

UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER

FACULTE DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

ANNEE 2016

2016 TOU3 2111

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

après soutenance du

**Mémoire du DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
de PHARMACIE HOSPITALIERE**

Présentée et soutenue publiquement le 8 décembre 2016

par

ARNAUD Audrey

**LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE EN
PSYCHIATRIE : EXPERIENCE PRATIQUE AU
CENTRE HOSPITALIER GERARD MARCHANT**

Directeur de thèse : Docteur Mylène SEGONDS

JURY

Président

Madame le Professeur Brigitte SALLERIN

1^{er} assesseur

Monsieur le Docteur Jean GRELLET

2^{ème} assesseur

Madame le Docteur Laurence BONNET

3^{ème} assesseur

Monsieur le Docteur Radoine HAOUI

4^{ème} assesseur

Madame le Docteur Mylène SEGONDS

UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER

FACULTE DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

ANNEE 2016

2016 TOU3 2111

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

après soutenance du

**Mémoire du DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
de PHARMACIE HOSPITALIERE**

Présentée et soutenue publiquement le 8 décembre 2016

par

ARNAUD Audrey

**LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE EN
PSYCHIATRIE : EXPERIENCE PRATIQUE AU
CENTRE HOSPITALIER GERARD MARCHANT**

Directeur de thèse : Docteur Mylène SEGONDS

JURY

Président

Madame le Professeur Brigitte SALLERIN

1^{er} assesseur

Monsieur le Docteur Jean GRELLET

2^{ème} assesseur

Madame le Docteur Laurence BONNET

3^{ème} assesseur

Monsieur le Docteur Radoine HAOUI

4^{ème} assesseur

Madame le Docteur Mylène SEGONDS

**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		Universitaires	
M. CHATELUT E	Pharmacologie	Mme BARRE A	Biologie
M. FAVRE G	Biochimie	Mme BAZIARD G	Chimie pharmaceutique
M. HOUIN G	Pharmacologie	Mme BENDERBOUS S	Mathématiques – Biostat.
M. PARINI A	Physiologie	M. BENOIST H	Immunologie
M. PASQUIER C (Doyen)	Bactériologie - Virologie	Mme BERNARDES-GÉNISSON V	Chimie thérapeutique
Mme ROQUES C	Bactériologie - Virologie	Mme COUDERC B	Biochimie
Mme ROUSSIN A	Pharmacologie	M. CUSSAC D (Vice-Doyen)	Physiologie
Mme SALLERIN B	Pharmacie Clinique	Mme DOISNEAU-SIXOU S	Biochimie
M. SIÉ P	Hématologie	M. FABRE N	Pharmacognosie
M. VALENTIN A	Parasitologie	M. GAIRIN J-E	Pharmacologie
		Mme MULLER-STAUMONT 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 DERAËVE 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

Madame le Professeur Brigitte Sallerin,

Professeur des Universités

Pharmacien praticien hospitalier au CHU de Toulouse

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse, je vous en remercie très sincèrement. Soyez assurée de toute ma reconnaissance et de mon profond respect pour toute l'énergie que vous employez dans l'encadrement et la formation des internes en pharmacie hospitalière.

Monsieur le Docteur Jean Grellet,

Maître de Conférence des Universités

Pharmacien praticien hospitalier au CHU de Bordeaux

Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites de siéger dans ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect et de ma gratitude.

Madame le Docteur Laurence Bonnet,

Pharmacien praticien hospitalier au CH Gérard Marchant à Toulouse

Tu m'as proposé ce sujet et tu me fais l'honneur de le juger. Je te remercie pour la confiance que tu m'as témoignée tout au long de ce projet. Merci pour ta rigueur, ta disponibilité et ton dynamisme. C'est avec grand plaisir que j'ai pu travailler durant une année au sein de ton service. Que cette thèse soit le témoignage de la profonde estime que je te porte.

Monsieur le Docteur Radoine Haoui,

Psychiatre praticien hospitalier au CH Gérard Marchant à Toulouse

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Merci pour votre accueil dans votre unité et pour votre soutien en tant que président de la CME tout au long de ce projet.

Madame le Docteur Mylène Segonds,

Pharmacien praticien hospitalier CH Gérard Marchant à Toulouse

Je te remercie très sincèrement d'avoir encadré mon travail de thèse. Je te suis très reconnaissante pour toute l'aide que tu m'as apportée ainsi que pour tes précieux conseils. J'ai été très heureuse de travailler à tes côtés, tant humainement que professionnellement. Ton soutien et ta disponibilité ont été précieux tout au long de cette thèse. Sois assurée de mon amitié et de mon profond respect.

A l'équipe de la pharmacie de l'hôpital Marchant,

A Anne-Marie, Corinne, Cindy, Mélanie, Clémence, Christopher, Chantal, Caroline, Janine, Charlotte et Brigitte. Merci pour votre accueil chaleureux et votre sympathie, c'est avec grand plaisir que j'ai partagé avec vous ces deux semestres d'internat. .

Merci à Jean-Baptiste pour sa motivation et sa grande participation au recueil des données.

A Stéphane,

Merci pour ta présence au quotidien, ta patience et ton aide si précieuse à l'élaboration de cette thèse. Merci pour tes relectures et tes nombreux conseils de geek ! Merci pour tous ces moments de bonheur passés à tes côtés, et pour tous ceux à venir...

A ma famille,

A mes parents, merci pour votre soutien inconditionnel et vos encouragements durant ces longues années d'étude. Je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous avez fait pour moi. Pour tout l'amour que vous me portez et qui fait ce que je suis aujourd'hui.

A Xavier, mon frère, merci pour tes nombreuses traductions en anglais durant ces années d'études ! En espérant pouvoir te voir plus souvent malgré la distance qui nous sépare...

A mon grand-père et à Jeanne, merci pour tous ces bons moments passés ensemble.

A mes amis,

A Naïs, Manue, Claire et Magda, merci les filles pour tous ces moments si précieux partagés avec vous durant ces années de fac et d'internat, pour tous nos restos, nos moments de rigolades, et tous nos week-ends à venir !

A ma p'tite Anne-Lise, merci pour cette belle amitié, ta bonne humeur et ta motivation sans faille ! C'est avec beaucoup de bonheur que j'ai partagé deux semestres d'internat avec toi !

A mon co-interne de toujours, Pierre : à toutes tes blagues et à nos nombreux fous rires, ces deux semestres n'auraient pas été les mêmes sans toi !

A mes co-internes du stage actuel pour leur compréhension durant ces dernières semaines : merci à Adeline, Marine, François, Eve-Marie et Théa.

A tous ceux qui ont été mes co-internes ou que j'ai rencontrés durant ces années d'internat : Amandine, Amélie, Alexandra, Leslie, Nolwenn, Anne-Sophie P., Margaux, Audrey M., Corentin, Anne-Laure, Serri, Céline P., Claire, ...

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
---------------------	----------

PARTIE 1 - LA PLACE DE LA PHARMACIE CLINIQUE DANS LA LUTTE CONTRE LA IATROGENIE MEDICAMENTEUSE	10
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

1. LA PHARMACIE CLINIQUE	10
---------------------------------	-----------

1.1. CONTEXTE ET ORIGINE	10
--------------------------	----

1.2. OBJECTIFS	11
----------------	----

1.3. ROLES DU PHARMACIEN CLINICIEN	12
------------------------------------	----

1.4. IMPACT DE LA PHARMACIE CLINIQUE	13
--------------------------------------	----

1.4.1. IMPACT CLINIQUE	13
------------------------	----

1.4.2. IMPACT ECONOMIQUE	15
--------------------------	----

2. LA IATROGENIE MEDICAMENTEUSE	16
----------------------------------------	-----------

2.1. DEFINITIONS	16
------------------	----

2.2. EPIDEMIOLOGIE	18
--------------------	----

2.3. MOYENS DE PREVENTION DE LA IATROGENIE	21
--------------------------------------------	----

3. LIEN VILLE-HOPITAL	25
------------------------------	-----------

PARTIE 2 - LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE : DE LA THEORIE A LA PRATIQUE	28
------------------------------------------------------------------------------------	-----------

1. DEFINITION ET OBJECTIFS	28
-----------------------------------	-----------

2. CONTEXTE REGLEMENTAIRE	29
----------------------------------	-----------

3. METHODOLOGIE	30
------------------------	-----------

3.1. CONCILIATION D'ENTREE	30
----------------------------	----

3.1.1. ELABORATION DU BMO	32
---------------------------	----

3.1.2. COMPARAISON DU BMO AVEC L'OMA	33
--------------------------------------	----

3.1.3. ANALYSE DES DIVERGENCES	33
--------------------------------	----

3.1.4. CORRECTION DES DIVERGENCES	34
-----------------------------------	----

3.2. CONCILIATION DE SORTIE	35
3.2.1. ANALYSE DE L'ORDONNANCE DE SORTIE	36
3.2.2. TRANSMISSION DE L'INFORMATION	36
4. OUTILS	37
5. IMPACT DE LA CONCILIATION	39
6. EXPERIENCES ET ETAT DES LIEUX	41
6.1. PROJET MED'REC	41
6.2. ETAT DES LIEUX EN FRANCE	43
6.3. RETOURS D'EXPERIENCE	45
7. CONCILIATION EN PSYCHIATRIE	47
7.1. PROBLEMATIQUE EN PSYCHIATRIE	47
7.2. EXPERIENCES DE CONCILIATION EN PSYCHIATRIE	49
7.2.1. EXPERIENCES A L'ETRANGER	49
7.2.2. EXPERIENCES EN FRANCE	50
PARTIE 3 - LA MISE EN PLACE DE LA CONCILIATION AU CENTRE HOSPITALIER GERARD MARCHANT	53
<hr/>	
1. CONTEXTE	53
2. OBJECTIFS	55
3. PATIENTS ET METHODES	55
3.1. ETAPES DE LA MISE EN PLACE DU PROJET	55
3.2. TYPE D'ETUDE ET POPULATION ETUDIEE	57
3.3. METHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNEES	58
3.3.1. CONCILIATION D'ENTREE	58
3.3.2. CONCILIATION DE SORTIE	59
3.4. CRITERES D'ANALYSE	60

4. RESULTATS	62
4.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	62
4.2. CONCILIATION D'ENTREE	63
4.2.1. DELAI DE CONCILIATION	63
4.2.2. SOURCES D'INFORMATIONS	64
4.2.3. COMPARAISON DU BMO AVEC L'OMA	67
4.2.4. ANALYSE DES DIVERGENCES	68
4.2.5. ANALYSE DES DNI	70
4.2.6. CRITERES D'EVALUATION MED'REC	74
4.3. CONCILIATION DE SORTIE	74
5. DISCUSSION	75
5.1. ANALYSE DES RESULTATS DE L'ETUDE CONCERNANT LA CONCILIATION D'ENTREE	75
5.1.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	75
5.1.2. TEMPS NECESSAIRE	76
5.1.3. SOURCES D'INFORMATIONS	76
5.1.4. DIVERGENCES	78
5.1.5. INDICATEURS MED'REC	80
5.2. ROLE DE L'INTERNE	81
5.3. DIFFICULTES RENCONTREES	82
5.3.1. LIEES A LA PSYCHIATRIE	82
5.3.2. NON SPECIFIQUES	83
5.3.3. CONCILIATION DE SORTIE	84
5.4. QUEL AVENIR POUR LA CONCILIATION AU CH MARCHANT ?	86
CONCLUSION	90
BIBLIOGRAPHIE	91
ANNEXES	101

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Relation entre les effets iatrogènes médicamenteux, les erreurs médicamenteuses et les effets indésirables	18
Figure 2 : Répartition des facteurs contributifs des EIG évitables identifiés pendant l'hospitalisation - ENEIS 2009	20
Figure 3 : Principe de la conciliation d'entrée	31
Figure 4 : Organigramme de l'analyse des divergences	34
Figure 5 : Principe de la conciliation de sortie	35
Figure 6 : Fiche d'information à l'occasion de la Semaine de la Sécurité des Patients : "Conciliation médicamenteuse : à l'entrée... et à la sortie"	38
Figure 7 : Echelle de Hatoum	61
Figure 8 : Origine des patients	62
Figure 9 : Délai entre l'admission et la conciliation	63
Figure 10 : Répartition du nombre de sources consultées par patient	64
Figure 11 : Sources d'informations consultées	65
Figure 12 : Motifs de l'absence d'entretien avec le patient	66
Figure 13 : Répartition des patients en fonction du nombre de lignes sur l'OMA	67
Figure 14 : Statut des médicaments du BMO	68
Figure 15 : Types de divergences retrouvées	69
Figure 16 : Répartition des types de divergences et le nombre de patients concernés	69
Figure 17 : Patients et DNI	70
Figure 18 : Répartition du nombre de DNI chez les patients présentant au moins une DNI	70
Figure 19 : Types de divergences non intentionnelles	71
Figure 20 : Répartition des DNI selon la classification ATC (Anatomie, Thérapeutique et Chimique)	71
Figure 21 : Répartition des DNI en fonction de l'impact clinique potentiel	72
Figure 22 : Modification de la prescription suite à l'analyse des DNI	73

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion des patients pour la conciliation d'entrée et de sortie	57
Tableau 2 : Indicateurs Med'Rec	61
Tableau 3 : DNI ayant un impact clinique significatif (niveau 1)	72
Tableau 4 : DNI ayant un impact clinique très significatif (niveau 2)	73
Tableau 5 : Résultats des indicateurs Med'Rec	74

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire sur l'activité de conciliation en établissement psychiatrique	101
Annexe 2 : Fiche de recueil des traitements avant l'admission	103
Annexe 3 : Fiche mémo pour remplir la fiche de recueil	104
Annexe 4 : Fiche de conciliation des traitements médicamenteux	105
Annexe 5 : Fiche mémo pour remplir la fiche de conciliation	106
Annexe 6 : Fiche de liaison ville - hôpital	107
Annexe 7 : Fiche d'information patient	108

ABREVIATIONS

ACCP : American College of Clinical Pharmacy
ADPHSO : Association pour le Développement de la Pharmacie Hospitalière du Sud-Ouest
AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AMI : Alerte Maitrise Iatrogénie
ANSM : Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé
ARS : Agence Régionale de Santé
ATC : Anatomie, Thérapeutique et Chimique
BMO : Bilan Médicamenteux Optimisé
CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CBUM : Contrat de Bon Usage des Médicaments et des dispositifs médicaux
CCECQA : Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine
CH : Centre Hospitalier
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CMP : Centre Médico-Psychologique
COMEDIMS : Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
CPC : Centres de Post-Cure
CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation
CRPV : Centres Régionaux de Pharmacovigilance
DCI : Dénomination Commune Internationale
DGS : Direction Générale de la Santé
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DI : Divergence Intentionnelle
DID : Divergence Intentionnelle Documentée
DIND : Divergence Intentionnelle Non Documentée
DMP : Dossier Médical Personnel
DNI : Divergence Non Intentionnelle
DP : Dossier Pharmaceutique
DPI : Dossier Patient Informatisé
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale
ESCP : European Society of Clinical Pharmacy
EIG : Evènement Indésirable Grave
EIM : Evènement Indésirable Médicamenteux
EM : Erreur Médicamenteuse
EMIR : Etude "Effets indésirables des Médicaments : Incidence et Risques"
ENEIS : Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables graves associés aux Soins
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FIP : Fédération Internationale Pharmaceutique
GHT : Groupements Hospitaliers de Territoires
HAD : Hospitalisation A Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IP : Intervention Pharmaceutique
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
OMA : Ordonnance Médicamenteuse à l'Admission
OMEDIT : Observatoire du Médicament, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation
Thérapeutique
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PEP : Pratiques Exigibles Prioritaires
PMSA : Prescription Médicamenteuse Sujet Agé
PNSP : Programme National pour la Sécurité des Patients
PUI : Pharmacie à Usage Intérieur
REMEDI : Revue des Erreurs liées aux Médicaments et aux Dispositifs médicaux
REPHVIM : Relations Pharmaceutiques Hôpital Ville et Iatrogénie Médicamenteuse
SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique
SMPR : Service Médico-Psychologique Régional
SPC : Suivi Pharmaceutique Collaboratif
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
UCHA : Unité de Crise et d'Hospitalisation pour Adolescents
UHSA : Unités Hospitalières Spécialement Aménagées
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

INTRODUCTION

La prévention de la iatrogénie médicamenteuse est un enjeu majeur de santé publique. Les étapes de transition du parcours du patient telles que l'entrée, le transfert ou la sortie de l'hôpital constituent des situations à risques de survenue d'erreurs médicamenteuses. Le manque de communication et de coordination entre les professionnels de santé de ville et de l'hôpital sont des freins à la continuité des soins du patient.

La démarche de conciliation médicamenteuse est actuellement en plein développement, mais elle reste encore peu pratiquée en établissement psychiatrique. Pourtant, elle apparaît comme un axe important de sécurisation de la prise en charge, particulièrement en psychiatrie, du fait des parcours de soins complexes, de la diversité des intervenants et des difficultés inhérentes à la pathologie.

C'est dans ce contexte que la pharmacie du Centre Hospitalier Gérard Marchant a décidé de mettre en place la pratique de conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie des patients.

Dans une première partie, nous exposerons la problématique de la iatrogénie médicamenteuse ainsi que la place de la pharmacie clinique dans la prévention des erreurs médicamenteuses.

Dans une deuxième partie, nous détaillerons les différentes étapes de cette conciliation médicamenteuse. Nous verrons également l'intérêt d'une telle démarche en psychiatrie et nous ferons un bilan des expériences de conciliation dans les établissements de santé psychiatrique.

Enfin, nous présenterons l'étude réalisée au sein du Centre Hospitalier Gérard Marchant à Toulouse portant sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie des patients, dans 3 unités d'hospitalisation psychiatrique. Nous aborderons finalement les pistes d'amélioration à apporter pour optimiser la démarche de conciliation.

PARTIE 1 - LA PLACE DE LA PHARMACIE CLINIQUE DANS LA LUTTE CONTRE LA IATROGENIE MEDICAMENTEUSE

1. LA PHARMACIE CLINIQUE

1.1. CONTEXTE ET ORIGINE

La pharmacie clinique est une discipline pharmaceutique en constante évolution. Au cours des 50 dernières années, le rôle du pharmacien, autrefois cantonné à la préparation et à la distribution de médicaments, a peu à peu évolué vers une pratique pharmaceutique centrée sur le patient et sur l'optimisation de sa thérapeutique médicamenteuse.

Du grec "klinos" qui signifie "le lit", le terme de pharmacie clinique exprime l'exercice de la pharmacie au lit du patient.

Le concept de pharmacie clinique s'est principalement développé aux Etats-Unis à partir de 1960. Les médecins cherchaient des collaborateurs compétents travaillant à leurs côtés afin de vérifier que la stratégie thérapeutique médicamenteuse mise en oeuvre était adaptée à l'état physiopathologique du patient, présentait un rapport bénéfice/risque optimal et était la plus efficiente possible (1).

En 1961, la pharmacie clinique est définie par Walton comme "l'utilisation optimale du jugement et des connaissances pharmaceutiques et biomédicales du pharmacien dans le but d'améliorer l'efficacité, la sécurité et la précision selon lesquelles les médicaments doivent être utilisés dans le traitement des patients" (1).

Dans les années 90, Hepler et Strand définissent le concept de soins pharmaceutiques ou "pharmaceutical care" comme "l'engagement du pharmacien à assumer envers son patient, la responsabilité de l'atteinte clinique des objectifs préventifs, curatifs ou palliatifs de la pharmacothérapie" (2). Il s'agit d'une prise en charge pharmaceutique globale et optimale du patient, ne se limitant pas à la seule connaissance des médicaments.

De nombreuses sociétés scientifiques actives ont été créées avec pour objectif commun de promouvoir le développement de la pharmacie clinique et la formation à son exercice, comme par exemple l'American College of Clinical Pharmacy (ACCP) et l'European Society of Clinical Pharmacy (ESCP).

La Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) s'est mise en place au niveau national. Elle s'engage à développer la pharmacie clinique selon 3 axes :

- valoriser l'expertise et la valeur ajoutée des activités de pharmacie clinique dans l'efficience du système de santé et au sein des coopérations interprofessionnelles,
- appuyer la recherche en pharmacie clinique,
- intégrer les bonnes pratiques dans l'exercice pharmaceutique.

Des groupes de travail pluridisciplinaires sur différents thèmes tels que la conciliation médicamenteuse, l'éducation thérapeutique, le lien ville-hôpital, la gestion des risques sont coordonnés au sein de la SFPC.

L'exercice de la pharmacie clinique a été intégré dans le cursus de formation du pharmacien. En effet, la création de la 5^{ème} année hospitalo-universitaire en 1984 permet aux étudiants de confronter leurs connaissances pharmacologiques théoriques des médicaments à l'état physiopathologique du patient ainsi qu'à la stratégie thérapeutique mise en place par l'équipe médicale. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Fédération Internationale Pharmaceutique (FIP) insistent d'ailleurs depuis plusieurs années sur l'importance du rôle du pharmacien dans les systèmes de santé modernes et sur la nécessité de développer des enseignements adaptés à cette activité (3).

1.2. OBJECTIFS

Le principal objectif de la pharmacie clinique est l'optimisation et la sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient :

- évaluer la pertinence et l'efficacité des traitements,
- déterminer la prescription la plus adaptée au patient et aux objectifs thérapeutiques,
- minimiser le risque d'effet indésirable.

Le pharmacien clinicien veille à la tolérance du traitement et à la bonne compréhension de celui-ci par le patient. L'exercice doit démontrer à la fois la valeur ajoutée dans la prévention de la iatrogénèse et dans la recherche de l'efficacité, avec des rapports coût/efficacité crédibles et pertinents.

En tant que spécialiste du médicament, il peut apporter son expertise tout au long de la prise en charge thérapeutique du patient. Il travaille ainsi en étroite collaboration avec le médecin, mais aussi l'équipe soignante et les autres professionnels de santé.

1.3. ROLES DU PHARMACIEN CLINICIEN

Le pharmacien clinicien intervient à différents niveaux de la prise en charge de la thérapeutique médicamenteuse du patient.

Du fait de ses connaissances des propriétés pharmacologiques, pharmacocinétiques, galéniques et pharmacothérapeutiques des médicaments, il réalise l'analyse pharmaceutique des prescriptions. Il s'assure ainsi de la bonne utilisation du médicament en terme de choix de molécule, de posologie, de plan de prise et d'absence de contre-indication. Il participe à la prévention des interactions médicamenteuses et des effets indésirables. Lors de cette analyse, il peut émettre des avis pharmaceutiques sous forme d'interventions pharmaceutiques (IP). Ce sont des propositions de modification de la thérapeutique médicamenteuse initiées par le pharmacien, en vue d'optimiser la prescription du patient et le suivi thérapeutique (1).

Le pharmacien travaille en lien avec l'équipe médicale et paramédicale et peut faire partie intégrante des services cliniques. Ainsi, il participe aux visites de services avec les médecins et aux réunions de concertation pluridisciplinaire. Il est présent au côté du médecin au moment de la prescription.

Le pharmacien est en charge de la conciliation médicamenteuse lors de l'entrée du patient à l'hôpital ainsi qu'à sa sortie. La réalisation de l'anamnèse médicamenteuse à l'admission du patient s'inscrit dans le processus de continuité des soins et peut permettre également de mettre en évidence une cause iatrogène d'hospitalisation.

Le pharmacien a également une mission de conseil et d'éducation thérapeutique du patient. Il s'assure de la bonne observance et de la bonne compréhension du traitement par le patient. Ces échanges avec le patient permettent aussi de détecter d'éventuels problèmes liés aux médicaments afin de limiter la iatrogénie médicamenteuse.

De façon plus globale, le pharmacien participe à la mise en place de recommandations thérapeutiques et de protocoles d'évaluation. Il a un rôle d'information des professionnels de santé sur le bon usage du médicament (4).

1.4. IMPACT DE LA PHARMACIE CLINIQUE

La valeur ajoutée de la pharmacie clinique dans les services hospitaliers a été évaluée tant au niveau clinique qu'au niveau économique.

1.4.1. IMPACT CLINIQUE

Plusieurs études mettent en évidence l'impact de la présence du pharmacien clinicien lors des visites de service avec les médecins, sur la diminution de la survenue d'évènements indésirables iatrogènes.

L'étude de Leape, en 1999 aux Etats-Unis, compare la fréquence d'erreurs médicamenteuses survenues dans une unité de soins intensifs chez un groupe de 75 patients pour lesquels un pharmacien participe à la visite médicale, par rapport à un groupe contrôle. La présence du pharmacien à la visite entraîne une baisse de 66% du taux d'erreurs médicamenteuses par rapport au groupe contrôle (5).

Les résultats sont semblables dans l'étude de Kucukarslan, dans laquelle la présence du pharmacien à la visite médicale d'un service de médecine interne permet de réduire de 78% le taux d'erreurs médicamenteuses (6).

Selon l'étude de Scarsi, la participation d'un pharmacien à la visite de service diminue de 51% la survenue d'erreurs médicamenteuses, par rapport à une intervention du pharmacien uniquement le premier jour de l'hospitalisation ou sur demande (7).

Pour évaluer l'impact clinique des interventions pharmaceutiques, l'échelle de Hatoum est très souvent utilisée. Cette échelle comprend 4 niveaux : impact clinique nul, impact clinique significatif, impact clinique très significatif et impact clinique vital. Elle exprime les résultats probables estimés de l'intervention sur les complications cliniques possibles qu'elle a pu empêcher, sur l'amélioration de la qualité de vie du patient et ses conséquences sur la durée de séjour (8).

En France, une étude réalisée au CHU de Grenoble a mis en évidence l'impact clinique des interventions pharmaceutiques. 22% des IP ont un impact clinique très significatif (c'est-à-dire qu'un dysfonctionnement organique, une surveillance médicale intensive ou une séquelle irréversible ont été évités). L'impact clinique de 65% des IP est significatif (c'est-à-dire qu'elles ont permis une augmentation de l'efficacité du traitement, de la sécurité du patient et de la qualité de vie). 86% des IP ont été acceptées par le médecin, ce qui témoigne de la bonne intégration du pharmacien au sein du service et de la confiance portée par le prescripteur (9).

Le nombre d'interventions pharmaceutiques augmente si le pharmacien clinicien réalise l'analyse pharmaceutique au sein du service de soins, et non depuis la pharmacie. Ainsi dans l'étude de Zamparutti, en 2 semaines, 4 IP ont été réalisées par le pharmacien depuis la pharmacie contre 36 dans le service (10). De plus, l'instauration d'une présence pharmaceutique dans les services améliore l'analyse des prescriptions et la pertinence des IP (11).

Le mode de transmission de l'IP a également une influence sur l'acceptation de celle-ci par le médecin. Les IP transmises de manière orale au prescripteur, et notamment au cours de la visite médicale, ont un impact plus important que celles transmises de manière manuscrite ou informatique (12,13). Cela renforce la légitimité de l'intégration du pharmacien dans les unités de soins.

Les méta-analyses de Machado décrivent l'impact des interventions pharmaceutiques sur la qualité de la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle, l'hyperlipidémie (14-16).

Néanmoins, l'impact des interventions pharmaceutiques sur la situation clinique du patient est rarement évalué dans les études.

Le pharmacien clinicien a un rôle clé dès l'admission du patient à l'hôpital. La réalisation de l'anamnèse médicamenteuse permet de déceler précocement d'éventuels effets indésirables, des allergies médicamenteuses ou des erreurs médicamenteuses et de prévenir les erreurs de prescription. L'historique médicamenteux réalisé par le pharmacien est plus complet et plus précis que s'il est réalisé par une infirmière (17). Cette activité est associée, selon les études de Bond, à une réduction de la mortalité liée probablement à la détection précoce d'erreurs médicamenteuses dès l'admission et à leur prise en charge (18).

1.4.2. IMPACT ECONOMIQUE

L'activité du pharmacien clinicien peut être valorisée sur le plan économique par la diminution des dépenses médicamenteuses. Une étude réalisée en 2005 dans un service de chirurgie viscérale de l'Hôpital Saint-Antoine à Paris, avait pour objectif de mesurer les coûts évités des interventions d'un pharmacien clinicien lors de l'analyse des prescriptions. Ces coûts sont calculés à partir des coûts quotidiens des traitements modifiés ou arrêtés, en intégrant leurs coûts d'administration. Sur 60 IP réalisées sur une période de 6 mois, 41 d'entre elles ont engendré une réduction des coûts de 4973 euros. Après comparaison des coûts évités par les interventions pharmaceutiques et du coût salarial horaire d'un pharmacien affecté à cette activité, l'étude met en évidence une économie de 1,19 € à 2,31 € pour chaque euro investi dans un salaire de pharmacien (19).

Dans l'étude de Rose, l'analyse de l'impact économique des interventions pharmaceutiques concernant les préconisations d'arrêt d'un médicament ou le relais de la voie intraveineuse vers la voie orale, a montré la rentabilité de l'investissement du temps pharmacien sur l'activité d'analyse d'ordonnances (20).

Plus récemment au Canada, Neville a montré que l'intégration d'un pharmacien au sein du service de chirurgie engendrait une économie de 7\$ par dollar investi dans un salaire de pharmacien (21).

L'étude de McMullin aux Etats-Unis a estimé l'économie réalisée par les interventions du pharmacien clinicien à une réduction de 41% des coûts médicamenteux (22).

L'impact économique du pharmacien clinicien peut aussi être évalué en terme de réduction des coûts de séjour. En 2004, une étude a mis en évidence que les interventions pharmaceutiques formulées dans 8 hôpitaux australiens avaient permis une réduction de la durée de séjour et du nombre de réadmissions (23).

Dans son étude, Isaac rapporte ainsi 172 journées d'hospitalisation évitées pour 138 lits grâce à l'activité du pharmacien, soit une économie extrapolée d'environ 51 000 euros sur un an (24).

Dans l'étude réalisée au CHU de Grenoble, les IP ayant un impact très significatif pour le patient ont permis d'éviter potentiellement 118 journées d'hospitalisation, selon l'estimation du médecin du comité d'experts (9).

Ainsi, ces études montrent que l'intégration du pharmacien hospitalier dans l'équipe de soins améliore la qualité de la prise en charge thérapeutique et la sécurité du patient, tout en contribuant à la maîtrise des dépenses de santé.

2. LA IATROGENIE MEDICAMENTEUSE

2.1. DEFINITIONS

Le terme "iatrogénie" provient du grec "iatros" = médecin et "génos" = causes : il signifie donc "qui est provoqué par le médecin". Le Haut Comité de Santé Publique en 1998, définit la iatrogénie comme "les conséquences indésirables ou négatives sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqué ou prescrit par un professionnel habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé" (25).

La iatrogénie regroupe tout évènement indésirable consécutif à l'action médicale, c'est-à-dire les infections associées aux soins (dont les infections nosocomiales), les évènements liés aux actes thérapeutiques et les évènements indésirables médicamenteux.

Un évènement indésirable médicamenteux (EIM), appelé aussi "évènement iatrogène médicamenteux" ou "iatrogénie médicamenteuse" correspond à tout évènement indésirable

provoqué par l'usage d'un ou plusieurs médicaments. La SFPC le définit comme "un dommage survenant chez le patient, lié à sa prise en charge médicamenteuse et résultant de soins appropriés, de soins inadaptés ou d'un déficit de soins". Un EIM peut être caractérisé par l'aggravation de la pathologie, l'absence d'amélioration attendue de l'état de santé, la survenue d'une pathologie nouvelle, l'altération d'une fonction de l'organisme ou une réaction nocive due à la prise d'un médicament (26).

On peut classer les EIM en deux types, selon leur caractère évitable ou non :

- les événements indésirables médicamenteux non évitables

Ils correspondent aux effets indésirables médicamenteux et surviennent dans des conditions normales d'utilisation du produit. Ils sont généralement connus et prévisibles car ils sont liés aux propriétés pharmacologiques du médicament.

Un effet indésirable est, d'après l'OMS, une "réaction nocive et non voulue à un médicament, se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'homme pour la prophylaxie, le diagnostic ou le traitement d'une maladie, ou pour la restauration, la correction ou la modification d'une fonction physiologique, ou résultant d'un mésusage du médicament ou produit" (26). Ces effets indésirables font l'objet de déclarations auprès des Centres Régionaux de Pharmacovigilance (CRPV).

- les événements indésirables médicamenteux évitables

Ils proviennent d'une erreur médicamenteuse (EM). Il s'agit d'un écart par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient (26). L'EM se traduit par l'omission ou la réalisation d'un acte non intentionnel impliquant un médicament durant le processus de soins et pouvant être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient (1). Elle peut être liée à un dysfonctionnement au niveau de l'organisation des soins : des facteurs humains, des facteurs environnementaux ou des pratiques professionnelles peuvent être en cause. Elle peut concerner une ou plusieurs étapes du circuit du médicament : prescription, analyse des ordonnances, dispensation, préparation des doses, approvisionnement, administration, information du patient, suivi thérapeutique, etc.

On parle d'EM :

- Avérée : lorsqu'elle est parvenue jusqu'au patient sans avoir été interceptée,
- Potentielle : si l'erreur est détectée et interceptée avant l'administration du produit au patient,
- Latente : s'il s'agit d'une observation témoignant d'un danger potentiel pour le patient (27).

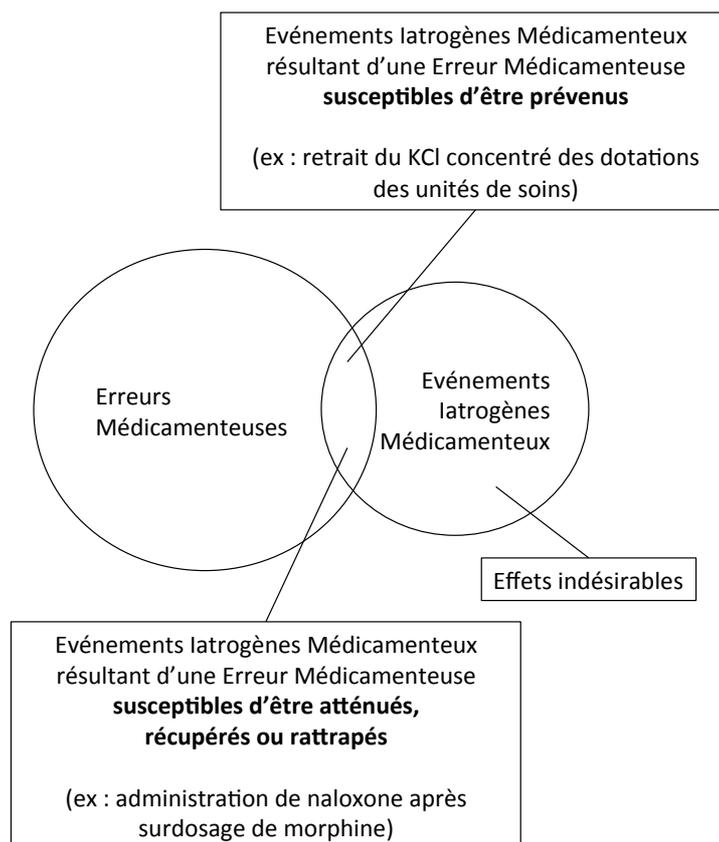


Figure 1 : Relation entre les effets iatrogènes médicamenteux, les erreurs médicamenteuses et les effets indésirables (1)

2.2. EPIDEMIOLOGIE

Les études nord-américaines ont été les premières à s'intéresser à la problématique de la iatrogénie médicamenteuse. Aux Etats-Unis, des études ont montré que le taux d'hospitalisation lié à un EIM variait entre 1,8 % et 7 %, dont 53 % à 58 % sont imputables à des EM (28,29).

Une méta-analyse réalisée en 1994 révèle que 2 216 000 patients hospitalisés auraient présenté un EIM grave et que 106 000 patients hospitalisés seraient décédés suite à un EIM, ce qui correspondrait à la quatrième cause de décès après les maladies cardiovasculaires, les cancers et les accidents vasculaires cérébraux (30).

L'étude américaine de Bates a mis l'accent sur l'évaluation des conséquences économiques des EIM. Ainsi, sur 4 000 hospitalisations aiguës, 6 % des patients ont présenté un EIM dont 1,5 % étaient un EIM évitable (c'est-à-dire une EM). Il y a eu respectivement une augmentation de la durée d'hospitalisation de 2,2 jours et 4,6 jours en moyenne, soit un surcoût de 2 595 \$ pour un EIM et 4 685 \$ pour un EIM évitable (31).

En France, la première étude réalisée à grande échelle est l'Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables graves associés aux Soins (ENEIS) en 2004 (dite "ENEIS 1"). Elle est menée par le Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA), organisme spécialisé dans l'évaluation et la gestion des risques, afin de répondre aux besoins exprimés par la Direction Générale de la Santé (DGS) et la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS). En 2009, une deuxième étude ENEIS (dite "ENEIS 2") est rééditée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) selon la même méthodologie afin de suivre les évolutions par rapport à l'enquête de 2004 (32).

Les objectifs principaux sont d'estimer l'incidence des évènements indésirables graves (EIG) dans les établissements de santé et leur part d'évitabilité, d'analyser leurs causes immédiates et les facteurs contributifs, et d'en dégager des axes de prévention. On appelle EIG, les évènements entraînant une hospitalisation, ou prolongeant une hospitalisation d'au moins un jour, ou provoquant un handicap ou une incapacité, ou mettant en jeu le pronostic vital, ou entraînant le décès.

Ces deux études prospectives ont été menées sur plusieurs centaines d'unités de soins de médecine et de chirurgie d'établissements hospitaliers de court séjour, à l'exception des séjours en hospitalisation de jour et en secteur psychiatrique. Elles concernent des patients hospitalisés sur une période maximale de 7 jours.

L'étude ENEIS 2 rapporte un total de 374 EIG survenus chez 8 269 patients, dont près de la moitié sont évitables (47,3%). 214 EIG sont survenus pendant l'hospitalisation et 160 EIG sont à l'origine d'une hospitalisation. Le nombre d'EIG survenus au cours de l'hospitalisation est estimé à 6,2 pour 1 000 journées d'hospitalisation. Un quart des EIG survenus au cours de l'hospitalisation sont en lien avec un médicament, plus de la moitié d'entre eux (58%) sont évitables (32).

Concernant les causes immédiates d'EIG survenus pendant l'hospitalisation, on retrouve la fragilité du patient (âge, comorbidités, etc) dans plus de 80% des cas ainsi que le comportement du patient (non compliance, refus de soins). La défaillance humaine d'un professionnel, la supervision insuffisante des collaborateurs et l'insuffisance de communication entre les professionnels sont les facteurs contributifs d'EIG les plus fréquents (Figure 2).

Facteurs ayant favorisé l'EIG	EIG évitables (n=87)	
	Nombre	(%)
Défaillance humaine d'un professionnel	24	27,6
Supervision insuffisante des collaborateurs	23	26,4
Mauvaise définition de l'organisation et de la réalisation des tâches	11	12,6
Communication insuffisante entre professionnels	21	24,1
Composition inadéquate des équipes	14	16,1
Infrastructures inappropriées	15	17,2
Défaut de culture qualité	7	8

Figure 2 : Répartition des facteurs contributifs des EIG évitables identifiés pendant l'hospitalisation - ENEIS 2009 (33)

Les résultats de l'enquête de 2009 sont comparables à ceux de 2004. On dénote néanmoins au niveau de l'ENEIS 2, une augmentation des EIG évitables liés aux produits de santé et des EIG favorisés par la fragilité du patient (34).

Une étude a été menée en 2007 par les CRPV pour évaluer l'impact de la survenue d'un effet indésirable sur les hospitalisations : il s'agit de l'étude EMIR (Effets indésirables des Médicaments : Incidence et Risques). Elle révèle que 3,6% des hospitalisations sont imputables à un effet indésirable et que 30% des EIG ayant entraîné une hospitalisation sont provoqués par une interaction médicamenteuse (35).

Les personnes de plus de 65 ans constituent une population à risque de iatrogénie. Les altérations physiologiques liées à l'âge, les polyopathologies associées, la polymédication et les prescriptions médicamenteuses inappropriées, les rendent plus vulnérables aux événements iatrogènes médicamenteux. Le risque de présenter un effet indésirable est d'environ 15 % par médicament prescrit chez une personne de plus de 65 ans contre 6 % chez une personne de moins de 60 ans. De plus, 24 % des hospitalisations de patients de plus de 80 ans sont associées, plus ou moins directement, à un effet indésirable médicamenteux (36).

Au-delà des conséquences sur la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient, la iatrogénie médicamenteuse a également un impact économique. L'étude EVISA en 2009 s'est intéressée à l'incidence des EIG liés aux soins ambulatoires ainsi qu'à leur coût. Elle estime à 5 456 euros en moyenne le coût d'une hospitalisation induite par un EIG lié aux soins ambulatoires et à 3 475 euros lorsque celui-ci est dû à un médicament (37).

2.3. MOYENS DE PREVENTION DE LA IATROGENIE

La lutte contre la iatrogénie médicamenteuse est un enjeu majeur de santé publique, compte tenu de l'importance du problème et de ses conséquences aussi bien humaines que financières.

La sécurisation de l'ensemble des étapes du circuit du médicament (prescription, délivrance, administration, etc) est un élément clé de la prévention de la iatrogénie. Pour cela, différents moyens peuvent être mis en place par les établissements :

- l'informatisation des prescriptions : l'étape du circuit du médicament où les erreurs médicamenteuses sont les plus fréquentes est la prescription (38). De nombreuses études ont montré l'intérêt de l'informatisation dans la réduction des erreurs médicamenteuses (jusqu'à 55% d'erreurs en moins) (39). Les logiciels d'aide à la prescription comprennent généralement plusieurs modules : prescription, analyse pharmaceutique, préparation des médicaments, traçabilité de l'administration. Ces logiciels constituent une aide précieuse pour le prescripteur en lui permettant un

accès au livret thérapeutique de l'établissement et aux protocoles validés, ainsi qu'une détection instantanée des interactions médicamenteuses, des contre-indications et des dépassements posologiques.

- l'analyse pharmaceutique des prescriptions participe à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient et donc à la réduction de la iatrogénie. Elle est facilitée par l'informatisation de la prescription. Ainsi, le pharmacien a accès au dossier médical du patient et à ses résultats biologiques.
- la délivrance nominative permet de fournir les médicaments identifiés au nom de chaque malade. Elle peut être manuelle, c'est-à-dire assurée par les préparateurs en pharmacie, ou automatisée à l'aide d'un automate de délivrance individuelle. On constate une réduction de 30 à 54 % des EIM par rapport à la délivrance globale (40,41).

Différentes incitations réglementaires ont fait de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse une priorité nationale :

- le décret 2000-1316 du 26 décembre 2000 qui inscrit la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse comme mission du Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS) (42),
- la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (43),
- la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) qui prévoit la mise en oeuvre d'une politique du médicament au sein de chaque établissement de santé (44),
- le décret du 12 novembre 2010 qui définit la lutte contre les événements indésirables associés aux soins (45).

Les contrats de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux (CBUM), mis en place dans le cadre de la réforme hospitalière du plan "Hôpital 2007", incitent également les établissements de santé à mettre en oeuvre des actions pour améliorer et sécuriser le circuit du médicament. Parmi ces mesures, figurent l'informatisation du circuit du médicament, la dispensation nominative, le système d'assurance qualité et la traçabilité de l'administration (46).

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, s'inscrit dans la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et la gestion des risques associés aux soins de l'établissement (47). Il définit la mise en place d'une politique de gestion des risques au sein de l'établissement qui comprend notamment la déclaration interne des évènements indésirables et des erreurs médicamenteuses, l'analyse pluridisciplinaire de leurs causes et la planification d'actions d'améliorations.

Le critère 20a du manuel de certification HAS V2010 appuie également le développement d'une démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse (48).

En 2005, l'AFSSAPS, devenue aujourd'hui l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé), crée un Guichet des Erreurs Médicamenteuses afin d'optimiser le recueil, la gestion et le traitement des signalements d'erreurs médicamenteuses émanant des professionnels de santé. Ce système s'applique aux erreurs médicamenteuses liées au médicament en lui-même (défauts de dénomination avec risque de confusion de médicaments, de présentation d'étiquetage, de conception du conditionnement...) et non aux erreurs liées à un défaut d'organisation du circuit du médicament (27).

Le Dossier Pharmaceutique (DP), créé en 2007, constitue une aide pour le pharmacien dans la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, tant à l'officine qu'à l'hôpital. Accessible depuis la carte vitale du patient, le DP recense tous les médicaments délivrés au cours des quatre derniers mois, qu'ils soient prescrits par le médecin ou conseillés par le pharmacien. Il contribue à sécuriser la dispensation des médicaments en permettant d'éviter les risques d'interactions médicamenteuses et les traitements redondants.

La HAS (Haute Autorité de Santé) met à disposition des professionnels de santé de nombreux outils pour optimiser et sécuriser la prise en charge médicamenteuse. Des programmes d'amélioration de la qualité de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé tels que le programme AMI (Alerte Maitrise Iatrogénie) et le programme PMSA (Prescription Médicamenteuse Sujet Agé) sont créés en vue de repérer les situations à risque iatrogénique (49).

Pour diminuer le risque d'erreurs médicamenteuses survenant lors de l'administration, la HAS publie un guide à destination des professionnels de santé et en particulier des infirmières, reprenant les préconisations spécifiques pour l'administration des médicaments ainsi que des outils d'auto-évaluation et de sécurisation (50).

Dans le même objectif, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) publie en 2012 un guide "Qualité de la prise en charge médicamenteuse : outils pour les établissements de santé" (51).

La HAS, les Agences régionales de santé (ARS) et les OMEDIT (Observatoire du Médicament, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique) mettent également l'accent sur le développement de la conciliation médicamenteuse comme moyen efficace de lutte contre la iatrogénie.

Le Programme National pour la Sécurité des Patients (PNSP) 2013-2017, piloté conjointement par la DGOS et la Direction générale de la santé (DGS), en association avec la HAS, introduit le concept de la "participation du patient à la sécurité des soins" dans l'objectif de prévenir les erreurs iatrogènes (52).

Depuis 2011, le Ministère chargé de la santé organise une opération annuelle de sensibilisation des professionnels de santé et des usagers : la Semaine de la Sécurité des Patients. Cette initiative fait partie intégrante du PNSP, et a pour but de promouvoir la communication sur les mesures mises en oeuvre pour améliorer la sécurité du patient tout au long de sa prise en charge.

Des campagnes de communication ont été mises en place pour sensibiliser les patients et les professionnels de santé à la lutte contre la iatrogénie. En avril 2015, les entreprises du médicament ont lancé une campagne pour promouvoir le bon usage des médicaments. Cette campagne, à destination du grand public et plus particulièrement des seniors, avait comme slogan "Les médicaments sont là pour vous aider mais... ils ont parfois du mal à vivre ensemble". Elle était également destinée aux professionnels de santé avec comme message "Ayez le réflexe iatrogénie". L'évaluation de l'impact de cette campagne a montré une diminution des quantités de médicaments prescrits chez les plus de 65 ans et une amélioration de la qualité de la prescription (53).

Les industriels de médicaments et l'ensemble des professionnels de santé concernés ont créé le "Collectif Bon Usage du médicament" afin de mobiliser leurs forces dans la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée.

3. LIEN VILLE-HOPITAL

La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient nécessite une continuité des prescriptions lors des étapes de transition du patient entre les différents lieux de prise en charge, en ville et à l'hôpital. La communication des professionnels de santé entre la ville et l'hôpital est un point clé pour garantir la continuité des soins du patient.

Pour les médecins, le lien ville-hôpital se fait généralement via la lettre ou le courrier de fin d'hospitalisation. Il peut également se faire via le Dossier Médical Personnel (DMP). La loi HPST de 2009 met l'accent sur l'importance de la transmission des informations de suivi d'un patient hospitalisé afin de permettre la coopération des professionnels de santé lors des interfaces ville-hôpital (44).

Une enquête a été réalisée auprès de médecins généralistes en région parisienne sur la qualité de la transmission des informations médicales hospitalières dans un contexte de iatrogénie. Seulement 45% d'entre eux avaient reçu le compte rendu d'hospitalisation (CRH) dans la semaine suivant la sortie. Le délai trop long de réception du CRH ainsi que le manque de communication téléphonique durant l'hospitalisation du patient sont présentés comme des freins à la continuité de la prise en charge du patient. L'amélioration du lien ville-hôpital passe par le développement d'outils de communication entre la médecine de ville et la médecine hospitalière (54). La messagerie sécurisée, accessible par tous les professionnels de santé, apparaît comme une solution mais elle reste encore à ce jour trop peu utilisée.

L'édition 2015 de la Semaine de la Sécurité des Patients était axée sur "la sécurité des patients aux points de transition tout au long de leurs parcours de soins" avec 3 thèmes principaux : la lettre de liaison, la conciliation médicamenteuse et l'identitovigilance.

La loi de modernisation du système de santé insiste également sur l'amélioration du lien ville-hôpital avec une mesure sur la remise d'une lettre de liaison pour chaque patient à la sortie de l'hôpital (55).

L'optimisation du lien ville-hôpital passe également par le développement de la communication entre les pharmaciens hospitaliers et officinaux. Le pharmacien d'officine a un rôle essentiel dans la coordination des soins et dans l'observance des traitements. L'efficacité et la sécurité des traitements pris par le patient dépendent de l'information délivrée au patient, notamment par le pharmacien d'officine lors de la délivrance.

Le DP est un outil professionnel pharmaceutique qui s'intègre dans la démarche de continuité des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins du patient. Ainsi l'information médicamenteuse du patient peut être consultée par le pharmacien hospitalier et officinal.

Néanmoins, seulement le nom du médicament, son dosage et sa date de délivrance sont renseignés sur le DP. Il n'y a aucune information sur la posologie, la durée du traitement ou le nom du prescripteur. De plus, seulement un patient sur deux a un DP actif sur sa carte vitale.

De nombreux dispositifs de coordination entre la pharmacie à usage intérieur (PUI) et la pharmacie de ville se mettent en place, notamment dans le domaine de la cancérologie. C'est le cas par exemple du réseau Oncoral (Hospices Civils de Lyon) qui permet le suivi des patients ambulatoires atteints de cancers, traités par anticancéreux oraux. La prise en charge comprend un suivi hospitalier par une infirmière et un pharmacien, et l'envoi d'une lettre de liaison au pharmacien d'officine pour l'informer du traitement à venir. Un livret de liaison remis au patient est également prévu dans ce programme et permettra au pharmacien ou au médecin traitant d'être informé sur les divers traitements entrepris par le patient (56).

La SFPC a mis en place un groupe de travail sur le lien ville-hôpital des pharmaciens avec comme objectifs (57):

- Optimiser la continuité des soins et l'accompagnement du patient dans le cadre de la sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient ville/hôpital et hôpital/ville,
- Favoriser le travail commun entre les pharmaciens hospitaliers et les pharmaciens officinaux sur le développement professionnel continu,
- Aider au déploiement du DP.

L'amélioration et le développement des outils de communication sont nécessaires pour renforcer la coordination pluri-professionnelle et le lien ville-hôpital. La conciliation médicamenteuse trouve ici toute sa place.

PARTIE 2 - LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE : DE LA THEORIE A LA PRATIQUE

1. DEFINITION ET OBJECTIFS

La conciliation des traitements médicamenteux, appelée couramment conciliation médicamenteuse, est un processus formalisé et interactif qui prend en compte tous les médicaments habituellement pris par le patient, lors d'une nouvelle prescription. Elle repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle. Elle peut être réalisée à l'entrée du patient à l'hôpital : c'est la conciliation d'entrée. Elle peut également être faite lors du transfert ou de la sortie du patient : on parle alors de conciliation de sortie.

L'objectif est de prévenir ou de corriger les erreurs médicamenteuses (oubli d'un médicament, erreur de dosage, erreur de posologie...) en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur le traitement du patient, aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts (entre unités de soins ou entre établissements).

En effet, un quart des médicaments pris par le patient à domicile ne sont pas retranscrits lors de son admission à l'hôpital (58). Cela est favorisé en partie par un manque de communication entre les professionnels de ville et les professionnels hospitaliers. Près de 60% des erreurs médicamenteuses surviennent lors de l'admission, du transfert ou de la sortie du patient de l'hôpital (59). Les erreurs de prescription issues d'une anamnèse médicamenteuse incomplète à l'admission peuvent perdurer tout au long de l'hospitalisation ainsi que sur l'ordonnance de sortie. La conciliation médicamenteuse permet ainsi de garantir la continuité des soins pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient tout au long de son parcours de soins.

La conciliation médicamenteuse participe également à l'identification de causes iatrogènes à l'hospitalisation. Elle soutient par ailleurs le processus d'analyse pharmaceutique et de réévaluation de la prescription au cours de l'hospitalisation. Elle contribue à la maîtrise des

dépenses de santé par la diminution des coûts de prise en charge des événements indésirables médicamenteux.

Lors de la sortie du patient, la conciliation permet l'optimisation du relais hôpital-ville par la transmission des modifications du traitement du patient aux professionnels de santé de ville (pharmacien d'officine, médecin traitant). Lors d'un entretien individuel avec le patient avant sa sortie, le pharmacien participe à l'éducation thérapeutique afin d'améliorer la compréhension et l'observance des traitements.

2. CONTEXTE REGLEMENTAIRE

La loi HPST du 21 juillet 2009 prévoit des dispositions visant à une plus grande continuité des parcours de soins, une collaboration renforcée entre professionnels de santé et une optimisation du lien ville-hôpital. Elle matérialise également l'engagement de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) dans la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment concernant la lutte contre la iatrogénie et l'organisation du parcours de soins (44).

Selon le rapport de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) intitulé "Le circuit du médicament à l'hôpital" en 2011, les dispositions de la loi HPST visant à l'amélioration de la "transition thérapeutique" sont encore trop peu développées en pratique courante. Il met en lumière la nécessité de formaliser de nouvelles modalités de coopération entre professionnels de ville et hospitaliers, comme préconisé par la loi HPST (60). L'implication du pharmacien avec l'analyse des prescriptions, le suivi pharmaceutique, la conciliation médicamenteuse et l'entretien de sortie a ainsi toute sa place.

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 mentionne que la direction de l'établissement doit réaliser une étude des risques médicamenteux encourus par les patients. Cette étude porte notamment sur les risques d'erreurs médicamenteuses lors de l'étape de prescription, y compris dans la gestion du traitement personnel du patient à l'admission et à sa sortie (27).

Dans le manuel de certification V2014, le critère 20a portant sur le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, souligne que la continuité du traitement médicamenteux doit être organisée de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus. Il est précisé que pour cela, il est nécessaire notamment de prendre en compte le traitement personnel du patient à l'admission. L'exhaustivité du traitement doit être documentée lors des transferts ainsi qu'à la sortie du patient. L'accent est mis sur la coordination efficace avec les professionnels de ville. Ce critère 20a fait partie des pratiques exigibles prioritaires (PEP) de la V2014, c'est-à-dire qu'il porte sur un thème pour lequel un niveau d'exigence renforcé est attendu. Il est considéré comme essentiel pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (48).

L'activité de conciliation médicamenteuse s'inscrit dans cette démarche d'optimisation de la continuité du parcours de soins du patient, même si le terme de conciliation est rarement cité dans les textes réglementaires.

3. METHODOLOGIE

3.1. CONCILIATION D'ENTREE

Il existe 2 modes de conciliation :

- la conciliation proactive : le bilan des médicaments habituellement pris par le patient est réalisé avant la rédaction de la première ordonnance hospitalière à l'admission. Le médecin peut ainsi en tenir compte dans sa première prescription. La conciliation proactive permet de prévenir la survenue d'erreur médicamenteuse.
- la conciliation rétroactive : le bilan des médicaments habituellement pris par le patient est réalisé après la première ordonnance hospitalière. C'est le cas le plus fréquent. Elle permet de détecter et de corriger d'éventuelles divergences entre le bilan des médicaments réalisé à l'entrée et l'ordonnance hospitalière.

La conciliation d'entrée consiste tout d'abord à identifier la liste exacte des médicaments pris par le patient avant son hospitalisation, c'est ce que l'on appelle le Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO). Puis, on compare cette liste à la prescription hospitalière (appelée Ordonnance Médicamenteuse à l'Admission ou OMA) afin de mettre en évidence d'éventuelles divergences. L'analyse de ces divergences pourra engendrer une modification de la prescription hospitalière par le médecin.

La conciliation d'entrée comprend 4 étapes :

- l'élaboration du BMO,
- la comparaison du BMO avec l'OMA,
- l'analyse des divergences,
- la modification de la prescription.

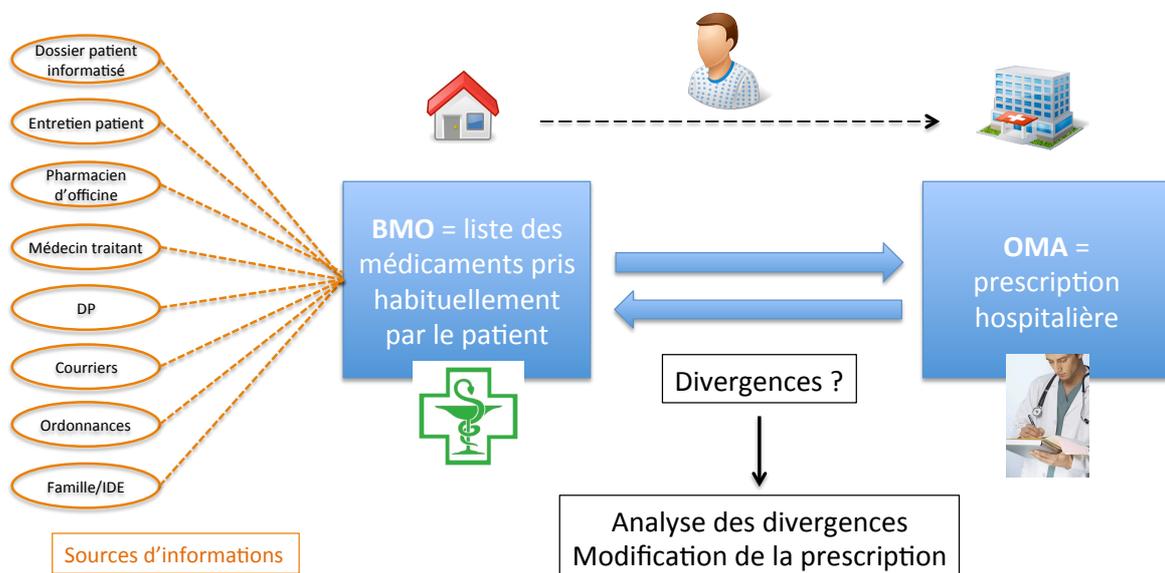


Figure 3 : Principe de la conciliation d'entrée

3.1.1. ELABORATION DU BMO

Le BMO est la liste complète et exhaustive des médicaments pris par le patient avant son hospitalisation. Cette liste comprend les médicaments prescrits par un médecin ainsi que ceux pris en automédication.

L'établissement de cette liste nécessite une recherche active d'informations sur les traitements du patient. Ainsi, différentes sources d'informations peuvent être consultées : ordonnances du médecin traitant ou d'un spécialiste, courriers médicaux du médecin traitant ou de l'établissement adresseur, compte-rendu d'hospitalisation/lettre de liaison, dossier pharmaceutique (DP) sur la carte vitale, dossier médical du patient, entretien avec le patient ou l'entourage, appel à la pharmacie d'officine, appel au médecin traitant/spécialiste, médicaments apportés par le patient, appel à l'infirmière à domicile...

L'entretien avec le patient permet également d'évaluer la connaissance des traitements par le patient et de détecter des problèmes concernant l'observance.

Les résultats de cette recherche sont notés sur une fiche de recueil des traitements du patient. Pour chaque médicament pris par le patient, la dénomination, le dosage, la forme pharmaceutique, la voie d'administration, la posologie et le plan de prise sont renseignés. Il est préconisé d'avoir au moins 3 sources d'informations concordantes pour chaque ligne de médicament pris par le patient (61). La synthèse des données recueillies permet l'élaboration du BMO.

Le recueil des informations médicamenteuses et l'élaboration du BMO peuvent être réalisés par un membre de l'équipe pharmaceutique (pharmacien, interne en pharmacie, externe en pharmacie, préparateur en pharmacie) ou un infirmier. Une validation du BMO par un pharmacien ou un interne en pharmacie est nécessaire.

3.1.2. COMPARAISON DU BMO AVEC L'OMA

L'OMA est la première prescription hospitalière réalisée par le médecin à l'admission du patient à l'hôpital. La comparaison du BMO avec l'OMA permet de mettre en évidence d'éventuelles différences entre le traitement pris habituellement par le patient et le traitement prescrit à l'admission à l'hôpital. Ces écarts sont appelés des divergences.

Le BMO et l'OMA peuvent être retranscrits sur une fiche de conciliation, afin de faciliter la comparaison des traitements puis la caractérisation des divergences.

3.1.3. ANALYSE DES DIVERGENCES

Cette étape est réalisée par le pharmacien ou l'interne en pharmacie.

Plusieurs types de divergences peuvent être observés :

- divergence intentionnelle : elle correspond à une modification volontaire du traitement par le prescripteur à l'entrée du patient à l'hôpital. On parle de divergence intentionnelle documentée (DID) quand le prescripteur trace la modification du traitement sur le dossier du patient. A l'inverse, il y a les divergences intentionnelles non documentées (DIND) lorsque l'information de modification du traitement n'est pas notée dans le dossier du patient. Les DIND peuvent exposer à une situation à risque iatrogène, notamment en cas de prescripteurs multiples.

- divergence non intentionnelle (DNI) : il s'agit d'une modification du traitement effectuée par le prescripteur de manière involontaire. Une DNI peut se traduire par un oubli d'une spécialité, une erreur de dosage, une erreur de posologie, une erreur de forme pharmaceutique, une erreur de voie d'administration ou une erreur de plan de prise. Elle constitue une erreur médicamenteuse pouvant entraîner un évènement iatrogène médicamenteux, si cette divergence n'est pas corrigée sur la prescription.

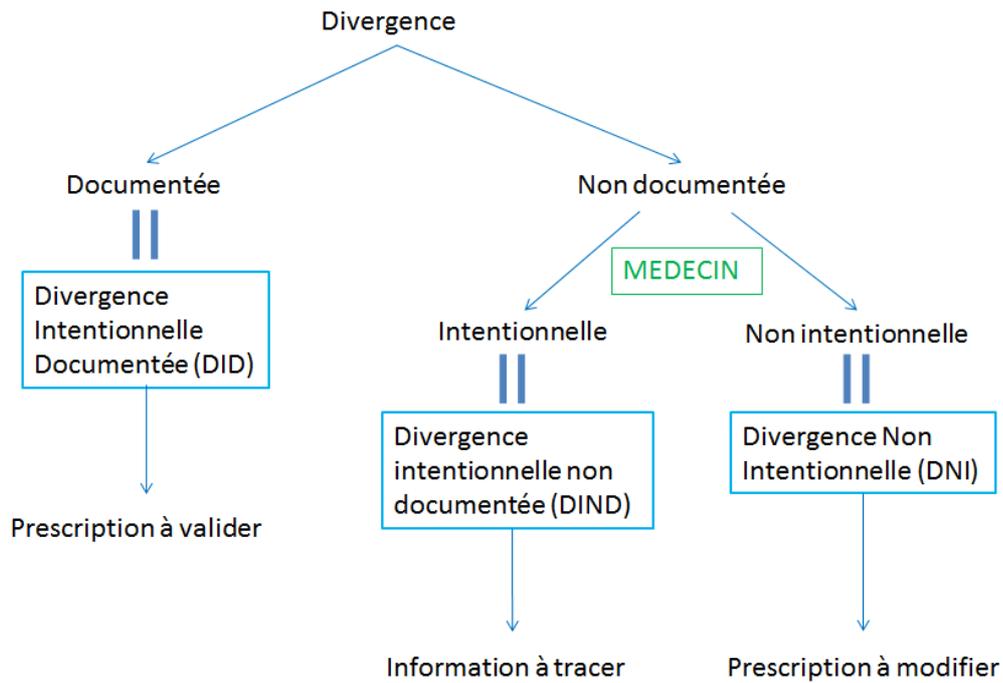


Figure 4 : Organigramme de l'analyse des divergences

3.1.4. CORRECTION DES DIVERGENCES

Un entretien collaboratif médecin-pharmacien permet de différencier les DIND des DNI, en questionnant le médecin sur le caractère volontaire ou non de la modification du traitement.

Les DID pourront faire l'objet d'une réévaluation à la sortie. Par exemple, des médicaments ayant été arrêtés volontairement à l'entrée à l'hôpital pourront être represcrits, modifiés ou non reconduits sur l'ordonnance de sortie.

Pour les DIND, l'information de modification du traitement sera tracée sur le dossier du patient.

Pour les DNI, leur correction par le médecin pourra se traduire par une reconduction, une modification ou un arrêt du médicament sur l'ordonnance hospitalière. C'est ce que l'on appelle l'acte médical de conciliation proprement dit.

La fiche de conciliation est ensuite archivée dans le dossier du patient. L'analyse pharmaceutique de la prescription s'intègre tout au long du processus de conciliation : le pharmacien clinicien peut ainsi réaliser des interventions pharmaceutiques en vue d'optimiser la prescription.

3.2. CONCILIATION DE SORTIE

La conciliation de sortie permet de garantir la continuité de la prescription médicamenteuse lors du retour du patient hospitalisé à son domicile.

Elle comprend 2 étapes :

- la comparaison de l'ordonnance médicamenteuse de sortie (OMS) avec les traitements devant être poursuivis après l'hospitalisation
- la transmission des modifications de traitements au patient et aux professionnels de santé de ville.

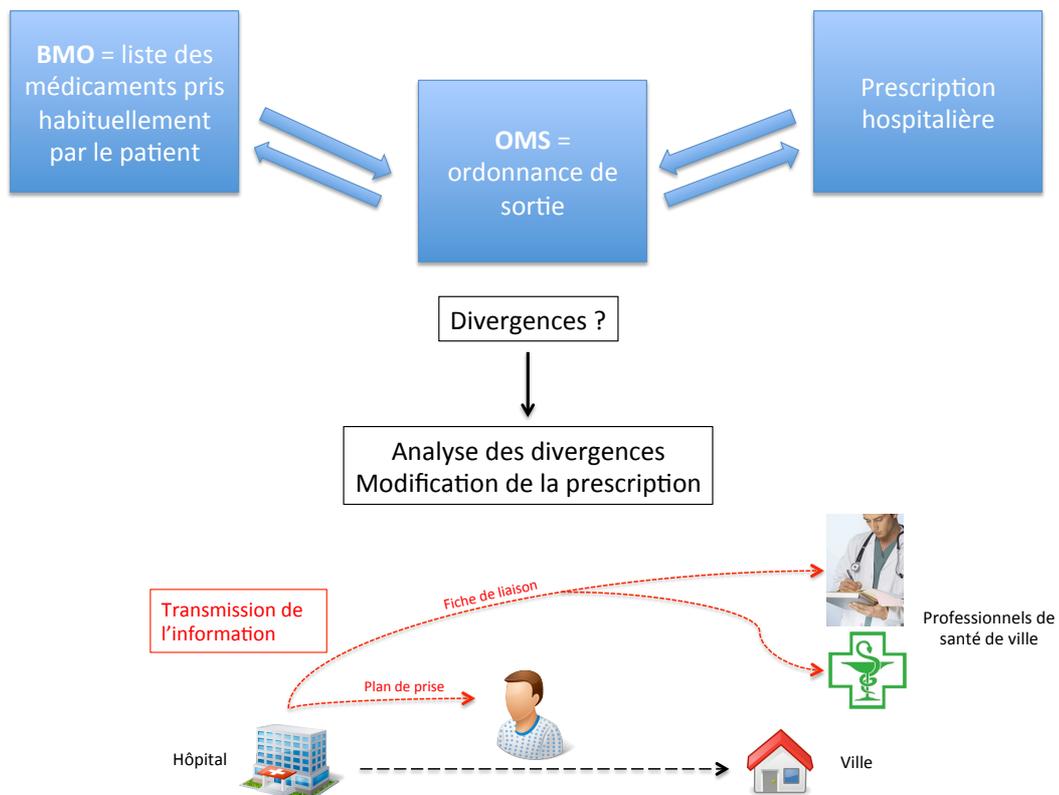


Figure 5 : Principe de la conciliation de sortie

3.2.1. ANALYSE DE L'ORDONNANCE DE SORTIE

A partir du BMO réalisé à l'entrée, des traitements en cours d'hospitalisation, du courrier de sortie et des observations contenues dans le dossier du patient, le pharmacien compare l'ordonnance médicamenteuse de sortie (OMS) avec la liste des médicaments devant être poursuivis à la sortie de l'hôpital. Par exemple, il vérifie qu'un médicament arrêté le temps de l'hospitalisation ait bien été remis sur l'ordonnance de sortie.

A l'entrée à l'hôpital, en cas d'absence d'un médicament au livret de l'établissement, une équivalence avec une autre spécialité au livret est proposée. Lors de la sortie du patient, il est important de veiller à ce que la spécialité habituellement prise par le patient avant son hospitalisation soit bien prescrite sur l'ordonnance de sortie. Ainsi on évite que le patient se retrouve à domicile avec 2 traitements redondants ayant des noms différents.

Une fiche de conciliation de sortie est remplie et archivée dans le dossier du patient.

3.2.2. TRANSMISSION DE L'INFORMATION

Une fiche de liaison avec le bilan médicamenteux du patient est adressée au médecin traitant et au pharmacien d'officine. Ce document leur permet de visualiser les changements du traitement au cours de l'hospitalisation.

Une fiche d'information sur son traitement est remise au patient lors d'un entretien réalisé par le pharmacien. Cet échange permet de faciliter la compréhension du traitement et de ses modifications. Il permet également de répondre aux questions éventuelles du patient concernant son ordonnance et participe à l'éducation thérapeutique du patient.

4. OUTILS

La HAS publie en annexe de son rapport d'expérimentation Med'Rec des outils pédagogiques à destination des établissements de santé pour faciliter la mise en place de la conciliation. On y trouve un mode opératoire avec les différentes étapes de la démarche, des supports types (fiche de recueil, fiche de conciliation), un guide d'entretien du patient avec une trame de questions à poser et des conseils pratiques pour le bon déroulement de l'entretien. Des fiches pédagogiques portant sur le recueil d'informations, l'analyse des divergences et la complémentarité entre la conciliation et l'analyse pharmaceutique de la prescription ont été réalisées sous forme d'étude de cas pratiques (62).

La SFPC a établi une fiche mémo "Préconisations pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux" avec les différentes étapes du processus, les acteurs et la stratégie de mise en oeuvre (63).

A la demande de la DGOS, la SFPC a créé un programme de formation à la conciliation médicamenteuse appelé FORMACONCIL. Il s'adresse à la fois aux professionnels de santé ayant déjà la pratique de la conciliation et aux professionnels ne l'ayant jamais pratiquée. Il a pour objectifs de faciliter la mise en place de la démarche de conciliation sur le terrain et de favoriser son intégration dans le parcours de soins du patient en termes de qualité et de sécurité de la prise en charge médicamenteuse. Ce programme comporte un module d'e-learning pour l'acquisition des compétences théoriques et une participation présentielle à une journée de formation avec des mises en situation et des retours d'expériences.

A l'occasion de la Semaine de la Sécurité des Patients en novembre 2015, l'OMEDIT Midi-Pyrénées a mis à disposition des fiches synthétiques portant sur les points clés de la conciliation (exemple ci-dessous).

CONCILIATION MEDICAMENTEUSE

A l'entrée ...
... et à la sortie

semaine de la sécurité des patients

CONCILIATION A L'ENTREE

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

(1) Lau HS et al. The completeness of medication histories in hospital medical records of patients admitted to general internal medicine wards. BJCP 2000;49:587-603

Figure 6 : Fiche d'information à l'occasion de la Semaine de la Sécurité des Patients : "Conciliation médicamenteuse : à l'entrée... et à la sortie"

Un appel à projet a été lancé par la DGOS début 2016 afin d'accompagner financièrement 10 établissements de santé pour mettre en place ou promouvoir des activités de pharmacie clinique. Les établissements retenus feront l'objet d'une évaluation sur la base d'indicateurs qualitatifs et médico-économiques (64).

Un deuxième appel à projet a été proposé par l'Agence Régionale de Santé de Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées en septembre 2016. Il s'adresse aux établissements de santé psychiatriques ou de SSR (soins de suite et de réadaptation) afin de soutenir les initiatives visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins. 12 établissements seront sélectionnés en fonction du niveau de certification, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des pratiques et de la mise en place d'actions de prévention de la santé. La conciliation médicamenteuse, les programmes d'éducation thérapeutique et la mise en place d'un projet personnalisé de soins s'intègrent dans ces actions de prévention (65).

5. IMPACT DE LA CONCILIATION

De nombreuses études démontrent la valeur ajoutée de la conciliation sur l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse du patient et la diminution du risque iatrogène.

L'analyse de l'impact clinique des DNI montre l'efficacité du processus de conciliation en terme de prévention des événements indésirables médicamenteux évitables. Une étude prospective réalisée dans un service de médecine interne du CHU de Strasbourg a mis en évidence les erreurs médicamenteuses survenues à l'admission de patients de plus de 65 ans et a évalué leur impact clinique potentiel. La cohorte comporte 256 patients avec un âge moyen de 82 ans et un nombre de médicaments pris à domicile d'environ 8 par patients. Un tiers de ces patients présente au moins une DNI. La majorité des erreurs concerne un oubli d'un médicament (87,9%). Les autres erreurs identifiées portent sur une erreur de dosage ou une erreur de fréquence d'administration. Plus de 27% des DNI retrouvées présentent un impact clinique potentiel pour le patient : 6,4% d'entre elles auraient pu entraîner un risque de dommage avéré si elles n'avaient pas été corrigées (66).

L'étude multicentrique de Santucci vise à déterminer l'impact de consultations pharmaceutiques sur la survenue d'EIM. La consultation pharmaceutique comprend une conciliation médicamenteuse à l'entrée, une analyse pharmaceutique avec réévaluation complète du traitement, une transmission au patient et à l'équipe soignante d'informations et de conseils sur le bon usage des médicaments ainsi qu'une recherche de comportements à risque de survenue d'EIM. Ces consultations sont réalisées à l'admission du patient sur son traitement de ville, en cours d'hospitalisation sur la prescription hospitalière, et sur l'ordonnance de sortie. L'étude montre que ces consultations diminuent de façon significative le nombre d'EIM. En effet, le taux de patients présentant un EIM diminue de moitié entre l'entrée du patient et sa sortie de l'hôpital. Les consultations pharmaceutiques réduisent aussi l'impact de la polymédication sur le risque d'EIM (67).

Concernant la conciliation médicamenteuse de sortie, elle contribue à la diminution du nombre de réadmissions à l'hôpital et d'hospitalisations en lien avec un événement

indésirable médicamenteux (68). L'étude REPHVIM (Relations Pharmaceutiques Hôpital Ville et Iatrogénie Médicamenteuse) démontre l'efficacité de la conciliation de sortie avec une communication renforcée entre pharmaciens hospitaliers et officinaux, dans le cadre de la prise en charge d'un patient sortant de l'hôpital. Cette étude, conduite en 2013 dans 22 centres hospitaliers en France, concerne 1092 patients. Elle met en évidence une diminution de 25% du nombre de patients présentant au moins un dysfonctionnement une semaine après la sortie (erreur de prescription ou de dispensation, problème d'observance). La conciliation à la sortie diminuerait de 18,5% l'exposition des patients à un problème iatrogène avéré et de 40,3% l'exposition à un problème iatrogène sévère (69).

On retrouve peu d'études portant sur l'évaluation de la perception de la démarche de la conciliation par les professionnels de santé.

Une étude réalisée en 2015 dans un CHU du Canada, montre que la majorité des médecins, pharmaciens et infirmières interrogés, admettent la pertinence et l'utilité de l'activité de conciliation dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient. Les professionnels soulignent les difficultés à identifier des sources d'informations fiables, ce qui peut altérer la qualité du bilan comparatif médicamenteux réalisé à l'admission (70).

L'équipe pharmaceutique du CH de Bayeux a organisé un audit de satisfaction auprès des médecins afin d'évaluer l'impact de la conciliation, 8 mois après son déploiement sur l'établissement. Tous les prescripteurs interrogés sont satisfaits de la démarche et mettent en évidence une aide et un gain de temps apportés par la conciliation. 87% d'entre eux n'imaginaient pas l'importance des écarts observés entre le traitement habituel du patient et celui prescrit à l'entrée à l'hôpital (71).

Au sein du service de rhumatologie du CHU de Strasbourg, une enquête a été menée en 2013 auprès des professionnels de santé hospitaliers et de ville ainsi qu'auprès des patients. Le but était d'estimer la valeur ajoutée de la conciliation de sortie. Selon les prescripteurs hospitaliers du service, la conciliation de sortie constitue une aide lors de la rédaction de l'ordonnance de sortie. Elle participe également à l'information du patient sur ses traitements et contribue à la bonne observance. Concernant les professionnels de ville, l'étude révèle que 88% des médecins et 61% des pharmaciens ne connaissaient pas la conciliation médicamenteuse. La majorité d'entre eux reconnaissent l'utilité des

explications concernant les modifications de traitement survenues pendant l'hospitalisation. Ils soulignent l'intérêt de la conciliation pour optimiser le relais "ville-hôpital". Côté patient, l'entretien de sortie avec le pharmacien a permis d'apporter des conseils supplémentaires par rapport à ceux du médecin et de l'infirmier dans 53% des cas. Les patients se disent satisfaits de l'information reçue sur leur traitement au cours de l'entretien, ainsi que du plan de prise fourni par le pharmacien (72).

Le projet de recherche MEDREV, soutenu par la SFPC, est en cours dans 6 centres hospitaliers universitaires français. Cette étude a pour but d'évaluer l'impact du suivi pharmaceutique collaboratif (SPC) à l'admission des patients de plus de 65 ans sur le nombre d'erreurs médicamenteuses évitables. Le SPC comprend la réalisation du BMO, la conciliation médicamenteuse, l'analyse pharmaceutique des prescriptions et l'entretien collaboratif entre les différents acteurs de la prise en charge médicamenteuse. L'étude va permettre de mesurer l'impact clinique de l'intervention du pharmacien ainsi que les coûts évitables liés aux EIM graves évités (73).

6. EXPERIENCES ET ETAT DES LIEUX

De nombreux établissements ont mis en place la conciliation médicamenteuse à l'entrée et/ou à la sortie. Le projet Med'Rec a été la première expérimentation à grande échelle en France. Il a impulsé le déploiement de la démarche de conciliation au niveau national.

6.1. PROJET MED'REC

Le projet High5s, créé en 2007 à l'initiative de l'OMS, avait pour but de réduire de manière significative la fréquence de 5 problèmes majeurs de sécurité pour le patient :

- la prévention des erreurs de site et de procédure en chirurgie,
- la sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins,
- la gestion des médicaments concentrés injectables,

- les défauts de communication au cours du transfert des patients,
- la lutte contre les infections associées aux soins.

Ce projet devait permettre d'évaluer la mise en oeuvre, la pertinence et l'efficacité de protocoles standardisés de pratiques de soins au sein d'établissements de santé volontaires dans les pays partenaires. Il s'agit d'un projet collaboratif international s'inscrivant dans une démarche d'amélioration de la sécurité des patients et de prévention des erreurs liées à la prise en charge du patient.

La France rejoint le projet High5s en 2009. La HAS coordonne le projet au niveau national, en collaboration avec la DGOS, les ARS et l'OMEDIT Aquitaine. La France a retenu 2 des 5 axes prioritaires du projet High5s : 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. Ce dernier axe porte sur la conciliation médicamenteuse et prend le nom de projet Medication Reconciliation ou projet Med'Rec.

Le projet Med'Rec comprend la mise en place et l'évaluation d'un protocole opérationnel standardisé sur la conciliation médicamenteuse dans les établissements volontaires de 5 pays dont la France, pour une durée de 5 ans. En France, l'expérimentation Med'Rec a été réalisée de 2009 à 2014 dans 9 établissements de santé volontaires : CHU de Nîmes, CHU de Grenoble, CHU de Strasbourg, CHU de Bordeaux, Groupement Hospitalier-Paris Nord Val de Seine, CH de Compiègne, CH de Lunéville, CH de Saint-Marcellin, Clinique de la Croix-Blanche à Moutier-Rozeille. L'étude concerne la conciliation d'entrée à l'admission des patients et cible uniquement les patients de plus de 65 ans admis au service des urgences puis transférés dans un service de court séjour.

Le rapport de l'expérimentation Med'Rec a été publié en septembre 2015 par la HAS. Il présente les résultats du déploiement de la conciliation médicamenteuse dans les 9 établissements de santé français participants (62).

Durant 5 ans, 22 863 patients ont été conciliés à leur entrée à l'hôpital. Parmi ces patients, 21 320 divergences non intentionnelles (DNI) ont été détectées et corrigées par la conciliation. Le nombre de DIND s'élève à 23 381. En moyenne, une DNI et une

modification du traitement non documentée (DIND) ont été mises en évidence pour chaque patient. La conciliation a permis d'intercepter de 2 à 19 DNI pour un patient donné.

On remarque que le nombre moyen de médicaments par patient concilié était de 7. Les patients ciblés par le projet Med'Rec étant âgés de plus de 65 ans, ce résultat est expliqué par la polymédication, plus fréquente chez les personnes âgées.

Le temps moyen nécessaire pour réaliser le bilan médicamenteux optimisé était de 15 à 51 minutes. Il variait selon la disponibilité et le temps passé avec les professionnels interrogés lors du recueil d'informations, l'utilisation ou non du dossier pharmaceutique, la prise en charge de populations particulières (patients étrangers, analphabètes, nomadisme pharmaceutique et/ou médical...) et l'organisation de la conciliation en elle-même. Dans plusieurs établissements, l'analyse pharmaceutique des prescriptions était réalisée au même moment que la conciliation.

Au vu de l'efficacité prouvée de la conciliation, la plupart des établissements participants ont ensuite étendu la démarche à un plus grand nombre de patients ainsi qu'à d'autres services, au-delà du périmètre du projet Med'Rec. Parmi eux, 4 établissements ont mis en place la conciliation de sortie. Le déploiement de la conciliation a nécessité une réorganisation des activités pharmaceutiques au sein de l'établissement. On note qu'aucun de ces établissements n'a déployé la conciliation en psychiatrie.

6.2. ETAT DES LIEUX EN FRANCE

En mars 2015, la DGOS lance une enquête nationale auprès des établissements de santé afin d'établir un état des lieux de la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse (74).

Parmi les 2537 établissements français sollicités, 1688 établissements de santé publics ou privés ont répondu à cette enquête. 1491 établissements (soit 88%) déclarent participer à des activités de pharmacie clinique. Parmi eux, 98% réalisent l'analyse pharmaceutique des prescriptions. On note également que dans les structures psychiatriques l'activité d'éducation thérapeutique a une place prépondérante.

Concernant la conciliation médicamenteuse, seulement 21,5% des établissements interrogés (soit 363 établissements) affirment avoir déjà déployé l'activité dans le cadre de la pharmacie clinique. L'enquête révèle que la conciliation est réalisée dans 95% des cas à l'entrée du patient et dans 68% des cas à la sortie. En Midi-Pyrénées, 23 établissements de santé réalisent de la conciliation médicamenteuse et 40 établissements prévoient d'en faire d'ici 2018.

La pratique de la conciliation est le plus souvent déployée dans les services dont la durée moyenne de séjour est longue, tels qu'en gériatrie, SSR et services de médecine hors urgences, ainsi qu'en chirurgie. Dans environ un établissement sur deux, les préparateurs en pharmacie et les infirmières participent à la démarche de conciliation avec notamment le recueil des informations sur le traitement du patient. Les trois sources d'informations les plus utilisées sont le dossier patient, les ordonnances et les entretiens avec le patient ou l'entourage. La consultation du DP reste limitée du fait des difficultés de l'accès dans les établissements de santé.

Les personnes âgées de plus de 65 ans et les patients polymédiqués constituent en général les populations à concilier en priorité. Certains établissements utilisent d'autres critères de ciblage tels qu'une maladie (chronique, psychiatrique...), l'âge (enfant), des modes d'entrée (urgences, entrées programmées), des médicaments à risque, des critères sociaux (personne isolée, ne parlant pas français, en déclin cognitif...) ou des scores de priorisation.

Concernant les difficultés rencontrées lors de la mise en oeuvre, une réticence de la part des équipes médicales est retrouvée dans 11% des cas. Parmi les freins au développement de la conciliation, l'enquête rapporte un manque de disponibilité des professionnels, un manque d'outils, des systèmes d'information ou des logiciels-métier inadaptés, une méthodologie complexe à mettre en oeuvre et un manque de formation (initiale et continue).

Les établissements de santé mettent l'accent sur l'impact positif de la conciliation avec notamment une sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. Un renforcement de la collaboration pluridisciplinaire au sein de l'établissement et avec les professionnels de

santé de ville est observé. L'impact sur l'efficacité de la prise en charge est également cité avec par exemple l'optimisation des prescriptions, la baisse de la consommation de médicaments et la diminution des réhospitalisations.

6.3. RETOURS D'EXPERIENCE

Beaucoup d'établissements ont mis en place la conciliation en gériatrie au vu du bénéfice démontré sur les patients de plus de 65 ans dans le projet Med'Rec.

Le déploiement de la conciliation sur l'ensemble des unités d'un établissement nécessite souvent un ciblage des patients à concilier en priorité. Selon les établissements, plusieurs critères peuvent être utilisés pour identifier la population à risque : l'âge supérieur à 65 ans, la polymédication, la présence de pathologies ou de médicaments à risques. La grille d'évaluation du Centre Hospitalier affilié universitaire de Québec permet de cibler les patients à risques grâce à un score calculé en fonction de l'âge, du nombre de médicaments pris à domicile et de la prise de médicaments à haut risque (anticoagulants, plus de 3 médicaments cardiovasculaires, antidiabétiques, anticancéreux, antiépileptiques). Un patient ayant un score supérieur ou égal à 10 est à concilier en priorité (75).

Le CHU de Nîmes a été précurseur dans le déploiement de la pharmacie clinique à large échelle. Dès 2013, le projet de pharmacie clinique associe la conciliation médicamenteuse, l'analyse pharmaceutique des prescriptions directement dans le service de soins, l'éducation thérapeutique et l'entretien pharmaceutique à la sortie. A ce jour, 17 pharmaciens sont répartis sur 6 des 8 pôles médicaux du CHU. Ainsi, 80% des lits ont un pharmacien présent toute la journée dans le service. En 2014, 1000 patients par mois étaient conciliés à l'entrée, soit la moitié des entrées, mais seulement 10% d'entre eux étaient conciliés à la sortie (76).

Le projet CONCIMED, porté par les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et le Groupe Hospitalier Saint Vincent, a permis d'adapter une méthodologie de conciliation développée au Québec et impliquant notamment les préparateurs en pharmacie. Ces derniers réalisent le BMO, puis les divergences sont analysées par le pharmacien. Le "kit CONCIMED" est

composé de deux guides pour le développement et la pratique de la conciliation médicamenteuse en établissement de santé associant pharmaciens et préparateurs en pharmacie (guide d'entretien avec le patient, description des tâches, exemples de supports). Il permet de formaliser la délégation des activités au préparateur et d'évaluer ses compétences. Le projet comprend également une formation et un accompagnement des autres établissements de la région (77).

Au CHU de Bordeaux, la conciliation médicamenteuse a été mise en place à l'entrée et à la sortie du patient dans différents services de médecine, de chirurgie programmée et de gériatrie. Cette activité s'adresse aux patients polymédiqués ou avec des thérapeutiques sensibles (chimiothérapies orales, biothérapies, immunosuppresseurs...) ou avec pathologies à risques. Par exemple, les patients en post-infarctus, après sortie des soins intensifs et hospitalisés dans un service de cardiologie sont conciliés en priorité, de même que les patients ciblés à la demande des médecins. La conciliation de sortie est réalisée pour les patients sous chimiothérapies orales, les patients transplantés rénaux ou pulmonaires et les patients avec des pathologies auto-immunes, inflammatoires chroniques ou métaboliques issus des services de médecine interne.

Au Centre Hospitalier de Lunéville, la conciliation médicamenteuse a été initiée en janvier 2010 pour les patients de plus de 65 ans hospitalisés après un passage aux urgences. Une enquête de pratiques a été réalisée afin d'évaluer la qualité de la liste des médicaments établie aux urgences puis transmise aux services de soins. Les urgentistes identifient seulement 54,7% des médicaments pris par le patient avant son hospitalisation. La réalisation du recueil d'informations par l'équipe du service de soins où le patient est transféré relève 81,3% des médicaments. Lorsque le pharmacien réalise le recueil, 100% des lignes de médicaments pris par le patient sont identifiées. Cette enquête a permis une prise de conscience par la communauté médicale de l'ampleur du problème. Il a été décidé que la conciliation serait réalisée à partir du service des urgences. L'affectation d'un pharmacien à temps plein sur le projet ainsi que la réorganisation profonde du processus ont permis l'extension de la conciliation dans l'établissement (78).

Au CH d'Apt, la particularité réside dans le fait que la conciliation d'entrée est réalisée à la demande du médecin du service. Le prescripteur cible les patients à concilier en priorité, par le biais d'une "prescription médicale de conciliation" sur le logiciel de prescription. La conciliation de manière proactive nécessite une grande réactivité et disponibilité du pharmacien.

7. CONCILIATION EN PSYCHIATRIE

7.1. PROBLEMATIQUE EN PSYCHIATRIE

Les patients ayant des pathologies psychiatriques sont à haut risque de rechutes et donc de réhospitalisations. On remarque qu'un défaut d'observance est en cause dans près de 4 rechutes sur 10 (79). Plusieurs études rapportent que 16 à 80% des patients atteints de schizophrénie ne sont pas observants concernant leur traitement médicamenteux (80). L'opposition au traitement médicamenteux, le déni de la maladie, la peur des effets indésirables, les problèmes d'accès au traitement et la stigmatisation sont les causes les plus souvent exprimées par les patients schizophrènes pour justifier leur problème d'observance au traitement. Les patients schizophrènes évoquent certaines raisons comme étant des facteurs de bonne observance : les bénéfices quotidiens ressentis, le respect de l'autorité, la croyance en l'efficacité du traitement, la peur de la réhospitalisation, la prévention des rechutes, la volonté de remplir ses objectifs de vie ainsi qu'une relation positive avec le prescripteur (81,82). La conciliation médicamenteuse, tout comme l'éducation thérapeutique du patient et l'amélioration de la communication ville-hôpital entre les professionnels de santé jouent un rôle dans la prévention de la réadmission précoce des patients en hôpital psychiatrique (83).

L'étude réalisée en 2004 au centre hospitalier Sainte Marie à Nice vise à évaluer la situation actuelle en psychiatrie concernant la problématique de la prescription des psychotropes. Un état des lieux auprès des différents acteurs impliqués a été réalisé. Les patients interrogés déplorent un manque d'information et d'explication concernant leur traitement psychotrope (objectifs thérapeutiques du traitement, effets indésirables,

interactions avec d'autres médicaments). Les familles rapportent des difficultés importantes de communication avec le psychiatre. Elles avouent s'adresser de plus en plus aux pharmaciens pour répondre à leur besoin d'informations sur les traitements prescrits. Selon les infirmiers interrogés, il existe un manque de coordination entre les professionnels de santé ainsi qu'un manque de disponibilité et d'accessibilité des psychiatres. Les infirmiers qualifient le pharmacien de professionnel de santé idéal pour délivrer l'information médicamenteuse au patient et à leur famille.

Cette étude montre la nécessité d'une plus grande collaboration entre les différents acteurs (patients, famille, pharmacien, psychiatre...). Elle insiste également sur l'importance d'une meilleure information du patient et de son entourage pour l'optimisation de son suivi psychiatrique au long cours (84).

Une étude écossaise a identifié les problèmes liés aux médicaments comme cause fréquente de réadmission à l'hôpital psychiatrique. Les modifications de traitements survenues lors de l'hospitalisation peuvent être source de confusion chez les patients une fois sortis de l'hôpital (entre ce qui a été arrêté, débuté ou modifié). Ces changements ne sont pas toujours appliqués sur l'ordonnance du médecin généraliste en raison d'une mauvaise communication entre le psychiatre et le médecin traitant (83).

Lorsqu'on interroge les patients atteints de pathologies psychiatriques sur leur traitement, en particulier somatique, la fiabilité des informations recueillies peut parfois être remise en question. Les confusions de médicaments sont fréquentes (85).

Par ailleurs, on note en psychiatrie un risque accru de morbidité et de mortalité par rapport à la population générale, avec une réduction de l'espérance de vie de 15 à 30 ans. Parmi les affections somatiques, les pathologies cardiovasculaires sont les plus retrouvées. De plus, la prise d'antipsychotiques au long cours est associée à un risque de survenue d'effets indésirables métaboliques et cardiaques (86).

Le parcours de soins du patient psychiatrique fait intervenir un grand nombre d'acteurs et de structures. Des difficultés de coordination entre les différents intervenants créent parfois des points de rupture du parcours de soins et constituent des freins à la qualité de la prise

en charge. La majorité des patients sont suivis en ambulatoire, d'où l'importance de renforcer le lien ville-hôpital.

La conciliation médicamenteuse devrait donc contribuer à l'amélioration de la prise en charge du patient, tout particulièrement en psychiatrie, du fait des parcours de soins complexes, de la multiplicité des intervenants et des difficultés liées à la pathologie et aux traitements.

7.2. EXPERIENCES DE CONCILIATION EN PSYCHIATRIE

La conciliation est encore assez peu déployée en psychiatrie. Contrairement aux établissements de MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), peu d'établissements psychiatriques ont publié des études sur le sujet.

7.2.1. EXPERIENCES A L'ETRANGER

Une étude américaine montre que la participation des pharmaciens pour établir l'historique médicamenteux augmente l'efficacité du processus de conciliation chez les patients admis en établissement psychiatrique. L'infirmière identifie en moyenne 4 médicaments par patient lorsqu'elle interroge le patient sur son traitement habituel. L'anamnèse médicamenteuse réalisée par le pharmacien comporte en moyenne 5,3 médicaments par patient (87).

Un état des lieux des pratiques de conciliation en psychiatrie a été réalisé en 2014 au Royaume-Uni. 88% des établissements interrogés déclarent avoir une activité de conciliation médicamenteuse. Près de la moitié des conciliations sont faites dans les 24h suivant l'admission du patient. Pour 95% des établissements, c'est le pharmacien qui réalise la conciliation. Les préparateurs en pharmacie sont impliqués dans la démarche dans 71% des cas (88).

Une étude au Royaume-Uni en 2012 a évalué l'activité de conciliation réalisée par le préparateur en pharmacie dans un établissement de santé mentale. Plus de la moitié des patients admis ont présenté des divergences non intentionnelles. Le nombre moyen de médicaments prescrits par patient était de 4,6. Les DNI les plus fréquemment retrouvées étaient des oublis de spécialités. Près de la moitié des DNI concernaient des médicaments du système nerveux. La prévalence des divergences était associée à la fois à l'âge et au nombre de médicaments. La gravité potentielle des divergences a été estimée. Les DNI auraient eu des conséquences modérées dans 76% des cas, si elles n'avaient pas été corrigées. Le temps moyen pour réaliser la conciliation était de 16 minutes (89).

7.2.2. EXPERIENCES EN FRANCE

Nous avons réalisé une enquête auprès de pharmaciens d'établissements psychiatriques français dans lesquels la conciliation médicamenteuse était déjà déployée. Nous avons contacté l'EPSM (Etablissement Public de Santé Mentale) de Caen, le groupe hospitalier Paul Guiraud à Clamart et l'EPSM Lille Métropole. Le but était d'en savoir plus sur les étapes de la mise en place de la conciliation au sein de leur établissement et sur l'organisation de leur activité de conciliation (nombres d'unités, types de patients conciliés, moyens humains, indicateurs d'activité, difficultés rencontrées). Un questionnaire sur l'activité de conciliation médicamenteuse en psychiatrie a été élaboré (Annexe 1). Il servait de base lors des entretiens téléphoniques avec les pharmaciens des établissements interrogés.

A l'EPSM de Caen, la mise en place de la conciliation a débuté en janvier 2012 dans une unité test d'admission psychiatrique et dans une unité de gériopsychiatrie. Actuellement la conciliation est déployée dans 6 unités d'admission et une unité de gériopsychiatrie, soit 180 lits. L'équipe pharmaceutique est composée de 4 pharmaciens (2,8 ETP), 3 internes et 6 externes. La conciliation concerne tous les patients entrants et elle est effectuée de manière rétroactive. En moyenne, 8 patients sur 10 sont conciliés à l'entrée. En cas d'effectifs réduits, certains patients dits "à risques" sont conciliés en priorité : les patients de plus de 65 ans, les patients hospitalisés pour la première fois à l'EPSM de Caen, les patients traités par certains médicaments comme les anticoagulants, les anticancéreux

oraux ou encore l'insuline. Un externe est présent dans chaque unité d'admission. Il réalise le recueil des informations, remplit les fiches de conciliation, puis fait valider les fiches au médecin ainsi qu'à l'interne en pharmacie ou au pharmacien. Le préparateur en pharmacie n'est pas impliqué dans la démarche. Un entretien avec le patient est réalisé dans 70% des cas. Les sources les plus utilisées sont le dossier patient informatisé, l'entretien avec le patient et la pharmacie d'officine. Sur le premier semestre 2016, 15% des patients conciliés présentaient au moins une DNI à l'entrée (n=158). L'évaluation de l'impact clinique des DNI retrouvées selon la méthode REMED a montré que 80% des DNI étaient susceptibles d'avoir un impact clinique mineur et 20% un impact clinique majeur.

La conciliation en sortie d'hospitalisation a débuté en septembre 2016 dans une unité pilote. Une lettre de conciliation des traitements médicamenteux est envoyée au médecin traitant avec la lettre de liaison médicale. Elle peut être remise au patient lors de l'entretien pharmaceutique de fin d'hospitalisation ; ce dernier est libre de la partager avec son pharmacien d'officine. Il s'avère qu'il est difficile pour l'équipe pharmaceutique d'être informée à temps de la sortie des patients. La sensibilisation des équipes est un point clé de la réussite de la démarche.

A l'EPSM de Lille, la conciliation médicamenteuse a été déployée dans 4 secteurs d'admissions dès la fin 2013, puis s'est étendue à 6 secteurs en 2015. A ce jour, la conciliation est réalisée dans 4 unités d'admission soit 119 lits. Le projet a été arrêté dans 2 unités, en raison d'une moins forte demande de la part des prescripteurs. La conciliation est faite de manière rétroactive pour tous les patients entrants. L'équipe pharmaceutique comprend 3 pharmaciens, 1 interne et 4 externes. Un externe est présent dans chaque unité du lundi matin au mercredi midi et réalise le recueil des informations. En 2015, 234 conciliations d'entrée ont été effectuées. 17,1% des patients présentaient au moins une DNI. La part des médicaments somatiques impliqués dans les DNI est voisine de 80%. L'impact clinique des DNI n'a pas été évalué.

La conciliation de sortie a été mise en place en juin 2016 dans une unité pilote. L'interne en pharmacie va dans le service tous les matins afin de demander à l'équipe les noms des patients sortants. Il prépare un plan de prise qu'il fait signer au médecin. Il remet cette fiche au patient lors d'un entretien de sortie avec le pharmacien. Une fiche de liaison est également envoyée au médecin traitant et à la pharmacie d'officine, via la messagerie

sécurisée. Depuis juin 2016, 14 patients étaient éligibles à la conciliation de sortie. Parmi eux, 8 patients ont été conciliés. Le temps nécessaire à la préparation de l'entretien et des documents au patient varie de 45 minutes à 1 heure. La conciliation n'a pas été possible pour 4 patients car les patients étaient sortis avant que l'entretien n'ait pu être réalisé. La démarche nécessite une bonne coordination avec le service ainsi qu'une réactivité de la part de l'équipe pharmaceutique. Le patient est souvent intéressé par l'entretien, notamment du fait de l'approche "neutre" du pharmacien car celui-ci ne fait pas partie de l'équipe soignante du service.

Au Centre hospitalier Paul Guiraud à Clamart, la conciliation médicamenteuse a été mise en place en janvier 2013 dans les 6 unités d'admission psychiatrique du site Clamart (soit 120 lits). L'équipe pharmaceutique comprend un externe, un interne, un pharmacien assistant et un pharmacien praticien hospitalier. Des critères de ciblage des patients à concilier en priorité ont été définis : âge supérieur à 65 ans, prise de médicaments à marge thérapeutique étroite, pathologie chronique (diabète, cancer, glaucome, pathologie de la thyroïde), pathologie cardiovasculaire ou respiratoire, insuffisance rénale ou insuffisance hépatique, VIH positif, hépatite B ou C traitée, prise de stupéfiant ou apparenté (buprénorphine). Le délai entre l'admission et la conciliation médicamenteuse est fixé à 72h maximum. Une étude sur une période de 3 mois a montré que sur 204 admissions, 24 patients répondaient aux critères de ciblage, soit 12% des patients conciliés à l'entrée. La conciliation est effectuée dans les 24h suivant l'admission dans 25% des cas. Plus de 40% des patients conciliés présentaient au moins une DNI. Ces divergences concernent en majorité des médicaments somatiques. Le temps moyen pour établir le BMO est estimé à 75 minutes. Le temps pour réaliser la comparaison du BMO et de l'OMA et l'analyse des divergences est évalué à 16 minutes en moyenne.

La conciliation de sortie a été démarrée courant 2013. Elle consiste à l'envoi d'une fiche de liaison au médecin traitant et au pharmacien d'officine. L'entretien avec le patient est rarement effectué, car la conciliation est faite après la sortie du patient.

La conciliation est en cours de déploiement sur les 4 unités d'admission psychiatrique du site de Villejuif.

PARTIE 3 - LA MISE EN PLACE DE LA CONCILIATION AU CENTRE HOSPITALIER GERARD MARCHANT

1. CONTEXTE

Le Centre Hospitalier Gérard Marchant à Toulouse est un établissement public de santé spécialisé dans la prise en charge des pathologies en santé mentale. Il a une capacité d'accueil de 611 lits et places. En 2015, 2396 patients ont été hospitalisés.

Pour la psychiatrie adulte, le département de la Haute-Garonne est divisé en 8 secteurs géographiques dont 7 sont gérés par le CH Gérard Marchant (le 8^e secteur étant géré par le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse). A chaque secteur géographique correspond une unité d'admission de 20 lits et une unité de soins de suite de 20 lits.

Les structures extra-hospitalières permettent une prise en charge au plus près des lieux de vie des patients : en ambulatoire avec les Centres Médico-Psychologiques (CMP), les appartements thérapeutiques et l'accueil familial thérapeutique, ou à temps partiel avec les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) et l'hospitalisation de jour.

Des Centres de Post-Cure (CPC) assurent la continuité des soins entre la phase critique aiguë de la maladie et la phase de réinsertion sociale de la personne. Une unité d'Hospitalisation à Domicile (HAD) permet un suivi psychiatrique quotidien des patients à leur domicile.

Le CH Gérard Marchant gère l'un des 3 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du département avec notamment la Clinique André Chaurand qui s'adresse aux enfants de moins de 15 ans et l'Unité de Crise et d'Hospitalisation pour Adolescents (UCHA).

Il dispose également d'une activité de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire. Le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) permet la prise en charge in situ de la population carcérale écrouée à la maison d'arrêt de Seysses et au centre de détention de Muret. Les 2 unités d'hospitalisation complète, appelées Unités Hospitalières Spécialement

Aménagées (UHSA) renforcent ce dispositif. Elles sont composées de 20 lits chacune et sont situées sur le site de l'hôpital Marchant.

Le Centre Hospitalier Gérard Marchant comprend enfin une Unité de Soins de Longue Durée (USLD) de 47 lits, ayant pour mission d'accueillir les personnes âgées ne disposant plus de leur autonomie de vie. Cette unité est en cours d'expansion avec de nouveaux bâtiments actuellement en construction. Sa capacité atteindra 80 lits courant 2018.

La pharmacie à usage intérieur (PUI) du CH Gérard Marchant est composée de :

- 3 pharmaciens,
- 2 internes en pharmacie,
- 4 externes en pharmacie présents le matin (1 à la pharmacie et 3 dans les unités de soins),
- 6 préparateurs en pharmacie,
- 1 adjoint administratif chargé de la comptabilité,
- 1 adjoint administratif chargé du secrétariat,
- 1 cadre de santé.

Une délivrance nominative individuelle manuelle est assurée par les préparateurs en pharmacie sous la responsabilité du pharmacien.

L'analyse pharmaceutique de l'ensemble des prescriptions de l'établissement est réalisée quotidiennement par les pharmaciens et les internes en pharmacie. Pour l'année 2015, le nombre de prescriptions analysées est de 25 468. Le nombre d'interventions pharmaceutiques sur cette période-là s'élève à 2 832.

Les pharmaciens animent chaque semaine des "ateliers du médicament" au sein des unités de soins : ce sont des séances collectives de discussions où les patients peuvent échanger sur le domaine du médicament, des effets indésirables ou de la pathologie. Ils participent également à des programmes d'éducation thérapeutique agréés par l'ARS.

Afin de sécuriser la prise en charge médicamenteuse et d'assurer la continuité des soins, il paraît important d'associer la conciliation médicamenteuse aux activités de pharmacie clinique déjà en place.

2. OBJECTIFS

L'objectif principal de notre expérimentation est d'évaluer la faisabilité et la pertinence de l'activité de conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie du patient au sein d'unités pilotes du Centre Hospitalier Gérard Marchant.

Au vu des résultats obtenus, le deuxième objectif sera de dégager des pistes d'optimisation du processus de conciliation afin de pérenniser la démarche et de la déployer sur l'ensemble de l'établissement.

3. PATIENTS ET METHODES

3.1. ETAPES DE LA MISE EN PLACE DU PROJET

Le projet de mise en place de la conciliation au CH Marchant a débuté en août 2015. L'équipe pharmaceutique souhaitait initier cette activité de conciliation depuis plusieurs mois, et ce travail de thèse a été l'élément moteur pour débiter la démarche.

Nous avons fait le choix d'expérimenter le dispositif pendant une phase test, en ciblant des unités pilotes dans lesquelles les patients seraient conciliés à l'entrée et à la sortie. Nous avons établi un calendrier prévisionnel avec les différentes étapes du déploiement du projet.

La première étape a été l'élaboration de la méthodologie du projet avec notamment la création des supports papier nécessaires à la conciliation. Ces documents ont été réalisés en s'inspirant de projets existants dans d'autres établissements.

Pour la conciliation d'entrée, deux supports ont été créés :

- une fiche de recueil des traitements avant l'admission (Annexe 2)

Cette fiche est complétée avec les données générales du patient (nom, prénom, date de naissance, date d'admission, numéro de chambre), les coordonnées des professionnels de santé (psychiatre référent, médecin traitant, pharmacie d'officine) et les informations apportées par les différentes sources d'informations. Une fiche mémo a été rédigée pour faciliter le remplissage de la fiche de recueil (Annexe 3).

- une fiche de conciliation des traitements médicamenteux (Annexe 4)

Cette fiche reprend les données générales du patient, les résultats de la fiche de recueil c'est-à-dire le BMO, et la première prescription hospitalière (OMA). Elle permet la comparaison des traitements entre le BMO et l'OMA, et l'analyse des divergences. Une fiche mémo a été créée pour faciliter le remplissage de la fiche (Annexe 5).

Pour la conciliation de sortie, 2 fiches ont été élaborées :

- une fiche de liaison ville-hôpital pour le médecin traitant (Annexe 6)

Cette fiche reprend les données générales du patient et de son hospitalisation (nom, prénom, date de naissance, poids, clairance de la créatinine, service et dates de l'hospitalisation). Un tableau récapitule de manière synthétique les modifications du traitement durant l'hospitalisation.

- une fiche d'information pour le patient (Annexe 7)

Elle comprend les données générales du patient (nom, prénom, date de naissance, dates de l'hospitalisation). Elle comporte un plan de prise sous forme d'un tableau avec le nom du médicament et l'horaire de prise. Elle est remise au patient avant sa sortie, lors d'un entretien avec le pharmacien et l'interne en pharmacie.

En parallèle, il était essentiel de communiquer et de valider le projet avec les différents acteurs de l'établissement, la conciliation médicamenteuse impliquant les équipes de soins.

Dès la fin du mois de septembre 2015, le projet a été présenté au niveau institutionnel : en CME, en COMEDIMS, en conseil de pôle du pôle médical et technique, en CSIRMT (Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques), en réunions des cadres infirmiers et en réunions de service des unités pilotes (avec les chefs de pôles, les cadres infirmiers et les médecins du service). Une présentation du projet a également été faite aux équipes soignantes des unités pilotes concernées et à l'équipe des médecins généralistes de l'établissement.

3.2. TYPE D'ETUDE ET POPULATION ETUDIEE

Une étude monocentrique prospective a été menée dans 3 unités pilotes, durant une période de 5 mois, du 2 novembre 2015 au 1er avril 2016. Il s'agit d'unités d'admission d'hospitalisation continue de psychiatrie générale adulte, de 20 lits chacune. Les 3 unités pilotes concernées sont les unités Artaud, Gérard de Nerval et Camille Claudel. La conciliation a été déployée dès le 2 novembre 2015 dans les unités Artaud et Gérard de Nerval. Elle a été débutée dans l'unité Camille Claudel à partir du 4 janvier 2016.

Les critères d'inclusion et d'exclusion des patients sont résumés dans le tableau ci-dessous. A noter qu'aucun critère d'âge, de pathologie ou de médicament n'a été appliqué.

	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Conciliation d'entrée	<ul style="list-style-type: none"> • patients entrants dans l'unité • patients transférés d'une autre unité et admis au CH Marchant depuis moins de 48h 	<ul style="list-style-type: none"> • patients transférés d'une autre unité et admis au CH Marchant depuis plus de 48h • patients hospitalisés en retour de permission ou en séjour de rupture
Conciliation de sortie	<ul style="list-style-type: none"> • patients sortants et conciliés à l'entrée 	<ul style="list-style-type: none"> • patients transférés dans une autre unité (hors unités pilotes)

Tableau 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion des patients pour la conciliation d'entrée et de sortie

3.3. METHODOLOGIE DU RECUEIL DE DONNEES

L'équipe pharmaceutique chargée de la conciliation médicamenteuse est composée de 2 pharmaciens, 2 internes en pharmacie et 3 externes en pharmacie. Un externe est déployé au sein de chacune des 3 unités pilotes. L'externe réalise l'étape de recueil d'informations nécessaire à l'élaboration du BMO.

La conciliation d'entrée est réalisée de manière rétroactive, c'est-à-dire après que la première ordonnance hospitalière ait été prescrite. Elle s'effectue dans un délai de 48h suivant l'admission du patient, dans la mesure du possible. Un délai supérieur à 48h après l'admission dans l'unité pilote ne constitue pas un critère d'exclusion.

3.3.1. CONCILIATION D'ENTREE

Chaque matin, l'externe en pharmacie se connecte au logiciel de prescription Cortexte® afin de visualiser les noms des patients entrants dans l'unité pilote où il est affecté.

Pour chaque patient entrant éligible à la conciliation, l'externe remplit une fiche de recueil des traitements.

- Tout d'abord, l'externe consulte le Dossier Patient Informatisé (DPI) sur le logiciel Cortexte®. Si le patient a déjà été hospitalisé au CH Marchant ou s'il est suivi dans les structures extra-hospitalières du CH Marchant, l'externe se réfère aux ordonnances antérieures du dossier.
- Il interroge un infirmier du service afin de savoir si le patient a apporté des médicaments personnels, des ordonnances papier ou des courriers médicaux.
- Il demande également à l'infirmier si l'entretien avec le patient lui semble possible. Durant l'entretien, l'externe questionne le patient sur son traitement habituel et lui demande les coordonnées de sa pharmacie d'officine.
- Il contacte par téléphone la pharmacie d'officine et le médecin traitant pour avoir des informations supplémentaires sur le traitement.
- En cas d'informations manquantes, il peut également contacter l'entourage, l'IDE à domicile ou la structure d'hébergement dont le patient est issu (foyer, EHPAD...).

L'externe remplit ensuite la fiche de conciliation des traitements. La comparaison du BMO à l'OMA permet de mettre en évidence d'éventuelles divergences. Le statut (poursuivi, arrêté, suspendu, modifié, ajouté, substitué) est précisé pour chaque ligne de médicament.

Les divergences sont analysées avec l'interne en pharmacie ou le pharmacien, et en lien avec le médecin prescripteur de l'unité. La caractérisation des divergences permet de les classer selon leur caractère intentionnel ou non intentionnel, et selon leur type (oubli, erreur de DCI, erreur de posologie, erreur de dosage, erreur de forme galénique, erreur de plan de prise). En cas de divergences non intentionnelles, un message via le logiciel Cortexte[®] est envoyé au psychiatre et au médecin généraliste référent de l'unité concernée.

Un bilan de la conciliation est intégré dans les "observations pharmaciens" du logiciel Cortexte[®], par l'interne en pharmacie ou le pharmacien. Cette observation reprend les sources d'informations utilisées et les résultats de la conciliation d'entrée. Ainsi elle est visible par les prescripteurs directement sur le dossier du patient. Cette observation permet aussi de tracer notre activité dans le DPI.

3.3.2. CONCILIATION DE SORTIE

Chaque jour, l'externe se renseigne auprès de l'équipe soignante de l'unité sur les patients sortants du jour ou des jours suivants. Dès que l'ordonnance de sortie est prescrite sur le logiciel Cortexte[®], l'interne en pharmacie compare cette ordonnance au BMO réalisé à l'entrée et à l'ordonnance hospitalière en cours. Dans le cas d'une substitution d'un médicament à l'entrée, il vérifie que la spécialité habituellement prise par le patient a bien été represcrite sur l'ordonnance de sortie.

L'interne en pharmacie remplit une fiche de liaison ville-hôpital à destination du médecin traitant. Le traitement habituel du patient avant l'hospitalisation, obtenu grâce au BMO est comparé au traitement de sortie. Le statut de chaque médicament est précisé : poursuivi, modifié, arrêté, suspendu, substitué, ajouté. L'interne en pharmacie date et signe la fiche, avant de la remettre à la secrétaire de l'unité. Celle-ci envoie au médecin traitant le compte rendu de l'hospitalisation accompagné de la fiche de liaison ville-hôpital.

L'interne complète ensuite la fiche d'information patient qui sera remise au patient lors d'un entretien. Cet échange permet d'expliquer au patient le traitement et ses modifications durant l'hospitalisation. Le pharmacien répond également aux questions éventuelles du patient concernant son traitement, et s'assure de la bonne compréhension de celui-ci.

L'interne ou le pharmacien rédige ensuite un bilan de la conciliation de sortie dans les "observations pharmaciens" du dossier Cortexte® du patient.

3.4. CRITERES D'ANALYSE

Les données recueillies lors de la conciliation sont reportées sur une base de données Excel, puis analysées.

Il s'agit de :

- critères liés au patient : âge, sexe, unité d'hospitalisation, durée moyenne de séjour, origine du patient,
- critères liés à la conciliation d'entrée : délai de la conciliation, nombre et types de sources d'informations consultées, nombre de médicaments sur le BMO, nombre de médicaments sur l'OMA, nombre de divergences (DID, DIND, DNI), types de DNI, temps nécessaire pour réaliser la conciliation d'entrée,
- critères liés à la conciliation de sortie : délai de la conciliation avant la sortie, temps de l'entretien avec le patient, remise de la fiche au patient, envoi de la fiche de liaison au médecin traitant.

L'impact clinique potentiel des DNI a été évalué lors d'une concertation pluridisciplinaire avec un psychiatre, deux médecins généralistes et un pharmacien. L'échelle de Hatoum est utilisée pour la cotation. Elle comporte 4 niveaux d'impact (8).

Note	Signification
0	Impact clinique nul pour le patient L'intervention présente un objectif exclusivement financier ou informatif ou a été proposée après l'évènement, elle est donc sans conséquence sur le patient
1	Impact significatif L'intervention augmente l'efficacité du traitement et/ou la sécurité du patient et/ou la qualité de vie du patient
2	Impact très significatif L'intervention empêche un dysfonctionnement organique, elle évite une surveillance médicale intensive ou une séquelle irréversible
3	Impact vital L'intervention évite un accident potentiellement fatal

Figure 7 : Echelle de Hatoum

Les indicateurs de performance issus de l'expérimentation Med'Rec ont été utilisés (62). Ces 4 indicateurs évaluent l'impact de la conciliation médicamenteuse dans la prise en charge du patient. Ils sont récapitulés dans le tableau ci-dessous.

Indicateurs	Description
MR1	Pourcentage de patients conciliés dans les 24h
MR2	Nombre moyen de DIND par patient concilié
MR3	Nombre moyen de DNI par patient concilié
MR4	Pourcentage de patients conciliés ayant au moins une DNI

Tableau 2 : Indicateurs Med'Rec

4. RESULTATS

Durant les 5 mois de l'étude, 191 patients ont été admis dans les 3 unités pilotes. Parmi eux, 118 patients sont éligibles à la conciliation. Les patients transférés d'un autre service et admis au CH Marchant depuis plus de 48h, les patients admis pour un séjour de rupture ou en retour de permission sont exclus.

Parmi les 118 patients éligibles, 98 ont été conciliés à l'entrée, soit 83% des patients. La conciliation d'entrée n'a pas pu être réalisée pour 20 patients éligibles, soit 17%.

4.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

La cohorte de 98 patients comprend 37% de femmes et 63% d'hommes, soit un sexe ratio H/F de 1,71. La durée moyenne de séjour est de 31 jours. L'âge moyen est de 41 ans, avec un écart-type de 14,2. La médiane est de 38,7 ans. Le patient le plus jeune a 16 ans, le plus âgé a 70 ans.

Concernant l'origine des patients, près de la moitié d'entre eux (49%) proviennent des urgences psychiatriques. 34% des patients viennent du domicile, 10% sont transférés d'un autre établissement hospitalier, 7% proviennent d'EHPAD, de foyer de vie ou de Maison d'Accueil Spécialisée (MAS).

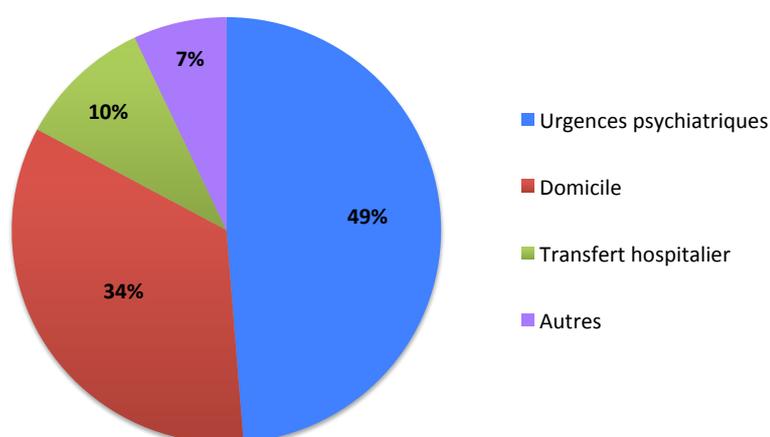


Figure 8 : Origine des patients

4.2. CONCILIATION D'ENTREE

Sur une période de 5 mois, 98 patients ont été conciliés à l'entrée, soit 5 patients conciliés en moyenne par semaine. Une conciliation d'entrée est faite chaque jour ouvré en moyenne.

4.2.1. DELAI DE CONCILIATION

Plus de la moitié des patients sont conciliés dans les 24h suivant l'admission (59%). 77% des patients sont conciliés dans les 48h, ce qui correspond à l'objectif que nous nous étions fixé. 23% sont conciliés au-delà des 48h qui suivent l'admission.

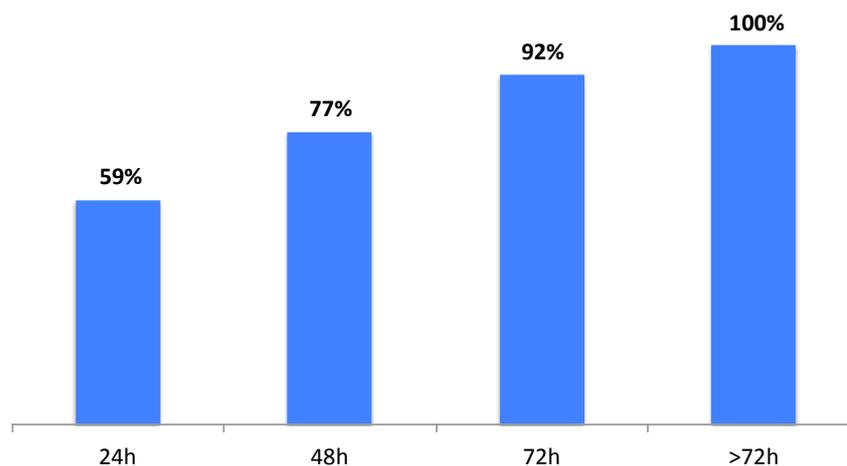


Figure 9 : Délai entre l'admission et la conciliation

Le temps nécessaire pour réaliser la conciliation d'entrée est de 24 minutes en moyenne. Ce temps varie de 10 à 60 minutes en fonction des patients. Il comprend la réalisation du BMO avec la consultation des différentes sources d'informations, le remplissage de la fiche de conciliation papier, la comparaison du BMO à l'OMA et l'analyse des divergences.

4.2.2. SOURCES D'INFORMATIONS

En moyenne, 3,3 sources sont consultées par patient.

Pour environ un tiers des patients (37%), 3 sources d'informations ont été identifiées pour le recueil des traitements. Le nombre de sources consultées est de 2 pour 22% des patients et de 4 pour 26% des patients. Notre objectif était d'avoir au moins 2 à 3 sources d'informations par patient. Pour 15% des patients, 5 à 7 sources ont été exploitées.

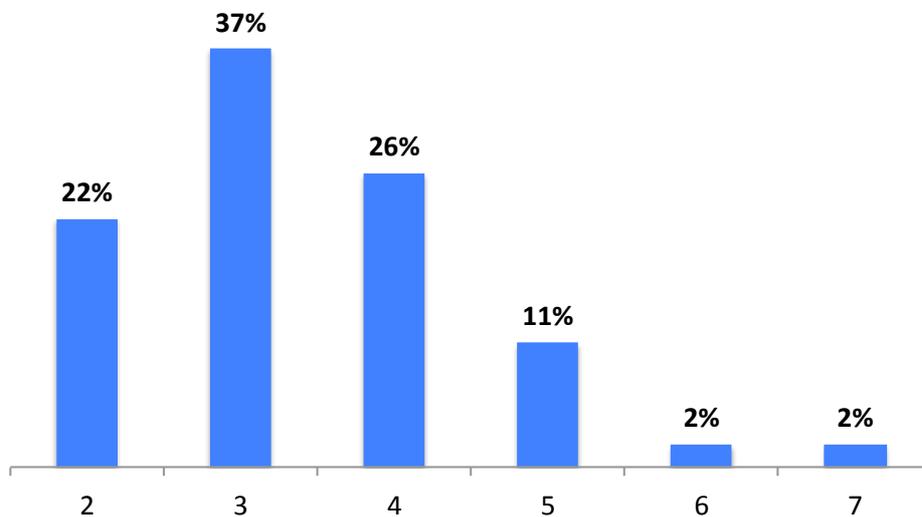


Figure 10 : Répartition du nombre de sources consultées par patient

Les trois sources les plus fréquemment utilisées sont l'entretien avec le patient (71%), le Dossier Patient Informatisé (69%) et le médecin traitant (62%). Pour plus de la moitié des patients, le contact du pharmacien d'officine (53%) et la consultation des courriers médicaux (51%) ont permis l'établissement du BMO.

Les autres sources d'informations utilisées sont les médicaments personnels apportés par le patient (5%), l'entourage familial (2%), l'IDE à domicile (1%), les structures d'accueil telles que l'EHPAD, le foyer de vie ou la MAS (5%) et le médecin spécialiste (3%).

On remarque que pour 31% des patients, le DPI n'a pas été consulté. Lorsque le DPI existe, il est toujours consulté lors de la conciliation. On peut en déduire que 31% des patients conciliés à l'entrée n'ont pas de DPI, ce qui signifie qu'ils sont hospitalisés pour la première fois au CH Marchant ou qu'ils ne sont pas suivis dans les structures extérieures de l'établissement (par exemple les CMP).

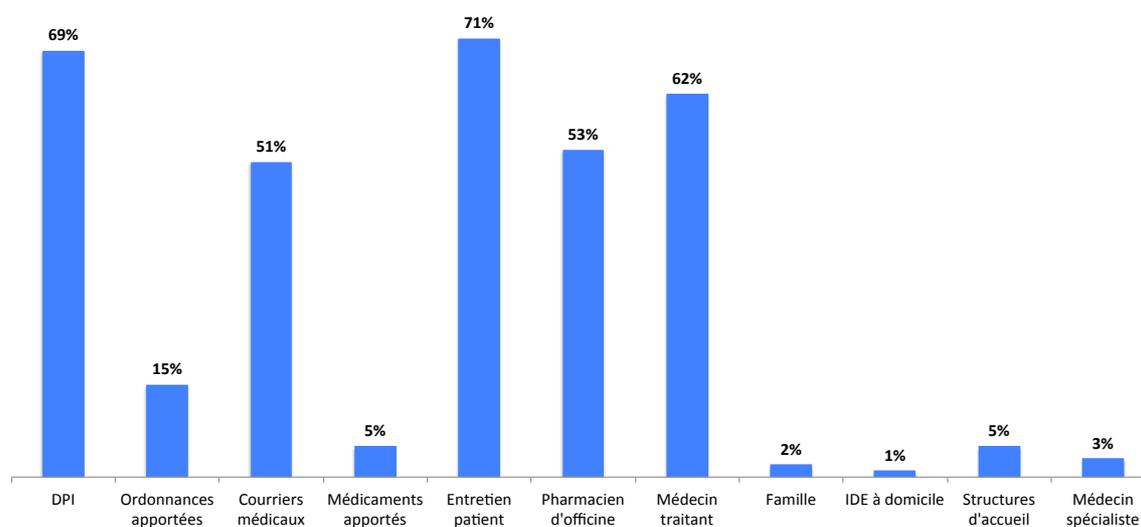


Figure 11 : Sources d'informations consultées

L'entretien avec le patient a été réalisé dans 71% des cas. Pour 29% des patients, l'entretien n'a pas été possible.

Les raisons de l'absence d'entretien avec le patient sont diverses :

- pour plus de la moitié des patients (17 patients), l'état psychiatrique du patient était incompatible avec un entretien. Pour 10 patients (36%), il s'agissait de patients agressifs, agités, délirants, confus, en refus de soins ou en déni de l'hospitalisation ou de la pathologie. 7 patients (25%) étaient en chambre d'isolement au moment de la conciliation d'entrée, ce qui rendait l'entretien impossible.
- pour 5 patients (18%), d'autres causes non liées à la pathologie psychiatrique ont constitué un frein à l'entretien. Il s'agissait de patients présentant un déficit mental, des troubles cognitifs, un autisme ou des troubles de la parole.
- pour 4 patients (14%), l'entretien n'a pas été réalisé par manque de temps de l'équipe pharmaceutique.
- 2 patients (7%) n'étaient pas disponibles ou présents dans le service au moment de la réalisation de la conciliation.

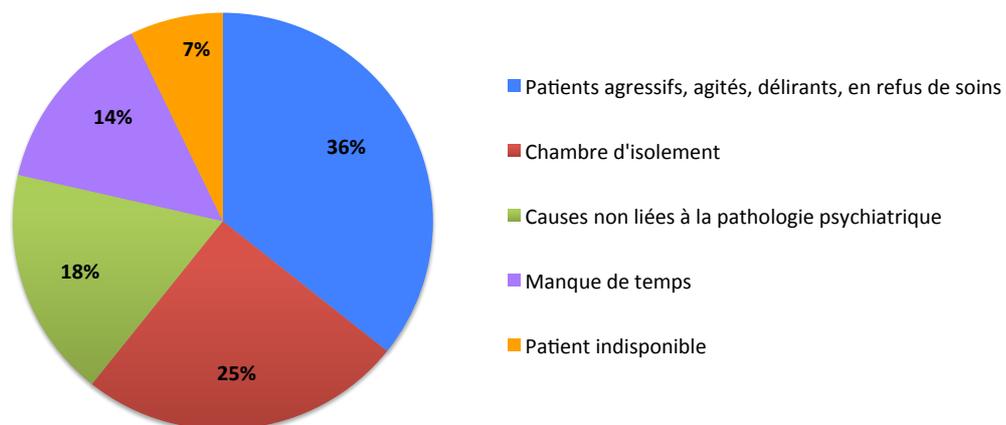


Figure 12 : Motifs de l'absence d'entretien avec le patient

4.2.3. COMPARAISON DU BMO AVEC L'OMA

Le BMO comprend en moyenne 4,4 médicaments par patient. Le nombre de médicaments varie de 0 à 16.

Un patient a en moyenne 5 médicaments sur sa première ordonnance hospitalière à l'admission. L'OMA comporte au minimum 2 médicaments et au maximum 16. Près d'un tiers des patients (34%) ont entre 2 et 3 médicaments prescrits sur leur ordonnance hospitalière. Pour 37%, l'OMA comprend 4 ou 5 médicaments. L'OMA comporte plus de 6 médicaments dans 29% des cas.

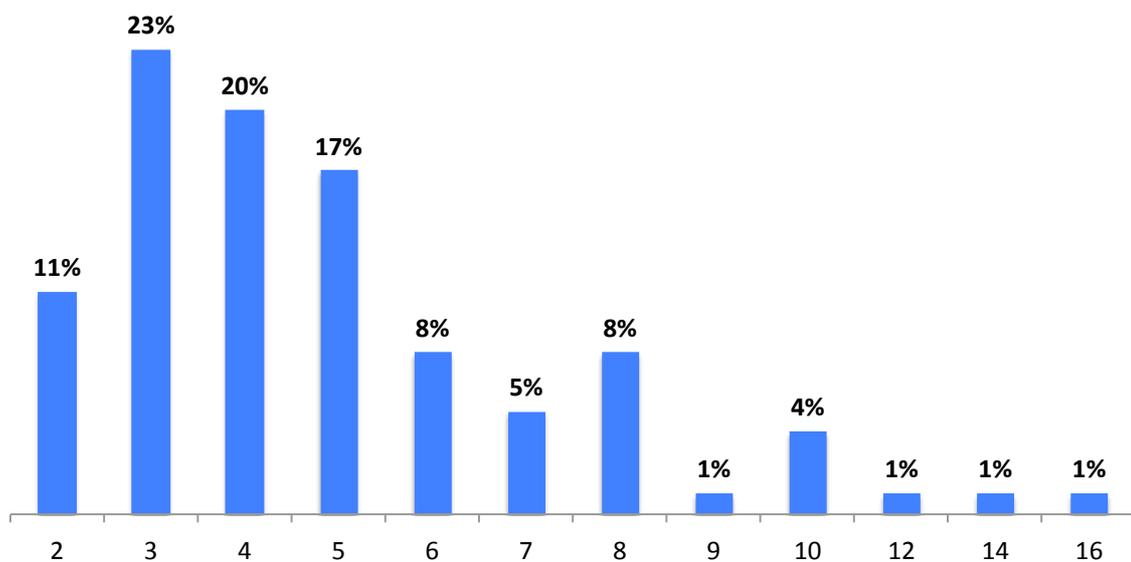


Figure 13 : Répartition des patients en fonction du nombre de lignes sur l'OMA

L'analyse du statut des 435 médicaments présents sur les BMO a été réalisée, selon leur devenir à l'admission.

On remarque que 68% des médicaments pris habituellement par le patient sont poursuivis lors de l'hospitalisation. 17% des médicaments du BMO sont arrêtés à l'admission et 11% sont modifiés. Une substitution a été faite pour 4% des médicaments, en raison de l'absence de la spécialité au livret thérapeutique de l'établissement.

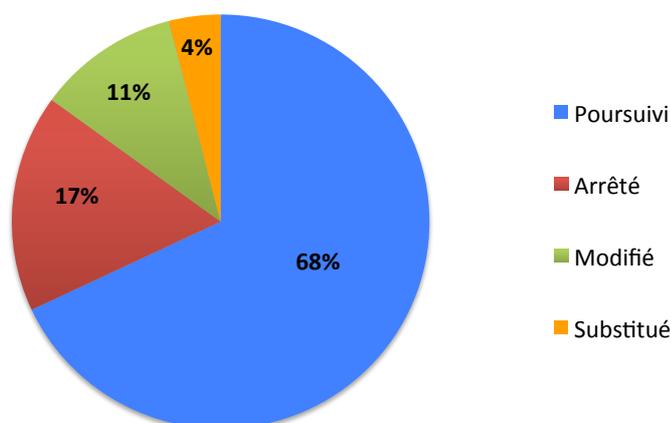


Figure 14 : Statut des médicaments du BMO

4.2.4. ANALYSE DES DIVERGENCES

Dans notre étude, ne sont pas considérées comme des divergences :

- les ajouts de médicaments à l'admission,
- les substitutions au profit des spécialités du livret thérapeutique.

Sur les 98 patients conciliés à l'entrée, le nombre total de divergences est de 120, soit en moyenne 1,2 divergences par patient concilié. Ces divergences correspondent à des lignes de médicaments arrêtés ou modifiés. On dénombre 60 patients (62%) avec au moins une divergence au niveau de leur prescription hospitalière. 38 patients (38%) présentent une ordonnance sans divergence.

Parmi les 120 divergences identifiées, 90 sont intentionnelles (75%) et 30 sont non intentionnelles appelées aussi DNI (25%). Les 90 divergences intentionnelles (DI) se répartissent en 27 divergences intentionnelles documentées ou DID (22,5%) et en 63 divergences intentionnelles non documentées ou DIND (52,5%).

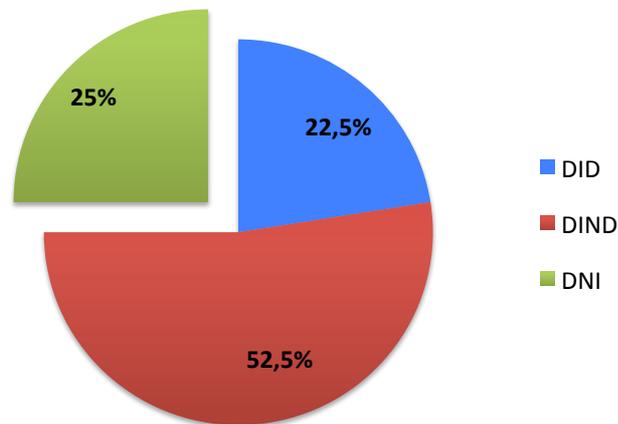


Figure 15 : Types de divergences retrouvées

Parmi les 98 patients conciliés, 50 d'entre eux présentent au moins une divergence intentionnelle sur leur ordonnance. On retrouve jusqu'à 7 divergences intentionnelles sur une même prescription. Les prescriptions hospitalières de 19 patients comportent au moins une DID. Chez 39 patients, on note au moins une DIND.

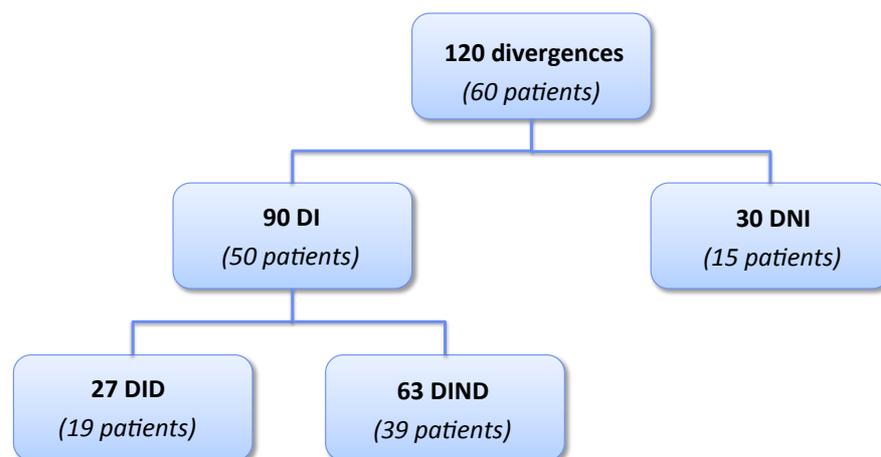


Figure 16 : Répartition des types de divergences et le nombre de patients concernés

4.2.5. ANALYSE DES DNI

Un quart des divergences mises en évidence concernent des divergences non intentionnelles. Ces DNI constituent des erreurs médicamenteuses. Parmi les 98 patients conciliés, 15 d'entre eux présentent au moins une DNI (15,3%) et 83 n'ont pas de DNI au niveau de leur prescription (84,7%) .

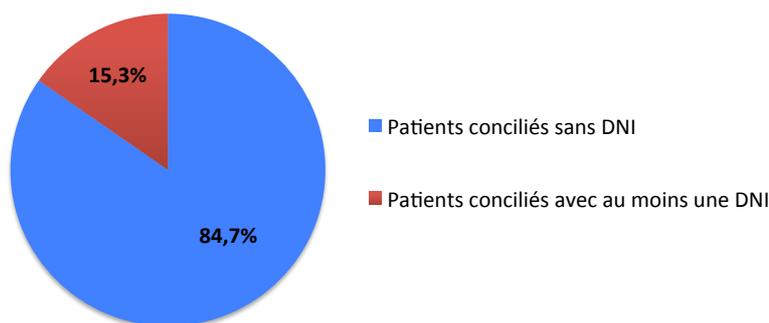


Figure 17 : Patients et DNI

L'analyse des divergences met en évidence 30 DNI chez 15 patients, ce qui fait en moyenne 2 divergences non intentionnelles par patient. Le nombre maximum de DNI pour un patient est de 5.

Parmi ces 15 patients, un peu plus de la moitié (8 patients soit 53%) présentent une seule DNI sur leur prescription. Pour 3 patients (20%), l'ordonnance renferme 2 DNI. Les prescriptions de 4 patients (27%) comportent chacune entre 3 et 5 divergences non intentionnelles.

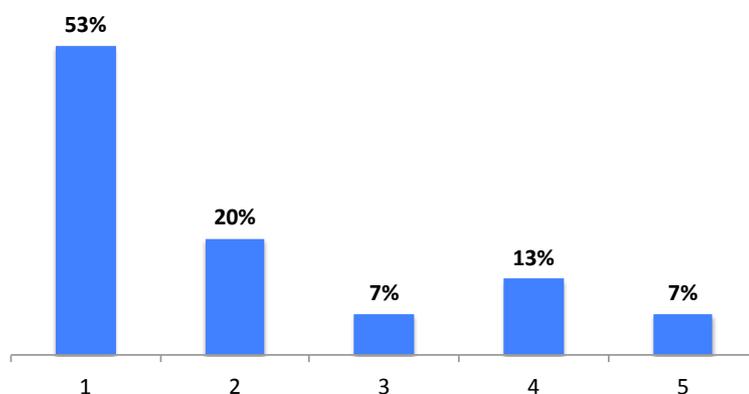


Figure 18 : Répartition du nombre de DNI chez les patients présentant au moins une DNI

Une analyse des types de DNI a été réalisée. La majorité des divergences non intentionnelles soit 21 DNI (70%) concernent des oublis de médicaments sur la prescription hospitalière lors de l'admission. Une erreur de posologie est mise en évidence pour 4 DNI (13%). Une erreur du plan de prise, c'est-à-dire une erreur dans la répartition horaire des doses à administrer ou une erreur dans la durée de la prescription, est retrouvée pour 3 DNI (10%). Une erreur de dosage du médicament prescrit intervient pour 2 divergences non intentionnelles (7%). Il n'y a aucune erreur concernant la forme galénique du médicament.

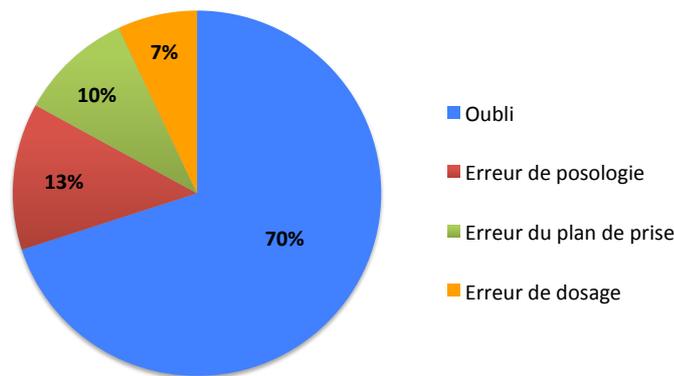


Figure 19 : Types de divergences non intentionnelles

On remarque que 90% des divergences non intentionnelles concernent des médicaments somatiques. 10% des DNI impliquent des médicaments du système nerveux.

Les médicaments somatiques les plus souvent retrouvés appartiennent à la classe ATC (Anatomie, Thérapeutique et Chimique) du système digestif et du métabolisme (26%), du système cardiovasculaire (20%) et du système respiratoire (17%).

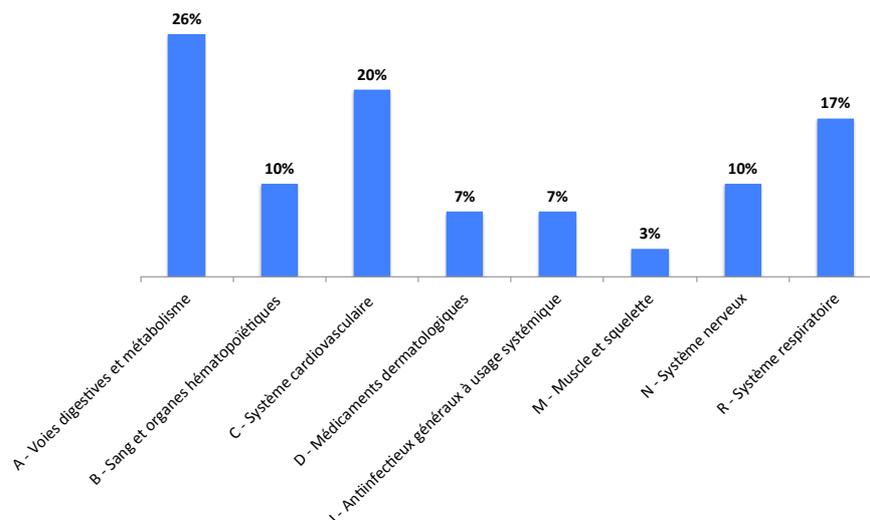


Figure 20 : Répartition des DNI selon la classification ATC (Anatomie, Thérapeutique et Chimique)

L'impact clinique potentiel des divergences non intentionnelles a été évalué selon l'échelle de Hatoum. Pour 9 DNI (30%), l'impact clinique est nul pour le patient (niveau 0). L'impact clinique des DNI est significatif pour 12 divergences (40%), c'est-à-dire que leur mise en évidence augmente l'efficacité du traitement, la sécurité du patient ou la qualité de vie (niveau 1). L'impact clinique est très significatif pour 9 divergences (30%) : l'identification des DNI empêche un dysfonctionnement organique, ou évite une surveillance médicale intense ou une séquelle irréversible (niveau 2).

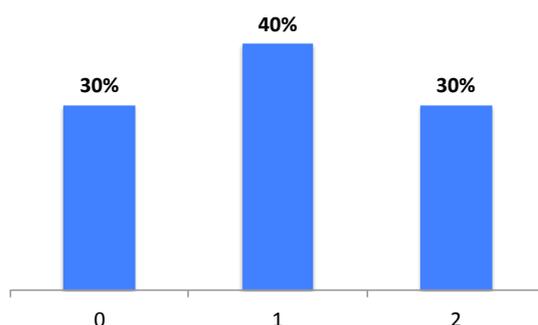


Figure 21 : Répartition des DNI en fonction de l'impact clinique potentiel

Pour les DNI ayant un impact clinique significatif et très significatif, les médicaments impliqués ainsi que leur classification ATC sont détaillés dans les tableaux ci-dessous.

Types de divergences	Médicaments impliqués	Classification ATC
Oubli	Baclofène	M - Muscle et squelette
Oubli	Crestor	C - Système cardiovasculaire
Oubli	Glimepiride	A - Voies digestives et métabolisme
Oubli	Innovair	R - Système respiratoire
Oubli	Onytec	D - Médicaments dermatologiques
Oubli	Pravastatine	C - Système cardiovasculaire
Oubli	Stagid	A - Voies digestives et métabolisme
Oubli	Ventoline	R - Système respiratoire
Erreur de dosage	Metformine	A - Voies digestives et métabolisme
Erreur de dosage	Un-Alfa	A - Voies digestives et métabolisme
Erreur de posologie	Lansoprazole	A - Voies digestives et métabolisme
Erreur de plan de prise	Bricanyl	R - Système respiratoire

Tableau 3 : DNI ayant un impact clinique significatif (niveau 1)

Types de divergences	Médicaments impliqués	Classification ATC
Oubli	Clopidogrel	B - Sang et organes hématopoïétiques
Oubli	Inexium	A - Voies digestives et métabolisme
Oubli	Pravastatine	C - Système cardiovasculaire
Oubli	Tareg	C - Système cardiovasculaire
Oubli	Timoferol	B - Sang et organes hématopoïétiques
Erreur de posologie	Haldol Decanoas	N - Système nerveux
Erreur de posologie	Lyrice	N - Système nerveux
Erreur de plan de prise	Amoxicilline - Acide clavulanique	J - Antiinfectieux généraux à usage systémique
Erreur de plan de prise	Flagyl	J - Antiinfectieux généraux à usage systémique

Tableau 4 : DNI ayant un impact clinique très significatif (niveau 2)

Une modification de la prescription a été effectuée pour les trois quart des DNI ayant un impact clinique significatif (niveau 1). Toutes les DNI ayant un impact clinique très significatif (niveau 2) ont été corrigées sur la prescription du patient.

Près de trois quarts des divergences non intentionnelles (73%) ont entraîné une modification de la prescription par le médecin généraliste ou le psychiatre. Les DNI n'ont pas été corrigées dans 27% des cas.

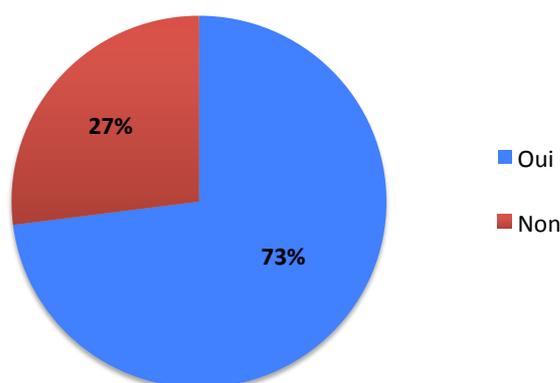


Figure 22 : Modification de la prescription suite à l'analyse des DNI

4.2.6. CRITERES D'EVALUATION MED'REC

Les résultats des indicateurs d'évaluation Med'Rec sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Indicateurs	Description	Résultats au CH Marchant
MR1	Pourcentage de patients conciliés dans les 24h	59%
MR2	Nombre moyen de DIND par patient concilié	0,64
MR3	Nombre moyen de DNI par patient concilié	0,31
MR4	Pourcentage de patients conciliés ayant au moins une DNI	15,3%

Tableau 5 : Résultats des indicateurs Med'Rec

4.3. CONCILIATION DE SORTIE

Parmi les 98 patients conciliés à l'entrée, 82 patients sont éligibles à la conciliation de sortie. Les patients non éligibles correspondent aux patients transférés dans une autre unité (autre que les unités pilotes).

Sur ces 82 patients éligibles, seulement 7 ont pu être conciliés à leur sortie, soit 8,5% des patients.

Pour ces 7 patients, la conciliation de sortie comprend :

- un entretien avec le patient avant sa sortie, réalisé par le pharmacien et l'interne en pharmacie, avec la remise d'une fiche d'information sur le traitement,
- une fiche de liaison envoyée au médecin traitant.

Le temps moyen de l'entretien avec le patient est de 17 minutes. Les entretiens avec le patient ont été réalisés le plus souvent la veille de la sortie (3 patients). Pour 2 patients, l'entretien s'est déroulé le jour même de leur sortie. L'entretien a été fait 2 jours avant la sortie pour un patient et 4 jours avant pour un autre patient.

5. DISCUSSION

5.1. ANALYSE DES RESULTATS DE L'ETUDE CONCERNANT LA CONCILIATION D'ENTREE

5.1.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

Dans notre étude, 83% des patients éligibles à la conciliation ont été conciliés à leur admission à l'hôpital. Les raisons pour lesquelles 17% des patients éligibles n'ont pas pu être conciliés sont :

- le manque de disponibilité de l'équipe pharmaceutique,
- la sortie ou le transfert du patient avant que la conciliation n'ait pu être réalisée,
- une absence ou un nombre insuffisant de sources d'informations disponibles (par exemple un entretien impossible avec le patient, pour lequel aucun médecin traitant n'est identifié dans le dossier).

Selon une étude réalisée en psychiatrie au CH Paul-Guiraud à Clamart, 8% des patients n'ont pas été conciliés en raison du manque de fiabilité ou de l'absence d'information recueillie (90).

Une autre étude concerne la mise en oeuvre de la conciliation médicamenteuse au sein du Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) de la Savoie, près de Chambéry. Il s'agit d'un établissement spécialisé en santé mentale dans lequel la conciliation a été déployée dans une unité pilote durant 3 mois. Tous les patients entrants ont été conciliés. Cette étude mentionne que pour 24% des patients éligibles, la conciliation n'a pas été possible du fait des patients en chambre d'isolement, des sorties contre avis médical et de l'absence de réponse du médecin traitant (91).

Concernant la population de notre étude, la moyenne d'âge est de 41 ans. Seulement 6% des patients conciliés ont plus de 65 ans. Selon l'étude du CHS de la Savoie, 13,6% des patients de la file active sont âgés de plus de 65 ans (91).

Beaucoup d'études ont mis en évidence les bénéfices de la conciliation dans les services de gériatrie. Dans le projet Med'Rec, l'impact de la conciliation est démontré pour les patients âgés de plus de 65 ans. En psychiatrie, appliquer uniquement un critère d'âge ne nous

semble pas assez pertinent pour sélectionner les patients à concilier en priorité. Un ciblage des patients âgés de plus de 65 ans serait trop réducteur au vu du faible nombre de patients concernés.

Près de la moitié des patients de notre cohorte proviennent des urgences psychiatriques. On sait que le passage par les urgences constitue une situation à risque d'erreurs médicamenteuses. Le personnel des urgences identifie seulement 54,7% des lignes de médicaments de façon complète (78). Une erreur dans le recueil des traitements peut ensuite perdurer lors du transfert du patient dans le service d'hospitalisation, et également sur l'ordonnance de sortie.

5.1.2. TEMPS NECESSAIRE

Le temps moyen nécessaire pour une conciliation d'entrée est de 24 minutes. Il s'agit d'une estimation approximative et non d'une mesure exacte. Il est en effet difficile d'évaluer le temps passé à chaque étape de la conciliation, surtout que ces étapes sont réalisées de manière entrecoupée dans le temps. Ce temps est variable en fonction de la disponibilité et de l'accessibilité des sources d'informations et de la complexité du traitement du patient. On se rend compte que le temps de recueil des informations est souvent l'étape la plus chronophage. Cette estimation ne comprend pas le temps passé par l'interne en pharmacie pour tracer le bilan de la conciliation sur le dossier patient et envoyer un message aux prescripteurs concernés.

Il aurait été intéressant de distinguer le temps passé pour le recueil des informations et le temps nécessaire pour l'analyse des divergences. Néanmoins, cela est difficile à mesurer en pratique.

5.1.3. SOURCES D'INFORMATIONS

Concernant les sources d'informations consultées, l'entretien avec le patient est réalisé dans 71% des cas. Ce taux est comparable à celui du CH La Chartreuse à Dijon (75%), qui est un établissement psychiatrique (92). Il est de 91% au CHS de la Savoie (91). En

psychiatrie, la fiabilité des informations délivrées par le patient peut être discutable. Le patient n'est pas toujours réceptif aux questions posées lors de l'entretien. Parfois, on note un manque de coopération du patient dans les jours suivant l'admission, notamment dans les hospitalisations sous contrainte.

Néanmoins, le patient reste une source d'informations incontournable, y compris en psychiatrie. L'entretien permet d'avoir des informations sur son traitement habituel et son observance. Il permet également d'obtenir le nom de sa pharmacie d'officine.

Nous n'avons pas demandé au patient l'accord explicite de contacter leur pharmacien. Nous avons considéré que dès lors que le patient nous communiquait le nom de sa pharmacie, cela constituait un accord implicite. Nous avons cependant été confrontés à un patient qui avait volontairement deux pharmacies différentes : la première pour son traitement psychiatrique, et la deuxième pour ses autres traitements.

Il nous semble qu'il serait intéressant d'obtenir le consentement du patient et qu'une piste d'amélioration serait à étudier en ce sens.

La communication des informations sur les traitements des patients s'est faite par téléphone avec le pharmacien d'officine ou le médecin traitant. Ce mode de transmission n'est pas sécurisé. Un seul pharmacien d'officine nous a demandé de lui faxer un document avec le tampon de l'hôpital, le nom du pharmacien, l'objet de la demande avec le nom du patient, sans quoi il refusait de délivrer les informations. Une fois le fax reçu, nous avons pu le rappeler afin d'obtenir le traitement du patient.

Certains établissements prévoient la mise en place d'un courrier type de demande d'informations médicamenteuses, pour les professionnels de santé contactés par téléphone, afin de satisfaire aux exigences du secret médical (90). Dans notre région, le déploiement de la messagerie sécurisée Médimail devrait être un outil permettant une meilleure communication entre les différents professionnels de santé.

Par ailleurs, grâce à nos interventions, les coordonnées des professionnels de santé de ville (pharmacien d'officine, médecin traitant) ont été actualisées sur le dossier Cortexte® du patient.

Concernant le dossier pharmaceutique, il n'est pas consultable à l'hôpital Marchant. En effet, nous ne disposons pas d'un système informatique associé à un lecteur de carte vitale pour permettre l'accès au DP. La mise en place d'un accès au DP sur l'établissement pourrait être une piste d'amélioration. Le DP constitue une source d'information supplémentaire et fiable. Il recense les médicaments, prescrits sur ordonnance ou non, délivrés par la pharmacie d'officine durant les 4 derniers mois.

Néanmoins, l'exhaustivité des informations fournies est discutable, notamment en raison de l'absence des posologies des médicaments. De plus, seulement une personne sur 2 a un DP actif sur sa carte vitale. L'accès au dossier pharmaceutique est encore peu développé dans les pharmacies hospitalières, il est accessible pour seulement 9% des PUI. Le déploiement d'un accès au DP au sein de l'établissement pourrait être envisagé comme une piste de réflexion.

5.1.4. DIVERGENCES

Dans notre étude, les divergences concernent uniquement des lignes de médicaments arrêtés ou modifiés. Les médicaments ajoutés ou substitués ne sont pas considérés comme des divergences, cela peut constituer un biais. En effet, dans l'étude du CH de la Chartreuse, les lignes de médicaments ajoutés ont été analysées comme des divergences. 7% des DNI retrouvées concernent un ajout de médicament par erreur (92). A l'hôpital Marchant, les médicaments ajoutés sur l'OMA à l'entrée sont généralement des traitements psychiatriques.

La majorité des DNI (90%) concernent des médicaments somatiques. Ce résultat est caractéristique de la prise en charge en psychiatrie. Les psychiatres se focalisent en général sur le traitement psychotrope. Le traitement somatique est represcrit dans un deuxième temps, et souvent par le médecin généraliste.

La communication des divergences aux prescripteurs se fait le plus souvent par messagerie sécurisée, via le dossier patient Cortexte®. La notion d'entretien collaboratif médecin-pharmacien est à développer sur l'établissement. L'analyse des divergences et le bilan de la conciliation sont effectués par l'interne depuis la pharmacie. Une présence plus importante

de l'interne dans le service de soins permettrait de faciliter les échanges avec les prescripteurs. Ainsi l'analyse des divergences serait plus pertinente. Néanmoins, le manque de disponibilité des prescripteurs, intervenant souvent sur plusieurs sites peut constituer un frein à cet entretien.

Une évaluation de l'impact clinique potentiel des DNI a été réalisée. D'après une revue de la littérature, il ne semble pas exister de méthode standardisée spécifique de la conciliation médicamenteuse pour l'évaluation de l'impact clinique. Le projet Med'Rec propose une caractérisation des divergences selon la méthode REMED de la SFPC (62). Il s'agit de la Revue des Erreurs liées aux Médicaments et aux Dispositifs médicaux. Cette méthode permet d'identifier la nature de l'erreur médicamenteuse et la gravité potentielle des conséquences de l'erreur interceptée par la conciliation.

Pour notre part, nous avons choisi d'utiliser l'échelle de Hatoum. Elle permet une évaluation en terme d'impact clinique potentiel si la conciliation n'avait pas eu lieu, et non en terme de préjudice. Elle simplifie la cotation des divergences, avec seulement 4 niveaux.

La concertation pluridisciplinaire entre les deux médecins généralistes, le psychiatre et le pharmacien a permis de recueillir des avis différents. On remarque que les médecins généralistes nuancent leur cotation en fonction de l'état clinique global du patient et du risque potentiel de la persistance de la divergence à la sortie du patient. Ainsi deux médicaments identiques peuvent être cotés avec des impacts cliniques différents selon le patient. La mise en évidence de certaines divergences a entraîné une surveillance biologique, comme par exemple une surveillance de la glycémie ou une surveillance clinique renforcée (surveillance tensionnelle par exemple).

Concernant le devenir des DNI, un quart d'entre elles n'ont pas entraîné de modification de la prescription par le médecin. La plupart de ces divergences ont été cotées comme ayant un impact clinique nul pour le patient (niveau 0 de l'échelle de Hatoum). Il s'agit de traitements qui ont été réévalués comme non pertinents par l'équipe médicale. Ces médicaments n'ont pas été repris faute d'indication.

5.1.5. INDICATEURS MED'REC

Nous avons interprété les indicateurs Med'Rec, qui permettent d'évaluer le processus de conciliation médicamenteuse.

Le critère MR1, qui correspond au pourcentage des patients conciliés dans les 24h suivant leur admission, est de 59%. C'est un résultat satisfaisant pour une phase test. Ce critère traduit la réactivité de l'équipe pharmaceutique dans la réalisation de la conciliation d'entrée. Le projet Med'Rec fixe un objectif à 100%. Ce taux est comparable à celui observé (64%) au CH La Chartreuse à Dijon et à celui du CH de Lunéville en gériatrie (59,6%) (78,92). Il est supérieur au critère MR1 du CHS de la Savoie (53,7%) (91).

Dans notre établissement, des causes organisationnelles telles que l'admission des patients durant le week-end et la présence des externes uniquement le matin permettent d'expliquer la non-conciliation des patients dans les 24h.

Concernant les raisons d'un délai supérieur à 24h, le CHS de la Savoie identifie dans 50% des cas des problèmes organisationnels (entrées durant le week-end, organisation en phase d'élaboration au début de l'étude). Un état psychologique ne permettant pas un entretien à l'entrée retarde la conciliation dans 50% des cas. Il s'agit de patients délirants, en chambre d'isolement, à risque d'agressivité, en cours de sevrage alcoolique, présentant un syndrome anxiodépressif majeur ou en attente de réévaluation de l'état clinique par un psychiatre.

Le critère MR2 comptabilise le nombre de divergences intentionnelles non documentées par patient. Il est à 0,64 dans notre étude, ce qui signifie qu'en moyenne un patient présente moins d'une DIND sur sa prescription. Cet indicateur évalue la traçabilité des modifications du traitement dans le dossier médical du patient. Selon le projet Med'Rec, ce critère doit tendre vers 0. Au CH La Chartreuse à Dijon, ce taux est plus élevé, il est de 3 par patient (92). La différence peut être en partie expliquée par le fait que nous ne comptabilisons pas les ajouts de traitements dans les divergences, contrairement au CH La Chartreuse.

Il est important de sensibiliser les équipes médicales à expliciter les modifications de traitement dans le dossier médical. Ces explications concernant les changements dans le traitement du patient facilitent l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance. Un défaut de

traçabilité peut générer des erreurs médicamenteuses, surtout en cas de prescripteurs multiples.

Le critère MR3 rapporte le nombre de divergences non intentionnelles par patient concilié. Le taux est de 0,31 au CH Marchant. L'objectif à atteindre selon Med'Rec est un taux inférieur à 0,3 DNI par patient. Notre score est comparable à ceux obtenus en psychiatrie : 0,33 au CHS de la Savoie et 0,265 au CH La Chartreuse à Dijon (91,92).

Le critère MR4 exprime le pourcentage de patients conciliés ayant au moins une divergence non intentionnelle. Il traduit l'impact de la conciliation médicamenteuse. Selon Med'Rec, la cible est d'avoir un pourcentage à 0. Dans notre étude, 15,3% des patients présentent au moins une DNI sur leur prescription. Les résultats sont comparables à ceux dans d'autres établissements psychiatriques : 16% au CH La Chartreuse à Dijon (92), 15% à l'EPSM de Caen et 17,1% à l'EPSM Lille Métropole. En effet, nous avons fait le choix, comme les établissements cités ci-dessus, de concilier tous les patients et de ne pas fixer de critères de ciblage concernant l'âge, des pathologies ou des médicaments à risques. Au CH Paul-Guiraud à Clamart, des critères de sélection des patients à concilier en priorité ont été identifiés : un âge supérieur à 65 ans, certaines pathologies somatiques ou certains médicaments à marge thérapeutique étroite. Ainsi, 42% des patients présentent au moins une DNI (93).

5.2. ROLE DE L'INTERNE

J'ai effectué 2 semestres d'internat au sein de l'hôpital Marchant, de mai 2015 à avril 2016. Ceci m'a permis de coordonner la mise en place du projet du début à la fin.

- Réalisation d'une enquête auprès d'établissements de santé mentale sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse. Ces entretiens téléphoniques m'ont permis de mieux appréhender les aspects pratiques d'un tel projet ainsi que les difficultés rencontrées.
- Mise au point des supports papier pour la réalisation de la conciliation, et d'une méthodologie que j'ai proposée aux pharmaciens de l'hôpital.
- Présentation du projet aux différentes instances de l'établissement et aux équipes des unités pilotes.

- Réalisation des premières conciliations d'entrée dans les unités pilotes afin de tester les supports et la méthodologie.
- Formation et encadrement des externes durant la période de l'étude.
- Réalisation en lien avec les externes, du bilan de chaque conciliation avec notamment l'analyse des divergences et la transmission de ce bilan aux prescripteurs concernés.
- Participation aux entretiens de sortie en binôme avec le pharmacien.

Par ailleurs, j'ai pu bénéficier d'une formation sur une journée sur le thème de la conciliation, par Compétences SD. Il s'agit d'un organisme spécialisé dans la formation des acteurs de santé et dispensant des programmes de développement professionnel continu.

5.3. DIFFICULTES RENCONTREES

5.3.1. LIEES A LA PSYCHIATRIE

La libre circulation des patients sur l'ensemble de l'établissement est caractéristique de la psychiatrie. Le patient déambule dans l'unité ou dans le parc de l'établissement, à l'exception des patients en chambre d'isolement ou en zone fermée. Cette libre circulation peut être un frein à la conciliation médicamenteuse, tant à l'entrée qu'à la sortie du patient. A l'admission, la participation du patient est nécessaire lors d'un entretien pour recueillir le traitement habituel et obtenir les coordonnées du pharmacien d'officine, et parfois du médecin traitant. A la sortie, la présence du patient pour l'entretien avec le pharmacien est requise. Il est parfois difficile de savoir où se trouve le patient et à quel moment programmer ces entretiens.

De plus, il existe un cloisonnement entre la prise en charge somatique et psychiatrique. Cette frontière entre la psychiatrie et la médecine générale est visible en établissement psychiatrique, mais également à l'extérieur, en médecine de ville. Au sein de l'établissement, lors de l'entrée d'un patient, les psychiatres se cantonnent parfois uniquement à la prescription du traitement psychiatrique. Il faut attendre le passage du médecin généraliste pour qu'il prescrive le traitement somatique. Ce laps de temps peut être délétère pour le patient, notamment dans le cas de médicaments à marge thérapeutique étroite. En ville, le patient est généralement suivi par un psychiatre de CMP ou par un

psychiatre de ville. Le lien avec le médecin traitant du patient est rarement fait. Celui-ci n'est pas toujours au courant du traitement psychiatrique du patient et de ses modifications. Cette sectorisation a nécessité une adaptation de l'organisation de la conciliation médicamenteuse sur l'établissement : lorsqu'il y a des divergences, un message est fait au psychiatre du service et au médecin généraliste référent de l'unité.

L'état psychique du patient à l'entrée peut constituer un obstacle à la réalisation de l'entretien, et par conséquent, de la conciliation médicamenteuse. Si le patient est agité, confus, agressif, délirant, en refus de soins ou en déni de sa pathologie, l'entretien n'est pas possible. C'est le cas également pour les patients en chambre d'isolement ou en zone fermée. Ainsi le patient ne peut pas donner d'informations sur son traitement habituel. Il ne peut pas également communiquer le nom de son pharmacien, et de son médecin traitant. Dans ce cas-là, il est impossible de contacter le pharmacien d'officine et le médecin traitant, si leurs coordonnées ne sont pas renseignées dans le dossier médical. Si d'autres sources d'informations sont consultables (DPI, courriers médicaux, etc), la non-réalisation de l'entretien apparaît comme une difficulté pour réaliser la conciliation d'entrée, mais elle est contournable.

Des facteurs psychiatriques tels que la rupture de soins, la rupture familiale ou les difficultés de communication avec le patient (mutisme, isolement, délire) peuvent constituer un frein à la conciliation. Par contre, l'association de ces 3 critères rend la conciliation impossible (90).

5.3.2. NON SPECIFIQUES

Tout au long de l'étude, nous avons parfois pu ressentir un certain manque de motivation et d'implication des équipes médicales et soignantes. Malgré la communication faite sur le projet, certaines équipes semblent réticentes sur l'utilité de la démarche. Nous avons pu remarquer que l'implication de l'équipe soignante est étroitement liée à celle du médecin. En effet, il semble que la motivation de l'équipe soignante se calque sur celle de son leader et, de fait, lorsque celui-ci montre peu d'intérêt pour la conciliation nous ressentons les conséquences sur l'adhésion de l'équipe. Or l'implication de l'équipe de soins est un élément incontournable pour la réussite de notre démarche.

Le manque de temps pharmaceutique est l'une des principales limites du déploiement de la démarche sur l'ensemble de l'établissement. La conciliation médicamenteuse est une activité chronophage, qui nécessite une grande réactivité de l'équipe pharmaceutique.

Actuellement, pour la conciliation d'entrée dans les 3 unités pilotes, les étapes de recueil d'informations, de remplissage des fiches de conciliation et de comparaison entre le BMO et l'OMA reposent exclusivement sur 3 externes en pharmacie. Les externes sont affectés sur l'établissement pour une durée de 3 mois. Une période de formation sur l'organisation pratique de la conciliation dans notre établissement est nécessaire à chaque rotation d'externe. Lorsque les externes ont déjà pratiqué la conciliation médicamenteuse, cela constitue un avantage considérable : ils sont plus rapidement autonomes et s'intègrent plus facilement au sein de l'unité de soins.

Lors de l'absence des externes sur plusieurs jours ou plusieurs semaines (comme c'est le cas lors des périodes de vacances ou durant le mois de septembre lors de la transition entre les deux promotions d'externes), il est difficile pour les internes en pharmacie et les pharmaciens d'assurer la continuité du dispositif. Lorsque l'interne en pharmacie se déplace dans le service, le patient est parfois en soins ou en entretien médical. N'étant pas dans l'unité, il doit parfois revenir plusieurs fois dans le service avant de pouvoir réaliser l'entretien avec le patient, ce qui constitue une perte de temps supplémentaire. L'externe a l'avantage d'être présent dans l'unité toute la matinée, il peut ainsi solliciter le personnel et le patient en fonction des disponibilités de chacun. Durant les périodes de congés, le personnel des services de soins est également en sous-effectif. Les IDE et les aides-soignants sont moins disponibles pour accompagner l'externe en pharmacie lors des entretiens avec les patients à l'entrée. De plus, il y a souvent du personnel en renfort d'autres unités, lequel en général ne connaît pas la conciliation médicamenteuse.

5.3.3. CONCILIATION DE SORTIE

La conciliation de sortie est très difficilement réalisable en pratique. En 5 mois, seulement 7 patients ont pu être conciliés à la sortie. On dénote un manque de coopération et de communication de la part des équipes médicales et soignantes. L'un des obstacles à cette démarche est le manque d'information de la part de l'unité de soins concernant la date de sortie du patient. Malgré la présence d'un externe durant la matinée dans chacune des 3

unités pilotes, nous n'avons que très rarement l'information sur les décisions de sortie.

Lorsqu'on arrive à être informé de la sortie du patient, le délai avant sa sortie est souvent trop court. Par exemple, la sortie d'un patient peut se décider dans la matinée, à ce moment-là l'entretien avec le patient ne sera pas possible avant sa sortie en début d'après-midi. Il est préférable de faire l'entretien la veille de la sortie afin que le patient soit réceptif et non préoccupé par sa sortie. Pour cela, il est nécessaire que l'ordonnance de sortie soit prescrite au plus tard la veille de la sortie. Or, la prescription de sortie est souvent faite trop tard, parfois le matin même de la sortie du patient.

De plus, il peut être difficile pour le binôme pharmacien-interne de se rendre disponible dès l'annonce de la sortie du patient. Malgré la réactivité de l'équipe pharmaceutique, nous sommes souvent confrontés à l'indisponibilité du patient. Il s'agit donc de faire coïncider l'emploi du temps du pharmacien avec celui du patient.

En psychiatrie, l'entretien peut parfois diverger de son objectif principal. C'est l'une des particularités, car le patient a souvent tendance à parler d'éléments ne concernant pas son traitement. Il peut par exemple évoquer son vécu ou des événements qui ont entraîné son hospitalisation en psychiatrie. L'enjeu est alors de continuer à mener l'entretien sur le traitement médicamenteux, tout en restant à l'écoute du patient.

Pour un patient, l'analyse de l'ordonnance de sortie a révélé des discordances. Il s'agissait d'un patient pour lequel un neuroleptique injectable d'action prolongée venait d'être initié. Le psychiatre n'avait pas diminué la dose de la forme orale durant les 2 semaines suivant l'instauration de la forme injectable. Il avait également oublié de préciser sur l'ordonnance la date d'arrêt de la forme orale (2 semaines après la première injection). Nous avons informé le psychiatre de ces deux anomalies. La prescription a été modifiée en ce sens. Néanmoins, le psychiatre a pu ressentir une forme de surveillance de son travail et de "contrôle" de ses prescriptions. Notre rôle peut être parfois mal perçu par les équipes médicales.

5.4. QUEL AVENIR POUR LA CONCILIATION AU CH MARCHANT ?

Depuis la mise en place de la conciliation en novembre 2015, 145 patients ont été conciliés à l'entrée.

Nous avons présenté les résultats de notre étude lors de la CME du 27 octobre dernier. A cette occasion, nous avons pu discuter des pistes d'amélioration de la démarche avec les différents interlocuteurs qui semblent intéressés pour poursuivre le projet. Un article sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse à Marchant est d'ailleurs paru en septembre 2016 dans la Lettre de la Qualité de l'établissement.

Une réflexion est en cours auprès de l'équipe pharmaceutique afin de mettre en place des axes d'amélioration pour optimiser la démarche de la conciliation et permettre sa pérennisation. En effet, actuellement, la démarche telle qu'elle a été menée dans notre étude, est à l'arrêt.

➤ Un déploiement sur l'ensemble de l'établissement ?

A l'heure actuelle, un déploiement de la conciliation médicamenteuse sur l'ensemble des unités d'admission et pour tous les patients entrants est difficilement envisageable, en raison des contraintes de temps, de moyens et d'organisation. En effet, l'exhaustivité est difficile à atteindre, au vu du nombre élevé de patients admis et sortants quotidiennement.

Une réorganisation de l'activité pharmaceutique avec un renforcement de la présence pharmaceutique dans certaines unités de soins pourrait être une piste de réflexion. Ainsi l'analyse pharmaceutique des prescriptions et la conciliation médicamenteuse pourraient avoir lieu conjointement. Une présence du pharmacien dans l'unité de soins permettrait également de renforcer la coopération avec l'équipe médicale et soignante. Néanmoins, cela nécessite une implication des équipes de soins dans un projet de coordination pharmaceutique, la conciliation médicamenteuse étant une démarche pluriprofessionnelle et non uniquement pharmaceutique.

Dans le cadre de la création des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT), l'évolution des activités du pharmacien hospitalier devrait permettre de mieux appréhender de nouvelles missions de pharmacie clinique, telles que la conciliation médicamenteuse.

La mise en place de la conciliation en gériatrie sur la future unité de long séjour pourrait être intéressante. Cette unité comptera à terme 80 patients. Les entrées sont généralement programmées, ce qui permettrait de réaliser une conciliation proactive, c'est-à-dire avant la rédaction de la première ordonnance hospitalière. Ainsi grâce à la mobilisation d'un pharmacien ou d'un interne, la conciliation pourrait être couplée à l'optimisation des prescriptions à l'admission du patient.

➤ Un ciblage des patients à concilier ?

L'identification de patients à concilier en priorité pourrait être un moyen pour déployer la conciliation sur l'ensemble de l'établissement. Dans beaucoup d'établissements de santé, des critères de ciblage basés sur l'âge, les pathologies à risques, la polymédication ou les médicaments à risques sont utilisés pour déterminer les patients à concilier. Ces critères doivent être adaptés aux particularités des patients en psychiatrie. Une réflexion est nécessaire pour déterminer les critères qui nous semblent les plus pertinents.

De plus, la mise en place d'une requête informatique sur le logiciel de prescription Cortexte® faciliterait l'identification des patients entrants au quotidien.

➤ Une implication des préparateurs en pharmacie ?

La participation des préparateurs en pharmacie est l'un des axes d'amélioration. Les 6 préparateurs en pharmacie ont montré une grande motivation pour s'impliquer dans le projet de conciliation. L'élaboration du recueil des informations sur les traitements du patient à l'entrée et la comparaison du BMO à l'OMA pourraient constituer une activité nouvelle de leur métier. Une étude canadienne a montré qu'un préparateur en pharmacie était aussi performant sur la réalisation d'un historique médicamenteux que le pharmacien, après une formation adéquate (94).

De plus, cette activité pourrait être un moyen pour aider les préparateurs à s'intégrer dans l'unité de soins. Ainsi, ils participeraient au développement du lien entre l'équipe de soins et la pharmacie. Actuellement, le changement régulier des externes constitue un frein à la continuité de l'activité de conciliation. A l'inverse, l'affectation au long cours de cette activité aux préparateurs contribuerait à la pérennisation de la conciliation.

Néanmoins, un changement dans l'organisation et le rythme de la dispensation des médicaments doit être envisagé. Ce nouveau rythme de dispensation permettrait de libérer du temps préparateur pour se recentrer sur des activités de pharmacie clinique.

Par ailleurs, la conciliation n'est pas exclusivement pharmaceutique, on pourrait également imaginer une implication des IDE, par exemple dans l'étape de recueil des informations médicamenteuses à l'admission du patient.

➤ Un travail sur la prescription de sortie ?

L'enregistrement de la fiche de conciliation d'entrée sur le dossier Cortexte® du patient pourrait être un axe d'amélioration. Ainsi, au moment de la rédaction de l'ordonnance de sortie, le médecin serait en mesure de consulter le BMO du patient, afin de represcrire les spécialités habituellement prises par le patient. En effet, la non-reprise des traitements initiaux, substitués en raison de leur absence au livret thérapeutique de l'établissement, risque de perturber les habitudes du patient en termes de prise médicamenteuse. Elle peut être également à l'origine d'erreurs médicamenteuses, en cas de double prise d'un même traitement (le princeps et son générique par exemple).

➤ Un entretien pharmaceutique à la sortie du patient ?

Nous constatons que la sortie constitue un moment clé pour le patient. Le retour à domicile après une hospitalisation est un temps de vulnérabilité en ce qui concerne la continuité des soins, notamment en raison des changements de traitements engendrés.

L'entretien de sortie permet de rendre le patient acteur de sa prise en charge, et ainsi de faciliter son adhésion aux traitements. Pour les patients ayant pu participer aux ateliers d'éducation thérapeutique durant leur hospitalisation, cet entretien constitue une démarche complémentaire, et consolide les informations apportées au cours de l'hospitalisation.

Deux pharmaciens, en binôme avec un interne en pharmacie, ont réalisé les entretiens de sortie. Leur pratique de l'éducation thérapeutique en psychiatrie a permis un réel bénéfice dans l'obtention d'un contact privilégié avec le patient. De plus, les patients sont généralement intéressés par la démarche. Ils déplorent souvent le manque d'informations relatives à leur traitement médicamenteux.

Par ailleurs, le pharmacien ne fait pas partie intégrante de l'équipe soignante des unités de soins et, de ce fait, son approche est perçue comme étant plus neutre et mieux acceptée par le patient.

Il nous paraît essentiel de développer ces entretiens de sortie, notamment chez les patients hospitalisés pour la première fois en psychiatrie, ou pour ceux pour lesquels le diagnostic de pathologie psychiatrique est en train d'être posé (c'est le cas par exemple des jeunes patients).

➤ Optimiser le lien ville-hôpital ?

Il nous semble important de développer le lien avec le pharmacien d'officine, par la mise en place d'une fiche de liaison ville-hôpital. Les pharmaciens d'officine sont demandeurs d'informations sur le traitement du patient et ses modifications durant l'hospitalisation. Ils sont souvent sollicités par les patients pour obtenir des explications sur les changements de traitement. Une après-midi de sensibilisation à la conciliation médicamenteuse a été réalisée par l'ADPHSO (Association pour le Développement de la Pharmacie Hospitalière du Sud-Ouest) le 13 septembre 2016 au sein de l'hôpital Marchant. A cette occasion, j'ai été amenée à présenter le retour d'expérience de la mise en place de la conciliation à Marchant. Par leur présence, les pharmaciens d'officine ont témoigné leur intérêt pour une meilleure intégration dans la coordination ville-hôpital.

La transmission des fiches de liaisons pourrait se faire directement aux professionnels de santé de ville, via la messagerie sécurisée Médimail. Cela permettrait d'améliorer le délai de transmission et de satisfaire aux exigences du secret médical.

CONCLUSION

La conciliation médicamenteuse est une méthode pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse des patients et garantir la continuité des traitements tout au long du parcours de soins du patient. Cette étude montre la pertinence de la démarche en psychiatrie, malgré les particularités inhérentes à cette spécialité.

Par ailleurs, l'optimisation de la conciliation de sortie nous semble incontournable ; l'entretien de sortie constitue une étape clé dans la prise en charge du patient en psychiatrie, et le pharmacien y a toute sa place. La conciliation médicamenteuse, partie intégrante des activités de pharmacie clinique, participe à l'intégration du pharmacien hospitalier au sein du service de soins.

Enfin, cette démarche s'effectue en relation avec les autres professionnels hospitaliers et extra-hospitaliers. L'implication et la participation de l'ensemble des équipes des unités de soins et la coordination avec les professionnels de santé de ville sont essentielles à la réussite d'un tel projet.

Néanmoins, la conciliation médicamenteuse représente pour le pharmacien un investissement important en termes d'implication, de temps et d'organisation.

Si nous sommes persuadés que la démarche doit perdurer, il ressort qu'une organisation doit être trouvée pour optimiser et pérenniser cette activité. Certaines pistes de réflexion émergent d'ores et déjà : ciblage des patients à concilier en priorité et pour lesquels la conciliation aura la plus forte plus-value, rôle du préparateur en pharmacie dans la démarche de conciliation, mobilisation des équipes de soins... C'est en s'appuyant sur les résultats de notre étude, et sur ces différentes réflexions, que nous déterminerons, au niveau institutionnel, comment va évoluer cette activité au sein de notre établissement. Cette question figure d'ores et déjà à l'ordre du jour de notre prochain COMEDIMS.

BIBLIOGRAPHIE

1. Calop J, Limat S, Fernandez C, Aulagner G. Pharmacie clinique et thérapeutique. Elsevier Masson; 2012.
2. Spinewine A. La pharmacie clinique, une nouvelle orientation pharmaceutique au service des patients: réalisations à l'étranger et possibilités en Belgique. *Louvain Médical* 2003;122:127-39.
3. Nahata Milap C. Pharmacist's role in health care. *Annals of Pharmacotherapy* 2002;36(3):527-9.
4. Ampe E, Spinewine A, Wilmotte L, Hecq J-D, Tulkens PM. La pharmacie clinique: Un développement récent de l'activité des pharmaciens pour une prise en charge optimisée des patients du point de vue médicamenteux. *Louvain Médical* 2006;125(8):275-90.
5. Leape LL, Cullen DJ, Clapp MD, Burdick E, Demonaco HJ, Erickson JI, Bates DW. Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. *Jama* 1999;282(3):267-70.
6. Kucukarslan SN, Peters M, Mlynarek M, Nafziger DA. Pharmacists on rounding teams reduce preventable adverse drug events in hospital general medicine units. *Archives of Internal Medicine* 2003;163(17):2014-8.
7. Scarsi KK, Fotis MA, Noskin GA. Pharmacist participation in medical rounds reduces medication errors. *American Journal of Health System Pharmacy* 2002;59(21):2089-96.
8. Hatoum HT, Hutchinson RA, Witte KW, Newby GP. Evaluation of the contribution of clinical pharmacists: inpatient care and cost reduction. *Drug Intelligence & Clinical Pharmacy* 1988;22(3):252-9.
9. Guignon AM, Grain F, Allenet B, Brudieu E, Barjhoux C, Bosson J-L, Calop J. Evaluation de l'impact clinique des opinions pharmaceutiques dans un service de médecine spécialisée. *Journal De Pharmacie Clinique* 2001;20(2):118-23.
10. Zamparutti P, Le Duff M. Évaluation de la fréquence et de la nature des interventions pharmaceutiques effectuées depuis la pharmacie de l'hôpital comparativement à celles effectuées dans une unité de soins. *Pharmacien Hospitalier* 1995;30(120):31-3.

11. Benoit P, Mangerel K, Garreau I, Vonna P, Juste M. Évaluation des moyens mis en oeuvre et acceptation d'une présence pharmaceutique dans les services de soins. *Journal De Pharmacie Clinique* 2007;26(2):83-90.
12. Majumdar SR, Soumerai SB. Why most interventions to improve physician prescribing do not seem to work. *Canadian Medical Association Journal* 2003;169(1):30-1.
13. Bedouch P, Tessier A, Baudrant M, Labarere J, Foroni L, Calop J, et al. Computerized physician order entry system combined with on-ward pharmacist: analysis of pharmacists' interventions. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2012;18(4):911-8.
14. Machado M, Bajcar J, Guzzo GC, Einarson TR. Sensitivity of patient outcomes to pharmacist interventions. Part I: systematic review and meta-analysis in diabetes management. *Annals of Pharmacotherapy* 2007;41(10):1569-82.
15. Machado M, Bajcar J, Guzzo GC, Einarson TR. Sensitivity of patient outcomes to pharmacist interventions. Part II: Systematic review and meta-analysis in hypertension management. *Annals of Pharmacotherapy* 2007;41(11):1770-81.
16. Machado M, Nassor N, Bajcar JM, Guzzo GC, Einarson TR. Sensitivity of patient outcomes to pharmacist interventions. Part III: systematic review and meta-analysis in hyperlipidemia management. *Annals of Pharmacotherapy* 2008;42(9):1195-207.
17. Nester TM, Hale LS. Effectiveness of a pharmacist-acquired medication history in promoting patient safety. *American Journal of Health System Pharmacy* 2002;59(22):2221-5.
18. Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical pharmacy services and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy* 1999;19(5):556-64.
19. Kausch C, Sean PT, Boelle PY, Paye F, Beaussier M, Parc R, et al. Impact économique et intégration d'un pharmacien clinicien dans un service de chirurgie digestive. *Journal De Pharmacie Clinique* 2005;24(2):90-7.
20. Rose F-X, Escofier L, Conort O, Carpiat B, Roubille R, Juste M, et al. Prescriptions à l'Hôpital: Etude multicentrique de l'impact économique des interventions pharmaceutiques. *Gestions Hospitalières* 2009(490):549-54.
21. Neville HL, Chevalier B, Daley C, Nodwell L, Harding C, Hiltz A, et al. Clinical benefits and economic impact of post-surgical care provided by pharmacists in a Canadian hospital. *International Journal of Pharmacy Practice* 2014;22(3):216-22.

22. McMullin ST, Hennenfent JA, Ritchie DJ, Huey WY, Lonergan TP, Schaiff RA, et al. A prospective, randomized trial to assess the cost impact of pharmacist-initiated interventions. *Archives of Internal Medicine* 1999;159(19):2306-9.
23. Dooley MJ, Allen KM, Doecke CJ, Galbraith KJ, Taylor GR, Bright J, Carey DL. A prospective multicentre study of pharmacist initiated changes to drug therapy and patient management in acute care government funded hospitals. *British Journal of Clinical Pharmacology* 2004;57(4):513-21.
24. Isaac B, Garreau I, Juste M, Derarhoutunian C, Schweich C, Beck E, Zamparutti P. Evaluation of the contribution of pharmaceutical interventions: peer review. *Pharmacie Hospitalière Française* 2000:12-4.
25. Garros B. Contribution du HCSP aux réflexions sur la lutte contre l'iatrogénie. *Actualités Et Dossiers En Santé Publique* 1998(25):9-12.
26. Schmitt E, Antier D, Bernheim C, Dufay E, Husson M, Tissot E. Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse. Société Française de Pharmacie Clinique; 2006.
27. Guichet Erreurs Médicamenteuses: Présentation et bilan depuis la mise en place. AFS-SAPS. 2009. Disponible sur http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/b19d8337d620d33327dface94c166d9b.pdf.
28. Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, Cooper J, Demonaco HJ, Gallivan T, et al. Systems analysis of adverse drug events. *Jama* 1995;274(1):35-43.
29. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: Building a safer health system. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
30. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. *Jama* 1998;279(15):1200-5.
31. Bates DW, Spell N, Cullen DJ, Burdick E, Laird N, Petersen LA, et al. The costs of adverse drug events in hospitalized patients. *Jama* 1997;277(4):307-11.
32. Michel P, Minodier C, Moty-Monnereau C, Lathelize M, Domecq S, Chaleix JL, Olier L. Les événements indésirables graves dans les établissements de santé: fréquence, évitabilité et acceptabilité. *Etudes Et Résultats DREES* 2011;761.

33. Chaleix M, Izotte-Kret M, Bru-Sonnet R, Quenon J-L, Olier L. Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé - Résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004 . Dossiers Solidarité Et Santé DREES 2010;17:16.
34. Michel P, Quenon JL, Bru-Sonnet R, Perez C, Domecq S, Kret M. Enquêtes nationales sur les événements indésirables graves associés aux soins: comparaison des deux études ENEIS 2004 et 2009: Rapport final. DREES. 2011. Disponible sur <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud109.pdf>.
35. Castot A, Haramburu F, Kreft-Jaïs C. EMIR : Effets indésirables des Médicaments: Incidence et Risque, sur les hospitalisations liées à un effet indésirable médicamenteux. Les rendez-vous presse de l'Afssaps. 2007. Disponible sur <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/EMIR.pdf>.
36. Bouvenot G, Caulin CH, Montagne O. L'essentiel en thérapeutique générale. De l'évaluation à la prescription. Editions Med-Line; 2003.
37. Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Bru-Sonnet R. Les évènements indésirables liés aux soins extra-hospitaliers: fréquence et analyse approfondie des causes (étude EVISA). Pessac (France): CCECQA, Hôpital Xavier Arnoz. 2009. Disponible sur http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_EVISAFinal_17aout09-2.pdf.
38. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D, et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: implications for prevention. *Jama* 1995;274(1):29-34.
39. Bates DW, Leape LL, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Teich JM, et al. Effect of computerized physician order entry and a team intervention on prevention of serious medication errors. *Jama* 1998;280(15):1311-6.
40. Hodgkinson B, Koch S, Nay R, Nichols K. Strategies to reduce medication errors with reference to older adults. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 2006;4(1):2-41.
41. Meier B. Dispensation des médicaments, évaluation des erreurs à différentes étapes du processus. Diplôme d'études supérieures spécialisées en pharmacie hospitalière. Hôpitaux Universitaires de Genève. 2001.

42. Décret n°2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur et modifiant le code de la santé publique. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Journal Officiel de la République Française N° 302. 30 décembre 2000. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000220429.
43. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique . Journal Officiel de la République Française. 11 août 2004. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078>.
44. Loi HPST 2009, Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Legifrance.gouv.fr. 21 juillet 2009. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>.
45. Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé. Journal Officiel de la République Française. 16 novembre 2010. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/11/12/SASH1017107D/jo>.
46. Décret n°2005-1023 du 24 août 2005 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Journal Officiel de la République Française. 2005. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2005/8/24/SANS0522239D/jo>.
47. 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. Journal Officiel de la République Française. 16 avril 2011. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2011/4/6/ETSH1109848A/jo>.
48. Manuel de certification des établissements de santé V2010. Haute Autorité de Santé. 2014. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf.
49. Prévenir la iatrogénie et améliorer la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. Haute Autorité de Santé. 29 novembre 2012. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/2.1_has_intro_ple-niere_pmsa_2012_vf.pdf.

50. Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments. Haute Autorité de Santé. 2013. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_outil_securisation_autoevaluation_medicaments_complet_2011-11-17_10-49-21_885.pdf.
51. Direction générale de l'offre de soins. Qualité de la prise en charge médicamenteuse. Outils pour les établissements de santé. Direction générale de l'offre de soins DGOS. 2012. Disponible sur http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_qualite_de_la_prise_en_charge_medicamenteuse.pdf.
52. Programme national pour la sécurité des patients 2013 / 2017. Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Direction générale de la santé (DGS), Haute autorité de santé (HAS) . 2013. Disponible sur http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_pour_la_securite_des_patients_2013-2017-2.pdf.
53. Lutte contre la iatrogénie médicamenteuse chez les seniors. Collectif bon usage du médicament. 2016. Disponible sur <http://www.leem.org/sites/default/files/DP-iatrogenie-2016-VF.pdf>.
54. Hiance-Delahaye A, Teillet L, Lechowsky L, Aquino J-P, Harboun M. Iatrogénie médicamenteuse, sujet âgé et lien ville-hôpital: enquête sur la transmission médicale hospitalière à la médecine générale. NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie 2015;15(85):3-11.
55. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal Officiel de la République Française. 2016. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>.
56. Anticancéreux par voie orale : soigner la coordination ville/hôpital. Soins Coordonnés. 2016. Disponible sur <http://soinscoordonnes.fr/anticancereux-par-voie-orale-soigner-la-coordination-villehopital/>.
57. Ville Hôpital. Société Française de Pharmacie Clinique SFPC. 2015. Disponible sur <http://sfpc.eu/fr/pratiques-professionnelles/9-groupes-travail/18.html>.
58. Lau HS, Florax C, Porsius AJ, De Boer A. The completeness of medication histories in hospital medical records of patients admitted to general internal medicine wards. British Journal of Clinical Pharmacology 2000;49(6):597-603.

59. Rozich JD, Resar RK. Medication safety: one organization's approach to the challenge. *Journal of Clinical Outcomes Management* 2001;8(10):27-34.
60. Cubaynes M-H, Noury D, Dahan M, Falip E. Le circuit du médicament à l'hôpital. Inspection générale des affaires sociales. 2011. Disponible sur http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Circuit_du_medicament.pdf.
61. SFPC : réaliser une conciliation des traitements médicamenteux à l'admission du patient hospitalisé. Disponible sur : <http://www.sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/957-sfpc-fiche-conciliation-medicamenteuse/0.html>.
62. Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français . Haute Autorité de Santé. septembre 2015. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/rapport_dexperimentation_sur_la_mise_en_oeuvre_conciliation_des_traitements_medicamenteux_par_9_es.pdf.
63. Préconisations pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux. Société Française de Pharmacie Clinique. décembre 2015. Disponible sur <http://www.sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/1608-sfpc-memo-conciliation-v2016/0.html>.
64. Instruction N° DGOS/PF2/2016/49 du 19/02/2016 relative à l'appel à projet de mise en oeuvre de la pharmacie clinique en établissement de santé . Direction générale de l'offre de soins DGOS. février 2016. Disponible sur http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/03/cir_40603.pdf.
65. Appel à projets pour un financement à la qualité en Soins de suite et de réadaptation (SSR) et Psychiatrie. Agence Régionale de Santé Occitanie. Disponible sur : <http://www.ars.occitanie.sante.fr/Appel-a-projets-pour-un-financ.193094.0.html>.
66. Quélenec B, Beretz L, Paya D, Ciobanu E, Blickle J-F, Gourieux B, et al. Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission: quel est l'impact clinique des divergences non intentionnelles? Étude prospective dans un service de médecine interne. *La Revue De Médecine Interne* 2012;33:S50.
67. Santucci R, Levêque D, Herbrecht R, Fischbach M, Gérout AC, Untereiner C, et al. Évènements iatrogènes médicamenteux: impact des consultations pharmaceutiques en cours d'hospitalisation. *Annales Pharmaceutiques Françaises* 2014;72(6):440-50.
68. Mekonnen AB, McLachlan AJ, Jo-anne EB. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2016;6(2):e010003.

69. Pourrat X, Roux C, Bouzige B, Garnier V, Develay A, Allenet B, 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* 2014;15(1):1.
70. Drancourt P, Atkinson S, Lebel D, Bussièrès J-F. Évaluation de la perception des professionnels de santé vis-à-vis du bilan comparatif des médicaments au CHU Sainte-Justine. *Annales Pharmaceutiques Françaises* 2015.
71. Moisan A, Le Bellec M-L, Truet S, Peronne E, Lemoine D. Audit de satisfaction après huit mois de conciliation. *Le Pharmacien Hospitalier Et Clinicien* 2012;47(4):280.
72. Remetter, Gourieux B, Levêque D, Javier R-M, Sordet C, Gottenberg J-É, Sibilia J. Étude de l'impact d'un processus de conciliation thérapeutique dans un service de rhumatologie hospitalo-universitaire: rôle et intérêt d'un pharmacien clinicien dans une équipe soignante. *Revue Du Rhumatisme* 2015;82(6):402-7.
73. Kinowski J. PREPS «MEDREV» Impact de la mise en œuvre d'un suivi pharmaceutique collaboratif dans la PECM à l'admission des patients d'au moins 65 ans. Journées SFPC. 4 septembre 2015. Disponible sur <http://sfpc.eu/fr/item1/finish/31-congres-sfpc/1510-sfpc-0409-medrev-jm-kinowski/0.html>.
74. 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. Direction générale de l'offre de soins DGOS. décembre 2015. Disponible sur http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/Appels-a-projets-Financements/Offre-de-soins/Offre_de_soins_2016/pharma-clinique/NOTE-DGOSPF2-201565-enquete-conciliation-medicamenteuse.pdf.
75. Blanchet M. Évaluation de l'impact clinique de la réalisation d'un bilan comparatif des médicaments au Centre hospitalier affilié universitaire de Québec. *Pharmactuel* 2010;43(3).
76. La Pharmacie Clinique, un recul de moins de 10 ans en France... Expérience du CHU de Nîmes. Association de Pharmacie Hospitalière de l'Ouest. 26 mars 2015. Disponible sur http://www.apho.fr/images/APHO_Nimes.pdf.
77. CONCIMED Guide pratique pour développer en établissement de santé la conciliation médicamenteuse associant pharmacien et préparateur en pharmacie. Agence Régionale de Santé Alsace. 30 avril 2015. Disponible sur http://www.ars.alsace.sante.fr/fileadmin/ALSACE/Internet/offre_sante/etablissement_medico_sociaux/champ_PA/Guide_pratique_concimed.pdf.

78. Doerper S, Morice S, Piney D, Dony A, Baum T, Perrin F, et al. La conciliation des traitements médicamenteux : logigramme d'une démarche efficace pour prévenir ou intercepter les erreurs médicamenteuses à l'admission du patient hospitalisé. *Le Pharmacien Hospitalier Et Clinicien* septembre 2013;48(3):153-60.
79. Passerieux C, Caroli F, Giraud-Baro E. Les personnes atteintes de schizophrénie et la rechute. *L'Encéphale* décembre 2009;35(6):586-94.
80. Misdrahi D, Llorca P-M, Lançon C, Bayle F-J. L'observance dans la schizophrénie: facteurs prédictifs, voies de recherches, implications thérapeutiques. *L'Encéphale* 2002;28(3):266-72.
81. Yamada K, Watanabe K, Nemoto N, Fujita H, Chikaraishi C, Yamauchi K, et al. Prediction of medication noncompliance in outpatients with schizophrenia: 2-year follow-up study. *Psychiatry Research* 2006;141(1):61-9.
82. Santone G, Rucci P, Muratori ML, Monaci A, Ciarafoni C, Borsetti G. Attitudes toward medication in inpatients with schizophrenia: a cluster analytic approach. *Psychiatry Research* 2008;158(3):324-34.
83. Vigod SN, Kurdyak PA, Dennis C-L, Leszcz T, Taylor VH, Blumberger DM, Seitz DP. Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *The British Journal of Psychiatry* 2013;202(3):187-94.
84. Palazzolo J, Midol N, Candau J. Vers une gestion autonome de la médication en psychiatrie? Approche anthropologique. *Annales Médico-psychologiques, Revue Psychiatrique* novembre 2008;166(9):717-26.
85. Dizet S, Varnier V. La conciliation médicamenteuse en psychiatrie. *Santé Mentale* août 2016.
86. Saravane D, Fève B, Frances Y, Corruble E, Lançon C, Chanson P, et al. Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. *L'encéphale* 2009;35(4):330-9.
87. Lizer MH, Brackbill ML. Medication history reconciliation by pharmacists in an inpatient behavioral health unit. *American Journal of Health-system Pharmacy* 2007;64(10).
88. Kothari M, Maidment I, Lyon R, Haygarth L. Medicines reconciliation in comparison with NICE guidelines across secondary care mental health organisations. *International Journal of Clinical Pharmacy* 2016;38(2):289-95.

89. Brownlie K, Schneider C, Culliford R, Fox C, Boukouvalas A, Willan C, Maidment ID. Medication reconciliation by a pharmacy technician in a mental health assessment unit. *International Journal of Clinical Pharmacy* 2014;36(2):303-9.
90. Mouffak S, Guillet M, Alemanni J, Garriguet P, Beauverie P. Quelles difficultés peut-on rencontrer lors de la conciliation médicamenteuse en psychiatrie et comment les contourner? *Le Pharmacien Hospitalier Et Clinicien* 2014;49(2):e71.
91. Buiche M. Conciliation médicamenteuse: freins à la mise en place en psychiatrie. Congrès Hopipharm. mai 2016. Disponible sur http://www.synprefh.org/data/archives/hopi2016_comm-orale-20.pdf.
92. Noblot-Rossignol M. Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission des patients : Expérimentation en établissement de santé mentale. Mémoire Du Diplôme D'Etudes Spécialisées De Sciences Pharmaceutiques. UFR des Sciences de Santé, Université de Bourgogne, Dijon. 2016.
93. Alili J, Zivkovic D, Alemanni J, Garriguet P, Beauverie P. Mise en place d'une conciliation médicamenteuse dans un hôpital psychiatrique. *Cahier De La Pharmacie Hospitalière* 2013.
94. Johnston R, Saulnier L, Gould O. Best possible medication history in the emergency department: comparing pharmacy technicians and pharmacists. *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy* 2010;63(5):359.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire sur l'activité de conciliation en établissement psychiatrique

Questionnaire sur l'activité de conciliation médicamenteuse en service psychiatrique

Chronologie de la mise en place :

- Le début : quand ? Combien d'unités ? Combien de patients ? Fait par qui ?
- Y a t'il eu un appel à projet/apport financier de l'ARS ? Si oui, comment l'argent a t'il pu être utilisé ?

Activité de Conciliation d'entrée (CE) :

- Nombre d'unités d'admission
- Nombre de patients conciliés/j
/unité
- % de patients conciliés :
- Critères de sélection : tous les patients ?
> 65 ans avec pathologie chronique ?
Selon le choix du médecin ?
Autres :
- Raisons de la non conciliation du patient : Manque de temps
Patient non coopérant
Autres :
- Contact avec le patient psychiatrique :
- Temps pour une CE :
- Délai entre l'entrée et la CE :
- Qui ? Interne
Externe
Pharmacien
Préparateur +/- infirmier
- Quelles sources ? (*ordre, nombre nécessaire*)
Patient Médecin traitant
Famille Officine
DPI
DP carte vitale
- Quels supports ?
Fiche de recueil
Fiche de conciliation

- % de divergences : ... % de patients avec > 1 DNI
 - o Part des médicaments somatiques :
 - o Part des médicaments psychiatriques :

- Devenir des DNI : Modification des prescriptions dans ... % des cas

- Evaluation de l'activité :
 - o impact clinique ?
 - o autres :

- Ressenti de l'équipe médicale :

Activité de Conciliation de Sortie (CS) :

- Nombre d'unités
- Nombre de patients conciliés/j
/unité
- % de patients conciliés :
- Critères de sélection : tous les patients ?
- Raisons de la non conciliation du patient :
 - Manque de temps
 - Patient non coopérant
 - Autres :

- Contact avec le patient psychiatrique : comment se passe l'entretien ?

- Temps pour une CS :
- Organisation avec le service : comment êtes vous prévenu de la sortie ?
- Qui ?
 - Interne
 - Externe
 - Pharmacien
 - Préparateur +/- infirmier

- Quels supports ?
 - Fiche de liaison pour médecin le traitant/officine
 - Plan de prise, fiche de traitement avant/après pour le patient

- Evaluation de l'activité :

- Ressenti de l'équipe médicale :

ANNEXE 7 : Fiche d'information patient



FICHE D'INFORMATION PATIENT Liste des médicaments à prendre après l'hospitalisation

*Vous venez d'être hospitalisé(e) au Centre Hospitalier Marchant. Vous trouverez ci-dessous le traitement que vous devez poursuivre à votre domicile.
Ce document n'est pas une ordonnance, c'est un support pour vous accompagner dans la prise de vos médicaments.*

Nom :

Prénom :

Date de naissance : ... / ... / ...

Hospitalisation du ... / ... / ... au ... / ... / ...

Médicaments  (Nom de la molécule)	Horaires de prise				Commentaire(s)
	Matin 	Midi 	Soir 	Coucher 	

Liste des médicaments qui ont été arrêtés par les médecins durant l'hospitalisation :

 **Pensez à rapporter à votre pharmacie les médicaments qui ont été arrêtés durant l'hospitalisation**
En cas de doutes sur votre traitement, prenez contact avec votre médecin traitant ou votre pharmacien

Le : ... / ... / ...

Validé par

TITRE EN FRANCAIS :

LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE EN PSYCHIATRIE : EXPERIENCE PRATIQUE AU CENTRE HOSPITALIER GERARD MARCHANT

RESUME EN FRANCAIS :

La conciliation médicamenteuse participe à l'amélioration de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins du patient. La mise en place de la conciliation à l'entrée et à la sortie s'inscrit dans un objectif de continuité des soins. Une étude a été menée durant 5 mois sur 3 unités d'admission psychiatrique. Sur les 98 patients conciliés à l'entrée, 15,3% d'entre eux présentent au moins une divergence non intentionnelle sur leur prescription. Des pistes d'amélioration comme l'implication des préparateurs en pharmacie ou la réorganisation de l'activité pharmaceutique sont en cours de réflexion afin de pérenniser la démarche. L'accent est mis sur l'importance du renforcement de l'étape de conciliation de sortie avec notamment l'entretien de sortie et le développement du lien ville-hôpital.

TITRE EN ANGLAIS :

MEDICATION RECONCILIATION IN PSYCHIATRIE : FIELD EXPERIENCE AT THE GERARD MARCHANT HOSPITAL

RESUME EN ANGLAIS :

Medication reconciliation improves the securisation of the medical care during the transitions of the patients' care pathways. Implementation of the medication reconciliation at the input and the output aims at the continuity of the care. A study was conducted during 5 months in 3 psychiatric units. Among the 98 patients reconciliated at the admission, unintentional discrepancies in their prescriptions were noticed in 15.3 % of them. Ways of improving such as involvement of pharmacy's preparer or the reorganisation of the pharmaceutical activities are considered to make this approach durable. The importance of the reconciliation step is particularly highlighted, including the output interview and the development of the city-hospital connection.

Discipline administrative : PHARMACIE HOSPITALIERE

Mots clés : CONCILIATION MEDICAMENTEUSE - IATROGENIE - ERREURS MEDICAMENTEUSES - PHARMACIE CLINIQUE - LIEN VILLE-HOPITAL - PSYCHIATRIE

UNIVERSITE TOULOUSE III - Paul SABATIER

Faculté des sciences Pharmaceutiques
35, chemin des maraichers
31062 Toulouse cedex 9

DIRECTEUR DE THESE : Mylène Segonds