI non documentées	0	Nombre de DNI	0	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Nombre de DI</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Nombre de DI non documentées</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Nombre de DNI</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> </table>	Nombre de DI	0	Nombre de DI non documentées	0	Nombre de DNI	0	Divergences																									
Nombre de DI	0																																						
Nombre de DI non documentées	0																																						
Nombre de DNI	0																																						
Nombre de DI	0																																						
Nombre de DI non documentées	0																																						
Nombre de DNI	0																																						
Indicateurs de performance entrée		Indicateurs de performance sortie																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Nbre de patients conciliés dans les 24h/nbre de patients éligibles</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>Nombre de patients ayant bénéficiés d'une conciliation d'entrée rapporté à 1000 journées d'hospitalisation</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>Nbre de DI / nbre de patients conciliés</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>Nbre de DI non documentée / nbre de patients conciliés</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>Nbre de DNI / nbre de patients conciliés</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>Nbre de lignes d'OMA corrigé/nbre de conciliations</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>Nbre de DNI / nbre de lignes du BMO</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> </table>	Nbre de patients conciliés dans les 24h/nbre de patients éligibles	#DIV/0!	Nombre de patients ayant bénéficiés d'une conciliation d'entrée rapporté à 1000 journées d'hospitalisation	#DIV/0!	Nbre de DI / nbre de patients conciliés	#DIV/0!	Nbre de DI non documentée / nbre de patients conciliés	#DIV/0!	Nbre de DNI / nbre de patients conciliés	#DIV/0!	Nbre de lignes d'OMA corrigé/nbre de conciliations	#DIV/0!	Nbre de DNI / nbre de lignes du BMO	#DIV/0!	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Nbre de patients conciliés en sortie/nbre patients éligibles</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>Nombre de patients ayant bénéficiés d'une conciliation de sortie rapporté à 1000 journées d'hospitalisation</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>Nbre de DI / nbre de patient conciliés</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>Nbre de DI non documentées / nbre de patient conciliés</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>Nbre de DNI / nbre de patient conciliés</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>Nbre de prescriptions de sortie corrigée/nbre de conciliations</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>Nbre de DNI / nbre de lignes de la prescriptions de sortie</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> </table>	Nbre de patients conciliés en sortie/nbre patients éligibles	#DIV/0!	Nombre de patients ayant bénéficiés d'une conciliation de sortie rapporté à 1000 journées d'hospitalisation	#DIV/0!	Nbre de DI / nbre de patient conciliés	#DIV/0!	Nbre de DI non documentées / nbre de patient conciliés	#DIV/0!	Nbre de DNI / nbre de patient conciliés	#DIV/0!	Nbre de prescriptions de sortie corrigée/nbre de conciliations	#DIV/0!	Nbre de DNI / nbre de lignes de la prescriptions de sortie	#DIV/0!	Indicateurs de performance									
Nbre de patients conciliés dans les 24h/nbre de patients éligibles	#DIV/0!																																						
Nombre de patients ayant bénéficiés d'une conciliation d'entrée rapporté à 1000 journées d'hospitalisation	#DIV/0!																																						
Nbre de DI / nbre de patients conciliés	#DIV/0!																																						
Nbre de DI non documentée / nbre de patients conciliés	#DIV/0!																																						
Nbre de DNI / nbre de patients conciliés	#DIV/0!																																						
Nbre de lignes d'OMA corrigé/nbre de conciliations	#DIV/0!																																						
Nbre de DNI / nbre de lignes du BMO	#DIV/0!																																						
Nbre de patients conciliés en sortie/nbre patients éligibles	#DIV/0!																																						
Nombre de patients ayant bénéficiés d'une conciliation de sortie rapporté à 1000 journées d'hospitalisation	#DIV/0!																																						
Nbre de DI / nbre de patient conciliés	#DIV/0!																																						
Nbre de DI non documentées / nbre de patient conciliés	#DIV/0!																																						
Nbre de DNI / nbre de patient conciliés	#DIV/0!																																						
Nbre de prescriptions de sortie corrigée/nbre de conciliations	#DIV/0!																																						
Nbre de DNI / nbre de lignes de la prescriptions de sortie	#DIV/0!																																						
Type de modifications apportées aux divergences initiales détectées à l'entrée		Type de modifications apportées aux divergences initiales détectées à la sortie																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Nombre de "documentations"</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Nombre de "corrections"</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Nombre de "pas de modifications"</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> </table>	Nombre de "documentations"	0	Nombre de "corrections"	0	Nombre de "pas de modifications"	0	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Nombre de "documentations"</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Nombre de "corrections"</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Nombre de "pas de modification"</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> </table>	Nombre de "documentations"	0	Nombre de "corrections"	0	Nombre de "pas de modification"	0	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Nombre de patients conciliés/nombre de patients éligibles</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>Nombre de patients conciliés/1000 journées d'hospitalisation</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>Nbre de DI / nbre de conciliations</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>Nbre de DI non documentées / nbre de conciliations</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>Nbre de DNI / nbre de conciliations</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>Nbre de prescriptions corrigées/nbre de conciliations</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> </table>		Nombre de patients conciliés/nombre de patients éligibles	#DIV/0!	Nombre de patients conciliés/1000 journées d'hospitalisation	#DIV/0!	Nbre de DI / nbre de conciliations	#DIV/0!	Nbre de DI non documentées / nbre de conciliations	#DIV/0!	Nbre de DNI / nbre de conciliations	#DIV/0!	Nbre de prescriptions corrigées/nbre de conciliations	#DIV/0!												
Nombre de "documentations"	0																																						
Nombre de "corrections"	0																																						
Nombre de "pas de modifications"	0																																						
Nombre de "documentations"	0																																						
Nombre de "corrections"	0																																						
Nombre de "pas de modification"	0																																						
Nombre de patients conciliés/nombre de patients éligibles	#DIV/0!																																						
Nombre de patients conciliés/1000 journées d'hospitalisation	#DIV/0!																																						
Nbre de DI / nbre de conciliations	#DIV/0!																																						
Nbre de DI non documentées / nbre de conciliations	#DIV/0!																																						
Nbre de DNI / nbre de conciliations	#DIV/0!																																						
Nbre de prescriptions corrigées/nbre de conciliations	#DIV/0!																																						
Impact clinique (type d'erreur)		Impact clinique (type d'erreur)																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Mineure</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Significative</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Majeure</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Critique</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Catastrophique</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Nombre d'erreurs au moins significatives/ nombre de patients conciliés</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>Nombre d'erreurs au moins significatives corrigées</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> </table>	Mineure	0	Significative	0	Majeure	0	Critique	0	Catastrophique	0	Nombre d'erreurs au moins significatives/ nombre de patients conciliés	#DIV/0!	Nombre d'erreurs au moins significatives corrigées	0	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Mineure</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Significative</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Majeure</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Critique</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Catastrophique</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Nombre d'erreurs au moins significative/ nombre de patients conciliés</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>Nombre d'erreurs au moins significatives corrigées</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> </table>	Mineure	0	Significative	0	Majeure	0	Critique	0	Catastrophique	0	Nombre d'erreurs au moins significative/ nombre de patients conciliés	#DIV/0!	Nombre d'erreurs au moins significatives corrigées	0	Impact clinique (type d'erreur)									
Mineure	0																																						
Significative	0																																						
Majeure	0																																						
Critique	0																																						
Catastrophique	0																																						
Nombre d'erreurs au moins significatives/ nombre de patients conciliés	#DIV/0!																																						
Nombre d'erreurs au moins significatives corrigées	0																																						
Mineure	0																																						
Significative	0																																						
Majeure	0																																						
Critique	0																																						
Catastrophique	0																																						
Nombre d'erreurs au moins significative/ nombre de patients conciliés	#DIV/0!																																						
Nombre d'erreurs au moins significatives corrigées	0																																						
Nombre de médicament		Nombre de médicament																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Nombre de lignes de traitement BMO</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Nombre de lignes de traitement OMA</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Nombre de lignes de médicaments potentiellement inappropriés BMO si > 75 ans</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Nombre de lignes de médicaments potentiellement inappropriés OMA si > 75 ans</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Nombre de patients conciliés > 75 ans</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Nombre moyen de médicaments par patient BMG</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>Nombre moyen de médicament par patient OMA</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>Nombre moyen de médicaments potentiellement inappropriés BMO</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>Nombre moyen de médicaments potentiellement inappropriés OMA</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>Nombre de médicaments appartenant au répertoire des génériques à l'entrée</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>% de prescription dans le répertoire à l'entrée</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> </table>	Nombre de lignes de traitement BMO	0	Nombre de lignes de traitement OMA	0	Nombre de lignes de médicaments potentiellement inappropriés BMO si > 75 ans	0	Nombre de lignes de médicaments potentiellement inappropriés OMA si > 75 ans	0	Nombre de patients conciliés > 75 ans	0	Nombre moyen de médicaments par patient BMG	#DIV/0!	Nombre moyen de médicament par patient OMA	#DIV/0!	Nombre moyen de médicaments potentiellement inappropriés BMO	#DIV/0!	Nombre moyen de médicaments potentiellement inappropriés OMA	#DIV/0!	Nombre de médicaments appartenant au répertoire des génériques à l'entrée	#DIV/0!	% de prescription dans le répertoire à l'entrée	#DIV/0!	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Nombre de lignes de traitement de sortie</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Nombre de lignes de médicaments potentiellement inappropriés BMO si > 75 ans</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Nombre de patients conciliés > 75 ans</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>Nombre moyen de médicaments par patient à la sortie</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>Nombre moyen de médicaments potentiellement inappropriés sortie</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>Nombre de médicaments appartenant au répertoire des génériques à la sortie</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>% de prescription dans le répertoire des génériques à l'entrée</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> </table>	Nombre de lignes de traitement de sortie	0	Nombre de lignes de médicaments potentiellement inappropriés BMO si > 75 ans	0	Nombre de patients conciliés > 75 ans	0	Nombre moyen de médicaments par patient à la sortie	#DIV/0!	Nombre moyen de médicaments potentiellement inappropriés sortie	#DIV/0!	Nombre de médicaments appartenant au répertoire des génériques à la sortie	#DIV/0!	% de prescription dans le répertoire des génériques à l'entrée	#DIV/0!	Autres indicateurs	
Nombre de lignes de traitement BMO	0																																						
Nombre de lignes de traitement OMA	0																																						
Nombre de lignes de médicaments potentiellement inappropriés BMO si > 75 ans	0																																						
Nombre de lignes de médicaments potentiellement inappropriés OMA si > 75 ans	0																																						
Nombre de patients conciliés > 75 ans	0																																						
Nombre moyen de médicaments par patient BMG	#DIV/0!																																						
Nombre moyen de médicament par patient OMA	#DIV/0!																																						
Nombre moyen de médicaments potentiellement inappropriés BMO	#DIV/0!																																						
Nombre moyen de médicaments potentiellement inappropriés OMA	#DIV/0!																																						
Nombre de médicaments appartenant au répertoire des génériques à l'entrée	#DIV/0!																																						
% de prescription dans le répertoire à l'entrée	#DIV/0!																																						
Nombre de lignes de traitement de sortie	0																																						
Nombre de lignes de médicaments potentiellement inappropriés BMO si > 75 ans	0																																						
Nombre de patients conciliés > 75 ans	0																																						
Nombre moyen de médicaments par patient à la sortie	#DIV/0!																																						
Nombre moyen de médicaments potentiellement inappropriés sortie	#DIV/0!																																						
Nombre de médicaments appartenant au répertoire des génériques à la sortie	#DIV/0!																																						
% de prescription dans le répertoire des génériques à l'entrée	#DIV/0!																																						
Autres indicateurs		Autres indicateurs																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Nombre de patients avec analyse de niveau 3 / nombre de patients conciliés</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>Transmission des informations sortie aux acteurs de ville</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> </table>		Nombre de patients avec analyse de niveau 3 / nombre de patients conciliés	#DIV/0!	Transmission des informations sortie aux acteurs de ville	#DIV/0!	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Nombre de patients avec analyse de niveau 3 / nombre de patients conciliés</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>Transmission des informations sortie aux acteurs de ville</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> </table>		Nombre de patients avec analyse de niveau 3 / nombre de patients conciliés	#DIV/0!	Transmission des informations sortie aux acteurs de ville	#DIV/0!																												
Nombre de patients avec analyse de niveau 3 / nombre de patients conciliés	#DIV/0!																																						
Transmission des informations sortie aux acteurs de ville	#DIV/0!																																						
Nombre de patients avec analyse de niveau 3 / nombre de patients conciliés	#DIV/0!																																						
Transmission des informations sortie aux acteurs de ville	#DIV/0!																																						
Focus DMI		Focus DMI																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Nombre de patient avec pose d'un DMI</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>% explication du DMI</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>% remise de carte de traçabilité</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>% planification du traitement de sortie en rapport avec le DMI et explication au patient</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> </table>		Nombre de patient avec pose d'un DMI	0	% explication du DMI	#DIV/0!	% remise de carte de traçabilité	#DIV/0!	% planification du traitement de sortie en rapport avec le DMI et explication au patient	#DIV/0!	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Nombre de patient avec pose d'un DMI</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>% explication du DMI</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>% remise de carte de traçabilité</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> <tr><td>% planification du traitement de sortie en rapport avec le DMI et explication au patient</td><td style="text-align: center;">#DIV/0!</td></tr> </table>		Nombre de patient avec pose d'un DMI	0	% explication du DMI	#DIV/0!	% remise de carte de traçabilité	#DIV/0!	% planification du traitement de sortie en rapport avec le DMI et explication au patient	#DIV/0!																				
Nombre de patient avec pose d'un DMI	0																																						
% explication du DMI	#DIV/0!																																						
% remise de carte de traçabilité	#DIV/0!																																						
% planification du traitement de sortie en rapport avec le DMI et explication au patient	#DIV/0!																																						
Nombre de patient avec pose d'un DMI	0																																						
% explication du DMI	#DIV/0!																																						
% remise de carte de traçabilité	#DIV/0!																																						
% planification du traitement de sortie en rapport avec le DMI et explication au patient	#DIV/0!																																						

Aide à l'optimisation de la prescription à l'entrée (en regard de la conciliation à l'entrée)

Aide à l'optimisation de la prescription à l'entrée												
Age	A15	Taille :	B3	IMC	B5	Date bilan	C1	CI de la créatinine + résultat bio	C2	Patient preteur d'un DMI?	B6	
		Poids :	B1	Surface corporelle	B4	+Date bilan	C1n		C2n	Autonomie de prise médicamenteuse	B14	
		Poids habituel :	B2							Grossesse en cours ?	B15	
		Motif d'hospitalisation :	B7							Dialyse ?	B16	
		Suspension de cause iatrogène d'hospitalisation :		B8						Sonde entérale ?	B17	
		ATCD Médicaux :	B9									H13
		ATCD chirurgicaux :	B10									
		Cancer actif :	B11									
Indication	Classe ATC3 BMO	ATC5 BMO	Médicament à risque?	Vigilance >75ans	Livret?	STATUT	Classe ATC3 OMA	ATC5 OMA	Médicament à risque?	Vigilance >75ans	Livret?	Correct / divergence
H1M1	H2M1	H3M1	H4M1	H5M1	H6M1	H7M1	H8M1	H9M1	H10M1	H11M1	H12M1	H13M1
H1M2	H2M2	H3M2	H4M2	H5M2	H6M2	H7M2	H8M2	H9M2	H10M2	H11M2	H12M2	H13M2
H1M3	H2M3	H3M3	H4M3	H5M3	H6M3	H7M3	H8M3	H9M3	H10M3	H11M3	H12M3	H13M3
H1Mn	H2Mn	H3Mn	H4Mn	H5Mn	H6Mn	H7Mn	H8Mn	H9Mn	H10Mn	H11Mn	H12Mn	H13Mn
Temps dédié à la conciliation d'entrée :												
Temps de recueil (min) :												
D7												
Temps de l'entretien patient (min) :												
E9												
Temps de validation du BMO (min) :												
F5												
Temps de gestion des divergences (min) :												
I10												

Les cellules ayant une police **bleue** sont à saisir

Les cellules ayant une police **grise** se renseignent automatiquement (report ou calcul)

Module de recueil de l'analyse pharmaceutique

Analyse pharmaceutique					
Données biologiques					
+Date bilan	C1n	+ résultat	C2n		
Analyse pharmaceutique de niveau 3	K1		Temps dédié à l'analyse pharmaceutique (min)	K8	
Date	Nom	Problème	Intervention	Typage de l'intervention	Devenir de l'intervention
K2	K3	K4	K5	K6	K7
...					
K2n	K3n	K4n	K5n	K6n	K7n

Aide à l'optimisation de la prescription de sortie (en regard de la conciliation de sortie)

Aide à l'optimisation de la prescription de sortie												
Age	A15	Taille :	M2	IMC	M3	Date bilan	M1	Cl de la créatinine	M2			
		Poids :	M1	Surface corporelle	M4	+Date bilan	M1n	+ résultat bio	M2h			
		Poids habituel :	B3									
		Motif d'hospitalisation :	M5									
		ATCD Médicaux :	M6									
		ATCD chirurgicaux :	M7									
		Cancer actif :	M8									
Indication	Classe ATC3 BMO	ATC5 BMO	Répertoire générique BMO	Vigilance BMO >75ans	Niveau ASMR (max) BMO	STATUT	Classe ATC3 sortie	ATC5 sortie	Répertoire générique sortie	Vigilance >75ans sortie	Niveau ASMR (max) sortie	Correct / divergence
Q1M1	Q2M1	Q3M1	Q4M1	Q5M1	Q6M1	Q7M1	Q8M1	Q9M1	Q10M1	Q11M1	Q12M1	Q13M1
Q1M2	Q2M2	Q3M2	Q4M2	Q5M2	Q6M2	Q7M2	Q8M2	Q9M2	Q10M2	Q11M2	Q12M2	Q13M2
Q1M3	Q2M3	Q3M3	Q4M3	Q5M3	Q6M3	Q7M3	Q8M3	Q9M3	Q10M3	Q11M3	Q12M3	Q13M3
Q1Mn	Q2Mn	Q3Mn	Q4Mn	Q5Mn	Q6Mn	Q7Mn	Q8Mn	Q9Mn	Q10Mn	Q11Mn	Q12Mn	Q13Mn
		Coût / DDD BMO :		Q14					Coût / DDD prescription de sortie	Q15		
		Temps dédié à la conciliation de sortie :										
		Temps de gestion des divergences (min) :										
		Temps de l'entretien patient (min) :										

Les cellules ayant une police **bleue** sont à saisir
 Les cellules ayant une police **grise** se renseignent automatiquement (report ou calcul)

Fiche support de l'entretien patient/communication avec la ville

Logo de l'établissement	<i>Entretien pharmaceutique de sortie d'hospitalisation</i>			Pharmacie :	U6 U7
Patient :				Médecin traitant :	U8 U9
Nom	U2				
Prénom	U3	U1			
DDN	U4	U5			
Médicaments habituels avant l'admission.					
Médicaments DCI	Posologie	But du traitement	Prescrit sur l'ordonnance de sortie	Commentaires (durée, surveillance, justification de l'arrêt)	
V1M1	V2M1	V3M1	V4M1	V5M1	
V1M2	V2M2	V3M2	V4M2	V5M2	
V1M3	V2M3	V3M3	V4M3	V5M3	
V1Mn	V2Mn	V3Mn	V4Mn	V5Mn	
Médicaments ajoutés au traitement habituel					
Médicaments DCI	Posologie	But du traitement	Commentaires (durée, surveillance, justification de l'arrêt)		
W1M1	W2M1	W3M1	W4M1		
W1M2	W2M2	W3M2	W4M2		
W1M3	W2M3	W3M3	W4M3		
W1Mn	W2Mn	W3Mn	W4Mn		
<p>Vous venez d'être hospitalisé au "....." : Lors de votre arrivée, un bilan de l'ensemble de votre traitement médicamenteux a été réalisé. Des modifications ont été apportées pendant votre séjour. Vous trouverez ci-dessus les motifs d'arrêt et le traitement que vous devez poursuivre à votre domicile. Celui-ci sera adapté si nécessaire par votre médecin traitant lors de votre prochaine consultation</p>					
Signature pharmacien :				Signature patient :	
<p><i>Ce document est destiné à vous aider sur votre traitement médicamenteux. Il peut être également transmis à votre médecin traitant ou votre pharmacien. Lisez attentivement les informations personnelles ci-dessus, ces informations vous sont propres et peuvent ne pas convenir à votre entourage. Ne sortez les médicaments de leurs conditionnements qu'au moment de les prendre. Ne changez pas vous-même votre traitement ni une posologie, n'arrêtez pas vous-même des traitements. Informez votre médecin traitant ou votre pharmacien de tout effet indésirable, vous pouvez les déclarer vous-même sur le site suivant : https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/certa_15031.do</i></p>					

Les cellules ayant une police **bleue** sont à saisir

Les cellules ayant une police grise se renseignent automatiquement (report ou calcul)

Recueil du suivi du patient à la sortie d'hospitalisation et score de satisfaction globale

Suivi du patient :	
Le patient a bénéficié d'une revue de médication à 45 jours après sa sortie d'hospitalisation	X1
Date du bilan de médication	X2
Numéro d'anonymisation revue de médication	X3
Bilan transmis au médecin généraliste	X4
Nombre d'optimisations thérapeutiques consécutives à une intervention pharmaceutique	X5
Nombre d'erreurs médicamenteuses évitables intercepté lors du bilan de médication	X6
Modification d'ordonnance suite au bilan de médication	X7
Description des erreurs évitables modifiées	X8
Nombre de médicaments potentiellement inappropriés après le bilan de médication	X9
Score de qualité de vie des patients selon une échelle EQ-5D-3L	X10
Le patient a été recontacté dans les 6 mois après sa sortie	X11
Le patient a un événement iatrogène à 3 mois	X12
Nombre de passage aux urgences dans les 3 mois	X13
Ré-hospitalisation non programmée à 3 mois	X14
Cause de la ré-hospitalisation non programmée	X15
Durée de la ré-hospitalisation non programmée	X16
Commentaires	X17
Nombre de consultations chez le médecin traitant	X18
Nombre de consultations chez les médecins spécialistes	X19
Consultation du dossier communiquant de cancérologie par les professionnels de santé libéraux.	X20
Ajouter un commentaire :	
Identification du rédacteur	Y1
Sujet	Y2
Commentaires	Y3
Possibilité d'ajouter n commentaires	Yn

Score de satisfaction globale du projet	
Score de satisfaction du patient selon une échelle de Likert	Z1
Commentaires patient	Z1c
Score de satisfaction des médecins hospitaliers selon une échelle de Likert	Z2
Commentaires médecins hospitaliers	Z2c
Score de satisfaction du médecin traitant selon une échelle de Likert	Z3
Commentaires médecin traitant	Z3c
Score de satisfaction du pharmacien d'officine selon une échelle de Likert	Z4
Commentaires pharmacien d'officine	Z4c
Possibilité d'ajouter n recueil de satisfaction	Zn
Commentaires autres	Znc

<input type="checkbox"/> Très satisfait	<input type="checkbox"/> Satisfait	<input type="checkbox"/> Moyennement satisfait	<input type="checkbox"/> Peu satisfait	<input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait
---	------------------------------------	--	--	--

Ici n'est prévu que de recueillir la satisfaction globale des différents intervenants sur le processus mis en place. Un bilan de satisfaction plus détaillé pourra être mise en œuvre.

Annexe XIV : Estimation de l'impact clinique lors de l'étude de faisabilité de l'outil Excel sur les 200 conciliations d'entrée

	Famille	mineure	significative	majeure	critique	Total général
DIGESTIF		7	7	3		17
	IPP	1 (rythme)				1
	ANTITHROMBOTIQUES		1 (oubli)	1 (dosage)		2
	BETABLOQUANTS	1 (rythme)				1
	AGENTS MODIFIANT LIPIDES	1 (oubli)				1
	CORTICOIDES A USAGE SYSTEMIQUE		1 (dosage)			1
	ANALGESIQUES		3 (posos)	1 (ajout)		4
	ANXIOLYTIQUES ET HYPNOTIQUES	2 (posos)	1 (rythme)			3
	ANTIDEPRESSEURS		1 (posos)	1 (oubli)		2
	MEDICAMENTS POUR LES SYNDROMES OBSTRUCTIFS DES VOIES AERIENNES	1 (ajout)				1
	ANTI-HISTAMINIQUES A USAGE SYSTEMIQUE	1 (posos)				1
GERIATRIE		4	2	1		7
	ANTITHROMBOTIQUES			1 (posos)		1
	DIURETIQUES		1 (rythme)			1
	MEDICAMENTS AGISSANT SUR LE SYSTEME RENINE-ANGIOTENSINE	2 (dosage + posos)				2
	ANXIOLYTIQUES ET HYPNOTIQUES	1 (posos)				1
	MEDICAMENTS POUR LES SYNDROMES OBSTRUCTIFS DES VOIES AERIENNES		1 (posos)			1
	MEDICAMENTS OPHTALMOLOGIQUES	1 (posos)				1
Uro-néphro		1				1
	IPP	1 (voie)				1
CARDIO		6	3			9
	SUPPLEMENTS MINERAUX	2 (oublis)				2
	BETABLOQUANTS		2 (oubli + posos)			2
	AGENTS MODIFIANT LIPIDES	1 (rythme)				1
	ANALGESIQUES	1 (ajout)				1
	ANTIPARKINSONIENS	1 (posos)				1
	MEDICAMENTS POUR LES SYNDROMES OBSTRUCTIFS DES VOIES AERIENNES	1 (dosage)				1
	CHELATEUR DU PHOSPHORE		1 (oubli)			1
CVR		6	4	1	3	14
	IPP	1 (rythme)				1
	ANTITHROMBOTIQUES	1 (ajout)				1
	INHIBITEURS CALCIQUES	1 (produit)				1
	MEDICAMENTS UROLOGIQUES	1 (oubli)				1
	MEDICAMENTS DE LA THYROIDE	1 (posos)				1
	ANTIBACTERIENS A USAGE SYSTEMIQUE		2 (oublis)	1 (oubli)		3
	IMMUNOSUPPRESSEURS				1 (oubli)	1
	ANTIEPILEPTIQUES				2 (posos)	2
	ANTIPARKINSONIENS		1 (posos)			1
	ANTIDEPRESSEURS	1 (rythme)				1
	MEDICAMENTS POUR LES SYNDROMES OBSTRUCTIFS DES VOIES AERIENNES		1 (oubli)			1

Annexe XV : Indicateurs retenus pour le projet DGOS

Thème	Indicateurs
Indicateurs de processus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de patients ayant bénéficié d'une conciliation d'entrée ▪ Nombre de patients ayant bénéficié d'une analyse pharmaceutique pendant leur hospitalisation ▪ Nombre de patients ayant bénéficié d'une conciliation de sortie ▪ Nombre de patients ayant bénéficié d'un bilan de médication avec le pharmacien d'officine rapporté au nombre de patients inclus à la sortie d'hospitalisation. ▪ Nombre de bilans transmis au médecin généraliste rapporté au nombre de patients ayant bénéficié d'un bilan de médication. ▪ Taux de consultations du dossier communiquant de cancérologie par les professionnels de santé libéraux. ▪ Temps dédié à la formation et temps consacré aux interventions pour les différents professionnels
Indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de modifications thérapeutiques consécutives à une intervention pharmaceutique (divergences non intentionnelles, et propositions d'optimisation). ▪ Nombre d'erreurs médicamenteuses évitables. ▪ Nombre de divergences non intentionnelles identifiées lors de la conciliation d'entrée et de sortie. ▪ Nombre de bilans de médication ayant abouti à au moins une modification de l'ordonnance. ▪ Proportion de patients ayant au moins une prescription potentiellement inappropriée à l'entrée d'hospitalisation et après le bilan de médication. ▪ Nombre d'évènements iatrogènes médicamenteux à 3 mois ▪ Nombre de patients ayant bénéficié d'une information spécifique sur le dispositif médical implanté
Indicateurs qualitatifs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualité de vie des patients selon une échelle EQ-5D-3L ▪ Score de satisfaction des professionnels de santé selon une échelle de Likert
Indicateurs d'impact budgétaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation du coût de prise en charge des patients du point de vue de l'assurance maladie : consommation pharmaceutique, hospitalisation et passage aux urgences, consultations ▪ Evaluation du ratio coût utilité de l'intervention et de son impact budgétaire pour l'assurance maladie.

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des Maîtres de la Faculté et de mes Condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la Santé Publique, ma profession avec conscience et de respecter, non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement,

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine,

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

AUTOR: MARCHAND Marie

2016 / T0U3 / 2092

TITLE: HOW TO IMPLEMENT MEDICATION RECONCILIATION IN MIDI-PYRENEES:
PREPARATORY WORK FOR THE PROJECT

THESIS SUPERVISORS: Dr POMIES Sylvie, Dr CESTAC Philippe

PLACE AND DATE OF DEFENSE: October 27, 2016 at the Faculty of Pharmacy of Toulouse

ABSTRACT

Drug-induced disease is a major public health concern. Medication reconciliation is a multidisciplinary process aimed at ensuring care continuity across all stages of patient care, thus mitigating the risk of medication errors due to a lack of communication between health professionals. Many experiments show the benefits of this approach. However, the challenge today is to integrate it in the current practice and on a grand scale in order to put the patient at the heart of its care pathway.

This thesis reviews the various experiments conducted at an international, national and local level that would support institutions wishing to implement medication reconciliation. It also offers various useful tools for institutional deployment. In the former region Midi-Pyrénées, an innovative approach based on a joined-up thinking between health care facilities is underway, with a view to setting up an interdisciplinary medication management centered on the patient as a *continuum* across all health professionals.

ADMINISTRATIVE DISCIPLINE: CLINICAL PHARMACY

KEY-WORDS: Medication reconciliation, Clinical Pharmacy, Health System Research, care coordination

INSTITUTION: Université Paul Sabatier Toulouse III – Faculté des Sciences
Pharmaceutiques – 35 chemin des Maraîchers – 31062 TOULOUSE Cedex 9

AUTEUR : MARCHAND Marie

2016 / TOU3 / 2092

TITRE : AIDE AU DEPLOIEMENT DE LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE SUR LE TERRITOIRE MIDI-PYRENEE : TRAVAUX PREPARATOIRES A LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET

DIRECTEURS DE THESE : Mme le Dr POMIES Sylvie et Mr le Dr CESTAC Philippe

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Le 27 octobre 2016, Faculté de Pharmacie de Toulouse

RESUME

La iatrogénie médicamenteuse constitue un problème de santé publique majeur. La conciliation médicamenteuse est un processus pluridisciplinaire qui vise à assurer la continuité des soins entre les différentes étapes de la prise en charge d'un patient limitant ainsi le risque d'erreurs médicamenteuse dues à un défaut de communications entre les professionnels de santé. De nombreuses expérimentations démontrent les bénéfices de cette démarche. Cependant, l'enjeu d'aujourd'hui est d'arriver à l'intégrer dans la pratique courante et à grande échelle afin de replacer le patient au centre de son parcours de soins.

Ce mémoire fait le point sur les différentes expérimentations menées au niveau international, national et local pouvant servir d'argumentaire aux établissements souhaitant mettre en œuvre la conciliation médicamenteuse. Il propose également divers outils utiles au déploiement institutionnel. Dans l'ex-région Midi-Pyrénées, une démarche innovante basée sur une réflexion commune multi-établissement est en cours, afin de mettre en place une prise en charge médicamenteuse transversale centré sur le patient sous forme d'un *continuum* entre les divers acteurs de sa santé.

DISCIPLINE administrative : PHARMACIE CLINIQUE

MOTS-CLES : Conciliation médicamenteuse, lien-ville hôpital, pharmacie clinique, coordination des professionnels de santé, organisation du système de santé

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR : Université Paul Sabatier Toulouse III – Faculté des Sciences Pharmaceutiques – 35 chemin des Maraîchers – 31062 TOULOUSE Cedex 9
