

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

ANNEE : 2021

THESE 2021 TOU3 2065

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement
par

GAWEL ÉLÉONORE

Née le 18 septembre 1992, à Saint-Cyr l'École (78)

SPÉCIFICITÉ DE LA CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE D'ENTRÉE EN
PSYCHIATRIE : VERS LA CONSTRUCTION D'UN OUTIL DE PRIORISATION
INNOVANT VALIDÉ AU NIVEAU NATIONAL

Le 19 octobre 2021 à Toulouse

Directeur de thèse : Docteur Laurence BONNET

JURY

Président :	Professeur Philippe CESTAC
1er assesseur :	Docteur Géraldine LEGUELINEL-BLACHE
2ème assesseur :	Docteur Emmanuelle QUEUILLE
3ème assesseur :	Docteur Nathalie GICQUEL-BORDELONGUE
4ème assesseur :	Docteur Nathalie JAMOT
5ème assesseur :	Docteur Laurence BONNET

PERSONNEL ENSEIGNANT
de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques de l'Université Paul Sabatier
au 1er octobre 2020

Professeurs Emérites

Mme BARRE A.	Biologie Cellulaire
M. BENOIST H.	Immunologie
M. BERNADOU J.	Chimie Thérapeutique
M. CAMPISTRON G.	Physiologie
M. GAIRIN J.E.	Pharmacologie
Mme NEPVEU F.	Chimie analytique
M. ROUGE P.	Biologie Cellulaire
M. SALLES B.	Toxicologie

Professeurs des Universités

Hospitalo-Universitaires

Mme AYYOUB M.	Immunologie
M. CESTAC P.	Pharmacie Clinique
M. CHATELUT E.	Pharmacologie
Mme DE MAS MANSAT V.	Hématologie
M. FAVRE G.	Biochimie
Mme GANDIA P.	Pharmacologie
M. PARINI A.	Physiologie
M. PASQUIER C. (Doyen)	Bactériologie - Virologie
Mme ROQUES C.	Bactériologie - Virologie
Mme ROUSSIN A.	Pharmacologie
Mme SALLERIN B.	Pharmacie Clinique
M. VALENTIN A.	Parasitologie

Universitaires

Mme BERNARDES-GÉNISSON V.	Chimie thérapeutique
Mme BOUTET E.	Toxicologie - Sémiologie
Mme COUDERC B.	Biochimie
M. CUSSAC D. (Vice-Doyen)	Physiologie
M. FABRE N.	Pharmacognosie
Mme GIROD-FULLANA S.	Pharmacie Galénique
M. GUIARD B.	Pharmacologie
M. LETISSE F.	Chimie pharmaceutique
Mme MULLER-STAUMONT C.	Toxicologie - Sémiologie
Mme REYBIER-VUATTOUX K.	Chimie analytique
M. SEGUI B.	Biologie Cellulaire
Mme SIXOU S.	Biochimie
M. SOUCHARD J-P.	Chimie analytique
Mme TABOULET F.	Droit Pharmaceutique
M. VERHAEGHE P.	Chimie Thérapeutique

Maîtres de Conférences des Universités

Hospitalo-Universitaires		Universitaires	
M. DELCOURT N.	Biochimie	Mme ARELLANO C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme JUILLARD-CONDAT B.	Droit Pharmaceutique	Mme AUTHIER H.	Parasitologie
M. PUISSET F.	Pharmacie Clinique	M. BERGE M. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme ROUCH L.	Pharmacie Clinique	Mme BON C. (*)	Biophysique
Mme ROUZAUD-LABORDE C.	Pharmacie Clinique	M. BOUJILA J. (*)	Chimie analytique
Mme SERONIE-VIVIEN S. (*)	Biochimie	M. BROUILLET F.	Pharmacie Galénique
Mme THOMAS F. (*)	Pharmacologie	Mme CABOU C.	Physiologie
		Mme GAZALBOU S. (*)	Pharmacie Galénique
		Mme CHAPUY-REGAUD S.	Bactériologie - Virologie
		Mme COLACIOS C.	Immunologie
		Mme COSTE A. (*)	Parasitologie
		Mme DERAËVE C. (*)	Chimie Thérapeutique
		Mme ECHINARD-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 GADEA A.	Pharmacognosie
		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. LE NAOUR A.	Toxicologie
		M. LEMARIE A.	Biochimie
		M. MARTI G.	Pharmacognosie
		Mme MONFERRAN S.	Biochimie
		M. SAINTE-MARIE Y.	Physiologie
		M. STIGLIANI J-L.	Chimie Pharmaceutique
		M. SUDOR J. (*)	Chimie Analytique
		Mme TERRISSE A-D.	Hématologie
		Mme TOURRETTE-DIALLO 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		Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche (ATER)	
Mme LARGEAUD L.	Immunologie	M. François-Xavier TOUBLET	Chimie Thérapeutique
M. LE LOUEDEC F.	Pharmacologie		
M. MOUMENI A.	Biochimie		
M. PAGES A.	Pharmacie Clinique		
Mme SALABERT A.S	Biophysique		
Mme TRIBAUDEAU L.	Droit Pharmaceutique		

PERSONNEL ENSEIGNANT de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques de l'Université Paul Sabatier (version du 1er octobre 2020)

REMERCIEMENTS

Au Président du jury,

A Monsieur le Professeur **Philippe CESTAC**, je vous remercie d'avoir accepté de présider cette thèse et de l'intérêt que vous portez à l'ensemble de ce projet. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Aux membres du jury,

A Madame le Docteur **Géraldine LEGUELINEL-BLACHE**, je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de juger ce mémoire. Je suis honorée de vous compter parmi les membres de ce jury de thèse. Veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur **Emmanuelle QUEUILLE**, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury. C'était une évidence pour moi de vous y convier. Je vous remercie de m'avoir fait bénéficier de votre expérience et de vos conseils dans ce projet.

A Madame le Docteur **Nathalie GICQUEL-BORDELONGUE**, je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce projet et de votre implication dans le groupe de pilotage. Je suis ravie que vous ayez accepté d'intégrer ce jury.

A Madame le Docteur **Nathalie JAMOT**, je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail autour de la conciliation médicamenteuse, démarche que vous accueillez avec intérêt et enthousiasme dans votre service. Je vous prie de recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

A ma Directrice de thèse,

A Madame le Docteur **Laurence BONNET**, je vous remercie de m'avoir accordé votre confiance pour travailler sur ce sujet qui vous tient à cœur. Je suis ravie d'avoir eu l'occasion d'intégrer ce projet qui je l'espère, a encore un bel avenir devant lui. Merci pour votre accompagnement, votre soutien, votre disponibilité et l'énergie dont vous faites preuve. Les conseils et les enseignements que vous m'avez transmis me sont précieux. Je tiens à vous témoigner mon profond respect et ma reconnaissance.

Aux membres de l'équipe projet,

Je tiens à vous remercier tous de l'accueil que vous m'avez réservé. C'est un réel plaisir de travailler à vos côtés.

Amandine et Julie : je vous remercie de votre encadrement de qualité, toujours avec pédagogie et dans la bonne humeur. J'ai beaucoup appris grâce à vous, professionnellement, mais également sur le plan humain.

Alexandrine et Médéric : vos expertises m'ont permis d'ouvrir mon regard sur le sujet. Votre accompagnement m'a été précieux pour mener à bien ce travail.

Dans le cadre de ce projet, je tiens également à remercier :

L'Unité MéDatAS – CIC du CHU de Toulouse, Madame le Docteur **Maryse LAPEYRE-MESTRE** et **Samuel Tessier**, de nous accompagner dans ce projet et de nous apporter leurs connaissances et leur expertise.

Monsieur le Docteur **François OLIVIER**, Président de la FERREPSY Occitanie, pour votre accueil et votre confiance.

L'ensemble du groupe de pilotage du projet, pour votre dynamisme et la richesse de nos échanges, ainsi que les réseaux **Ferrepsy Occitanie** et **PIC** pour leur accompagnement.

Toute l'équipe du pôle médico-technique de Marchant : merci pour votre accueil et ces moments d'échanges.

Aux équipes toulousaines avec lesquelles j'ai eu l'occasion de travailler au cours de mon externat et de mon internat,

Aux équipes pharmaceutiques des pôles neurosciences, de gériatrie et de psychiatrie, qui m'ont vues arriver toute jeune FFI et m'ont enseignées tant de choses avant même le début de mon internat. Merci tout particulièrement à **Laure, Arnaud, Elodie**, et à mes toutes premières co-internes, **Lise et Adeline**.

Adeline, je suis enchantée d'avoir l'occasion de travailler à nouveau à tes côtés grâce à ce projet. Ton investissement professionnel et tes qualités humaines et relationnelles sont un exemple pour moi.

Je tiens également à remercier **Fiona**, qui a été la première pharmacienne à m'enseigner la démarche de conciliation médicamenteuse au cours de mon deuxième stage d'externat en psychiatrie à Purpan, et que j'ai eu la joie de retrouver quelques années plus tard, dans une forme de coïncidence, à l'occasion de ce projet d'optimisation de la conciliation en psychiatrie.

Aux pharmaciennes des équipes pharmaceutiques qui m'ont transmis leurs connaissances et leur passion de ce métier : **Véronique, Marie-Claire, Sylvie, Elodie, Elisa, Laura, Leslie.**

Aux préparatrices des EP du pôle digestif de Purpan et du pôle CVM : merci **Fred, Fatiha, Cathy et Marie-Christine** avec qui j'ai pris un grand plaisir à travailler.

Aux Lofteurs en pyjama de l'UPCO : **Zaza, Nini, JB, PP, Rémicade, Mathew.** Des remerciements également à l'attention de **Sophie P** et **Monsieur P** pour votre encadrement.

A toute l'équipe de la Comédims : **Blandine, Dorothée, Laure, Marie M, Pauline, Olaia et Nadia.** Vous avez apporté la pièce centrale qui manquait à mon grand puzzle de la pharmacie. **Blandine,** je vous remercie pour la richesse de vos enseignements. Je suis enchantée à l'idée de travailler à nouveau très bientôt à vos côtés.

A **Claudia,** ma co-interne...mais pas que ! J'ai heureusement eu l'occasion de te rencontrer dès la P2, de partager ensemble de nombreux excellents moments et de te découvrir à travers des valeurs qui me tiennent à coeur.

Aux enquêteurs de Rang-Au-Lard : **Clothilde, Marie T, Eni, Marine, Audrey, Tanguy, Souf, Marie D, Cyrielle.** Merci pour ce semestre plein de mystères et de rebondissements.

A la team appro de Logi : **Dorothée, Justine, Vanessa L, Claire, Viviane, Emilie, Vanessa W, Angeline, Yan** et **Sylvain.**

Dorothée, je pense qu'on peut dire que tu as finalement réussi à amadouer une fibre DM chez moi. Je suis ravie d'avoir l'occasion de continuer à échanger et travailler ensemble très prochainement.

Claire, merci d'assurer l'ambiance Camping Paradis de ce bureau, sur une base de chansons françaises soigneusement choisies. Plus sérieusement, je n'aurais pu rêver mieux comme co-interne sur cet ultime semestre.

A ma famille,

A mes parents, **Vatti** et **Mutti** : merci de m'avoir donné les moyens d'en arriver là. Malgré une entrée dans les études un peu hasardeuse et timide, il semblerait que l'éducation parentale et ses valeurs de travail et de persévérance dont j'ai bénéficié m'aient finalement rattrapée. J'espère qu'à travers ce mémoire, vous aurez l'occasion d'appréhender un peu mieux ce qui occupe mes journées (mes nuits, et parfois mes week-ends) et qui a fini par me passionner. Maman, après 11 ans, maintenant, tu peux arrêter de me demander quelles notes j'ai eu à mes examens !

A ma sœur **Sophie** et mon frère **Henri-Pierre** du clan des Gawelski : on compte sur vous pour la suite les futurs ingés !

A mes **grands-parents** et à la **famille bretonne** : merci pour votre soutien durant ces (longues) études.

A mon parrain **Gadin** et **toute la famille Rollet**, merci de répondre toujours présents, même à distance. En espérant vous revoir très prochainement.

A mes amis,

A **Jordan** et nos 15 années et quelques d'amitié, comme quoi les rencontres les plus inattendues sont parfois celles qui durent. Merci de me faire profiter de ta philosophie de vie et de ton état d'esprit dans une justesse toujours impeccable.

Aux copains de fac : **Ségo, Karine, Julia, Benjamin L, Charf, Julia.**

Aux adeptes du chapeau en velours : merci d'avoir animé mes années de fac et pour tous ces souvenirs. A **Milena, Julien, Aymeric, Vincent, Jérem, Ségo, Romain, Sylvie, Biran, Mélanie, Valentine, Nico, Quentin, Claire, Amira, Thibaud, Arthur, Daphné.**

Aux assos **TAT, AEPT** et **AAIPT** d'avoir contribué d'une façon ou d'une autre à rendre mes années étudiantes mémorables et aux nombreuses rencontres que j'ai pu faire grâce à elles.

Aux habitants de la colonie de vacances du château sur la colline de Ranguel : merci pour votre accueil chaleureux quand je n'étais encore qu'une pré-interne, et bien sûr à tous excellents moments passés tous ensemble. A **Mégane, Julien, Lorène, Laure, Marie B, Aude T, Emeline, Marie C, Vincent.** A ma chambre, ma petite oasis de cocooning.

Merci à **Pauline C** et son fidèle Ronflex qui ont immobilisé une AG entière pour mon plus grand plaisir.

Chavert, merci de l'intérêt tout particulier que tu portes à mon compte Instagram et aux bombes de bain : ton cœur est pur. Merci de m'inviter à ta deuxième thèse quand tu auras 40 ans.

A mes 2 paires d'oreilles de Dumbo, **Mathilde** et **Juju** : les potins ne seraient rien sans les oreilles les plus gigantesques de l'univers de Walt. **Mathilde**, merci pour ton écoute, ta franchise, ton soutien. Merci de râler avec moi mais surtout de rire ! A tous ces « mais je t'ai pas raconté », « j'ai pensé à toi » et « je t'explique après », qui annoncent toujours une discussion de qualité !

A la Team du Presbythèse : **Juju Zampa, Chloé, Rémi, Alix** (et Axelle), **Félicien, Sophie, Floflo, Rémymy** et **Justine**. N'étant pas de nature particulièrement expansive, les quelques lignes ci-dessous s'essaieront à vous témoigner par écrit l'amitié que je vous porte, mais ne suffirons en aucun cas à vous exprimer pleinement mes sentiments à votre égard. Pour commencer par l'essentiel : merci pour les Chipster.

Juju : merci pour ton soutien sans faille tout le long de cet internat. Merci de tenir le bureau des plaintes avec la plus grande des amplitudes horaires. Merci pour tous ces debriefs, de tout et surtout n'importe quoi. Mais surtout merci d'être autant à l'écoute.

Rémi et Chloé, Alix et Fédé : merci pour tous ces innombrables excellents moments passés ensemble. On a tous besoin d'un peu plus de TNT, de bureaux présidentiels, de pigeons, de tiramisu, de vêtements jaunes, de salles de sport sans sport, de victoires au café de Toulouse, de rétroviseurs fatigués, de séances de kiné, de lumière dans la salle de bain, de serviettes qui tournent,... et on en veut encore !

Sophie et Floflo : merci pour votre positivité, votre esprit de partage et votre originalité hors pair.

Rémymy et Justine : **Rémy**, merci pour cette bonne humeur communicative et cette légèreté (et ces bêtises !) que tu apportes partout où tu passes. A **Justine**, que j'ai rencontré plus récemment : j'espère avoir vite l'occasion de te découvrir davantage.

A **Flo et Marjo** : la Princesse est heureuse de vous compter parmi ses fidèles sujets. Flo, merci d'avoir assuré mes petits pas à Sapa, même si c'était la moindre des choses. (Flo, saute les prochaines lignes, elles sont trop joyeuses pour ton cœur de Grinch). Marjo, merci de râler toujours de façon lumineuse. Merci surtout d'être aussi accueillante, gentille, bienveillante, dynamique et drôle. Flo, merci d'être quelqu'un de bien (enfin peut être, je sais pas, quand tu souris, éventuellement).

A **Rémy, Marthe** (et **Léon**) : je suis ravie que la vie vous ait placés sur mon chemin et m'offre ainsi des instants aussi calmes qu'endiablés, aussi sérieux que loufoques, aussi drôles que gourmands (et parfois assommants !).

A tous mes chauffeurs qui ont eu l'immense honneur de conduire la Princesse Taxi à toute heure du jour et de la nuit, et à mon permis de conduire qui fête ses 10 ans cette année. Aux lignes Tisséo A, B, T1, T2, L4, L5, H, 47, 48, 54, 57, 88, 115, 152.

Au doggothérapeute en chef, **Icare TheGoodBoy**, pour tous ces moments de tendresse, de calme et d'apaisement. A son collègue à nez plat et doggothérapeute en devenir, **Spok**.

A **Whooper**.

A mon Guigui,

Je suis énormément touchée de l'intérêt que tu portes depuis le premier jour à ce monde des pharmaciens qui t'était pourtant si inconnu. Quelques années après, tu occupes avec fierté ce rôle du coach de l'ombre derrière ce travail, celui qui a assisté aux répétitions à blanc de toutes mes présentations, mais qui m'a surtout soutenue à chaque instant, dans les bons moments, comme dans les déceptions, et qui a su gérer la boule de stress que je suis. Merci pour le bonheur, l'équilibre et l'amour que tu m'apportes au quotidien. Le meilleur est encore à venir.

« On n'a jamais été aussi proches ».

A Falco et Ghost.

**SPÉCIFICITÉ DE LA CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE D'ENTRÉE EN
PSYCHIATRIE : VERS LA CONSTRUCTION D'UN OUTIL DE
PRIORISATION INNOVANT VALIDÉ AU NIVEAU NATIONAL**

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	5
LISTE DES FIGURES	16
LISTE DES TABLEAUX	17
LISTE DES ANNEXES	18
LISTE DES ABREVIATIONS	19
INTRODUCTION	21
PARTIE 1 : LA PHARMACIE CLINIQUE : ÉVOLUTION DANS LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	22
1. HISTORIQUE DE LA PHARMACIE CLINIQUE	22
1.1. <i>Naissance en Amérique du Nord</i>	22
1.2. <i>Développement en Europe et en France</i>	23
2. DEFINITIONS ET CADRE REGLEMENTAIRE EN FRANCE	23
3. MISSIONS ET ACTIVITES DU PHARMACIEN CLINICIEN	25
3.1. <i>Analyse pharmaceutique des ordonnances</i>	26
3.2. <i>Les services de pharmacie cliniques centralisés</i>	28
3.3. <i>Les services de pharmacie clinique décentralisé</i>	28
4. LE PHARMACIEN CLINICIEN, ACTEUR MAJEUR DANS LA LUTTE CONTRE LA IATROGENIE	29
4.1. <i>Définition</i>	30
4.2. <i>Epidémiologie et études</i>	32
4.3. <i>Les outils d'évaluation des erreurs médicamenteuses</i>	33
4.4. <i>La place du pharmacien clinicien dans la stratégie de lutte contre la iatrogénie</i>	35
5. VALEURS AJOUTEES ET IMPACTS DE LA PHARMACIE CLINIQUE	37
5.1. <i>Les impacts sur la mortalité</i>	37
5.2. <i>Les impacts cliniques</i>	38
5.3. <i>Les impacts économiques</i>	40
6. LE LIEN VILLE-HOPITAL	40
7. QUELLES PERSPECTIVES POUR LA PHARMACIE CLINIQUE ?	42
7.1. <i>Le modèle français : limites et perspectives</i>	43
7.1.1. <i>Les limites en France</i>	43
7.1.2. <i>Le nouveau modèle intégratif de la pharmacie clinique de la SFPC</i>	44
7.1.3. <i>Les dernières avancées en France</i>	46
7.2. <i>Exemples de modèles de pharmacie clinique à l'étranger</i>	48
7.2.1. <i>La spécialisation et la pratique avancée de la pharmacie clinique</i>	48
7.2.2. <i>Le « pharmaceutical care » : exemple québécois</i>	49
7.2.3. <i>La prescription pharmaceutique</i>	49
7.2.4. <i>Les enquêtes nationales de pratique de la pharmacie hospitalière : l'exemple du PPMI aux Etats-Unis</i>	50
PARTIE 2 : LA CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE, UNE DÉMARCHÉ EFFICACE DE SÉCURISATION DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE AUX POINTS DE TRANSITION DU PARCOURS DE SOINS	51
1. DEFINITIONS ET OBJECTIFS	51
1.1. <i>Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM)</i>	51
1.2. <i>Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO)</i>	52
1.3. <i>Ordonnance Médicale à l'Admission (OMA)</i>	52
1.4. <i>Divergences</i>	52
2. CONTEXTE REGLEMENTAIRE EN FRANCE	53
2.1. <i>Les textes réglementaires</i>	53
2.2. <i>Les incitations et l'accompagnement au niveau national</i>	55
3. METHODOLOGIE DE CONCILIATION	56
3.1. <i>Processus de réalisation de la CTM à l'admission</i>	57
3.1.1. <i>La recherche active d'informations sur les médicaments du patient</i>	57
3.1.2. <i>La formalisation et la validation du BMO</i>	58
3.1.3. <i>La comparaison du bilan médicamenteux optimisé à l'ordonnance d'admission</i>	59

3.1.4.	La prévention et la correction des divergences non documentées	59
3.2.	<i>Processus de réalisation de la CTM à la sortie</i>	60
3.3.	<i>Les acteurs de la CTM</i>	60
3.4.	<i>Les outils dédiés à la CTM</i>	62
4.	EVALUATION DE LA CONCILIATION : LES INDICATEURS.....	63
4.1.	<i>Intérêt du recours aux indicateurs pour évaluer la pratique de la CTM</i>	63
4.2.	<i>Les indicateurs de CTM les plus courants</i>	63
5.	EXPERIENCES DE CONCILIATION EN FRANCE ET A L'ETRANGER	66
5.1.	<i>La conciliation des traitements médicamenteux à l'étranger</i>	66
5.1.1.	Les expériences internationales	66
5.1.2.	L'initiative des High'5s et le projet SOP Med'Rec	67
5.1.3.	La conciliation médicamenteuse dans le projet européen EUNetPaS	69
5.2.	<i>La conciliation des traitements médicamenteux en France</i>	69
5.2.1.	Les résultats du projet SOP Med'Rec pour les établissements français participants.....	69
5.2.2.	Les résultats de l'enquête de la DGOS sur la CTM	72
5.2.3.	Les autres expériences françaises de CTM	73
5.2.4.	Les projets de recherche en pharmacie clinique ciblant la conciliation médicamenteuse.....	76
6.	ETATS DES LIEUX DE LA CONCILIATION EN PSYCHIATRIE	80
6.1.	<i>Intérêts du développement de la CTM en psychiatrie</i>	80
6.2.	<i>Les freins identifiés à la mise en œuvre de la CTM en psychiatrie</i>	81
6.3.	<i>Les expériences de CTM en psychiatrie</i>	81
6.3.1.	A l'étranger	81
6.3.2.	En France	83
7.	STRATEGIES DE PRIORISATION DE LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE	86
7.1.	<i>Intérêts et réflexions de priorisation des activités de pharmacie clinique</i>	86
7.2.	<i>Les outils de priorisation déployés et travaux menés en MCO</i>	89
7.2.1.	Les outils généraux de pharmacie clinique	89
7.2.2.	Les outils spécifiques de priorisation de la CTM en MCO	92

PARTIE 3 : CONSTRUCTION D'UN SCORE DE PRIORISATION DE LA CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE D'ENTRÉE ADAPTÉ AUX ÉTABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES.....100

1.	CONTEXTE ET OBJECTIFS	100
2.	ETAPE PREALABLE : REVUE DE LA LITTERATURE CONCERNANT LES FACTEURS DE RISQUES IDENTIFIES EN PSYCHIATRIE	101
3.	ELABORATION ET ORGANISATION DU PROJET	104
3.1.	<i>Constitution de l'équipe projet et du groupe expert</i>	104
3.2.	<i>Lancement du projet et déroulement de l'étude (planification)</i>	106
3.3.	<i>Coordination du projet</i>	108
3.4.	<i>Choix d'un score de référence</i>	108
4.	ETAPE 1 : ETUDE MONOCENTRIQUE RETROSPECTIVE DES DONNEES DE CONCILIATION AU CH MARCHANT	109
4.1.	<i>Méthodologie</i>	109
4.2.	<i>Résultats</i>	110
4.3.	<i>Discussion</i>	113
5.	ETAPE 2 : ENQUETES NATIONALES	114
5.1.	<i>Place des enquêtes dans le projet</i>	114
5.2.	<i>Enquête nationale N°1</i>	115
5.2.1.	Méthodologie	115
5.2.2.	Résultats	115
5.2.2.1.	Vue globale des réponses à l'enquête N°1	115
5.2.2.2.	Etat des lieux de la CTM dans les établissements	117
5.2.2.3.	Identification des patients à risque de DNI	121
5.2.2.4.	Recours aux outils de priorisation dans les établissements	122
5.2.2.5.	Réflexion de mise à disposition d'un outil de priorisation spécifique à la psychiatrie	122
5.2.2.6.	Intérêt des établissements pour le projet	124
5.2.3.	Discussion	124
5.3.	<i>Enquête nationale N°2</i>	126
5.3.1.	Méthodologie	126
5.3.2.	Résultats	127

5.3.2.1.	Vue globale des réponses à l'enquête N°2	127
5.3.2.2.	Partie 1 : profil des patients hospitalisés en psychiatrie des différents établissements	128
5.3.2.3.	Partie 2 : descriptif des pratiques de conciliation médicamenteuse d'entrée	130
5.3.3.	Discussion	132
6.	ETAPE 3 : CONSTRUCTION DU SCORE	134
6.1.	<i>Méthodologie et réflexions de construction</i>	134
6.1.1.	Cahier des charges de l'outil de priorisation idéal	134
6.1.2.	Éléments d'aiguillage de construction du score	134
6.1.3.	Critique du score Québec dans l'application à la psychiatrie	134
6.1.3.1.	Analyse des items proposés dans le score Québec et propositions d'adaptations à la psychiatrie ..	134
6.1.3.2.	Analyse de la pondération des items et du seuil de décision dans le score Québec	137
6.1.4.	Sélection des items à faire figurer dans un score spécifique à la psychiatrie	138
6.1.5.	Adaptation d'un score pré-existant en MCO ou création d'un score « de novo » ?	141
6.1.6.	Construction des catégories et détails des critères retenus	142
6.1.7.	Quels types d'outils privilégier ?	145
6.2.	<i>Résultats</i>	146
6.3.	<i>Discussion</i>	148
7.	ETAPE 4 : PHASE DE PRE-TEST DU SCORE CONSTRUIT	149
7.1.	<i>Contexte</i>	149
7.2.	<i>Méthodologie</i>	150
7.2.1.	Type d'étude, établissements participants et patients inclus	150
7.2.2.	Recueil des données et critères analysés	150
7.2.3.	Analyses statistiques	151
7.3.	<i>Résultats</i>	152
7.4.	<i>Discussion</i>	157
8.	PERSPECTIVES	158
	CONCLUSION	161
	BIBLIOGRAPHIE	162
	ANNEXES	177
	SERMENT DE GALIEN	200

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Rôles du pharmacien clinicien en unité de soins (20)	29
Figure 2 : Modèle de Reason des Erreurs Médicamenteuses	31
Figure 3 : Relation entre les erreurs médicamenteuses et les évènements iatrogènes médicamenteux, d'après Morimoto	32
Figure 4 : Activités de prise en charge médicamenteuse du patient : le rôle du pharmacien dans la lutte contre la iatrogénie (34)	36
Figure 5 : Les processus de pharmacie clinique selon le modèle évolutif et intégratif proposé par la SFPC	45
Figure 6 : Modèle intégratif de pharmacie clinique proposée par la SFPC	45
Figure 7 : Schéma global de la CTM (adapté de Kwan et al (108) et de A. Arnaud (109))	56
Figure 8 : Les étapes clés de la conciliation médicamenteuse	57
Figure 9 : Organigramme de l'analyse des divergences au cours de la CTM (112)	59
Figure 10 : Etapes clés du projet « Optimisation de la conciliation médicamenteuse d'entrée en psychiatrie »	106
Figure 11 : Calendrier des différentes étapes et phases du projet d'optimisation de la conciliation médicamenteuse d'entrée en psychiatrie	108
Figure 12 : Etablissements ayant participé à l'enquête N°1 (territoire national)	116
Figure 13 : établissements ayant participé à l'enquête N°1 (territoire Occitanie)	117
Figure 14 : Répartition du nombre de CTM d'entrée par établissement en 2018	117
Figure 15 : Répartition du nombre de CTM d'entrée par établissement en 2019	118
Figure 16 : Répartition du nombre d'établissements en fonction de leur pourcentage de CTME comportant au moins une DNI sur les années 2018 et 2019, selon les réponses à l'enquête nationale N°1	119
Figure 17 : Répartition du nombre de personnes dédiées à la réalisation de la CTME par établissement	119
Figure 18 : Répartition des ressources humaines dédiées au recueil des sources dans le cadre de la CTME dans les établissements	120
Figure 19 : Répartition des trois sources utilisées préférentiellement par les établissements dans le cadre du recueil des sources dans leur processus de CTME	120
Figure 20 : Répartition des moyens de communication utilisés par les établissements dans le cadre du recueil des sources dans leur processus de CTME	121
Figure 21 : Etablissements ayant participé à l'enquête N°2 sur le territoire national	128
Figure 22 : Nombre d'hospitalisations temps plein en psychiatrie adulte en 2019 des établissements ayant participé à l'enquête nationale N°2	129
Figure 23 : Répartition des patients hospitalisés en service de psychiatrie adulte selon leur tranche d'âge en 2019 parmi les établissements ayant participé à l'enquête N°2	129
Figure 24 (a, b, c) : Arbres décisionnels obtenus à partir des données issues de la période de phase pré-test de la grille de score version V2 (n=156)	156
Figure 25 : Schéma d'étude multicentrique retenu dans le cadre du projet : étude randomisée en cross-over	159

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Niveaux d'analyses d'ordonnance définis par le SFPC (2012)	27
Tableau 2 : Les acteurs impliqués dans la réalisation des différentes étapes de la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission selon les recommandations de la SFPC (113).....	61
Tableau 3 : Les indicateurs du SOP Med'Rec (121)	64
Tableau 4 : Les indicateurs d'évaluation de la CTM utilisés dans le cadre du projet CONCIMED.....	65
Tableau 5 : Synthèse des données du projet Med'Rec au niveau international.....	68
Tableau 6 : Profil des établissements de santé français ayant participé au SOP Med'Rec.....	70
Tableau 7 : Les projets de conciliation médicamenteuse ayant bénéficiés d'un financement dans le cadre d'un PREPS depuis 2012	76
Tableau 8 : Critères d'inclusion de 2015 pour la réalisation de la CTM au CH Paul Guiraud de Villejuif	85
Tableau 9 : Critères de risque et méthode de recueil utilisés dans le cadre des travaux de A. Bigot ..	89
Tableau 10 : Grille d'évaluation utilisée au Centre Hospitalier Affilié Universitaire de Québec, permettant de cibler les usagers les plus vulnérables aux événements iatrogènes liés à la médication (d'après Blanchet et al)	96
Tableau 11 : Score de priorisation selon Cregut-Corbaton (CH Chalon-sur-Saône) – version médecin	97
Tableau 12 : Bilan des résultats des expérimentations d'utilisation du score de priorisation du CH de Chalon sur Saône d'après l'étude de P. Mondoloni	98
Tableau 13 : Revue de la littérature : exemples d'expériences de conciliation médicamenteuse d'entrée en santé mentale en France (180) (181) (149) (109) (182) (141)	102
Tableau 14 : Liste des établissements appartenant au groupe expert (comité de pilotage : COPIL) dans le cadre du projet d'optimisation de la conciliation médicamenteuse d'entrée en psychiatrie	105
Tableau 15 : Description des objectifs des étapes successives de l'élaboration de l'outil de priorisation	107
Tableau 16 : Comparatif des données relatives à l'âge, l'origine d'admission et le nombre de lignes de prescription moyenne au BMO entre la population totale (n=201) et les patients DNI (n=11)	111
Tableau 17 : Calcul du score Québec en rétrospectif pour les patients présentant au moins une DNI au cours de l'étude rétrospective au CH Marchant sur les années 2018 et 2019 (n=11).....	112
Tableau 18 : Liste des établissements ayant participé à l'enquête nationale N°1 dans le cadre du projet d'optimisation de la conciliation médicamenteuse en psychiatrie	116
Tableau 19 : Récapitulatif des propositions énoncées par les établissements des items à faire figurer dans le score de priorisation de CTME en psychiatrie, d'après les réponses à l'enquête nationale N°1	123
Tableau 20 : Liste des établissements ayant participé à l'enquête nationale N°2 dans le cadre du projet d'optimisation de la conciliation médicamenteuse en psychiatrie.....	128
Tableau 21 : Critères sélectionnés et validés avec le groupe expert du score de priorisation spécifique à la psychiatrie.....	143
Tableau 22 : Méthodes de cotation proposées des critères sélectionnés en vue de l'élaboration du score de priorisation spécifique à la psychiatrie	144
Tableau 23 : Grille de score version V2 des items proposés pour le ciblage des patients à risque au cours de la CTME en psychiatrie	147
Tableau 24 : Caractéristiques démographiques et cliniques des patients inclus selon la détection ou non d'au moins une DNI.....	153
Tableau 25 : Comorbidités répertoriées chez les patients inclus selon la détection ou non d'au moins une DNI à l'aide de la grille de priorisation V2	154
Tableau 26 : Répartition des différents médicaments à risque psychiatriques.....	154
Tableau 27 : Répartition des différents médicaments à risque somatiques.....	155
Tableau 28 : Matrice de confusion issue de l'analyse par la méthode des forêts aléatoires	157

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Fiche de recueil des traitements avant l'admission (BMO) utilisé au CH Marchant.....	177
Annexe 2 : Fiche de Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission utilisée au CH Marchant.....	178
Annexe 3 : Fiche de liaison Ville-Hôpital utilisée dans le cadre de la conciliation médicamenteuse de sortie au CH Marchant	179
Annexe 4 : Fiche d'information patient utilisée dans le cadre de la conciliation de sortie au CH Marchant.....	180
Annexe 5 : Lettre Officielle de lancement du projet d'optimisation de la conciliation médicamenteuse d'entrée en psychiatrie	181
Annexe 6 : Enquête nationale N°1 dans le cadre du projet d'optimisation de la conciliation médicamenteuse d'entrée en psychiatrie.....	183
Annexe 7 : Enquête nationale N°2 dans le cadre du projet d'optimisation de la conciliation médicamenteuse d'entrée en psychiatrie.....	191
Annexe 8 : Exemple d'un outil en échelle de risque : le diagramme SCORE.....	198
Annexe 9 : Tableau de suivi des conciliations médicamenteuses réalisées dans le cadre de la phase pré-test sur la base des items de priorisation validés et de la grille de score version V2	199

LISTE DES ABREVIATIONS

ACCP : American College of Clinical Pharmacie (Collège Américain de Pharmacie Clinique)

ADO : Anti-Diabétiques Oraux

ANEPC : Association Nationale des Enseignants de Pharmacie Clinique

ARS : Agence Régionale de Santé

BMO : Bilan Médicamenteux Optimisé

CAQES : Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

COMEDIMS : Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles

CREX : Comité de Retour d'Expérience

CRPV : Centres Régionaux de PharmacoVigilance

CSP : Code de la Santé Publique

CTM : Conciliation des Traitements Médicamenteux

CTME : Conciliation Thérapeutique Médicamenteuse d'Entrée

CTMS : Conciliation Thérapeutique Médicamenteuse de Sortie

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DI : Divergence Intentionnelle

DID : Divergence Intentionnelle Documentée

DIM : Département d'Information Médicale

DIND : Divergence Intentionnelle Non Documentée

DMH : Durée Moyenne d'Hospitalisation

DMP : Dossier Médical Partagé

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DNI : Divergence Non Intentionnelle

DP : Dossier Pharmaceutique

DPI : Dossier Patient Informatisé

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EI : Effet Indésirable

EIG : Effet Indésirable Grave

EIM : Evènement Indésirable Médicamenteux

EM : Erreur Médicamenteuse

ES : Etablissement de Santé

ESCP : Europe Society of Clinical Pharmacy (Société Européenne de Pharmacie Clinique)

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FCT : Fiche de Conciliation des Traitements

FIP : Fédération Internationale Pharmaceutique

HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IH : Insuffisance Hépatique
IP : Intervention Pharmaceutique
IPP : Inhibiteurs de la Pompe à Proton
IR : Insuffisance Rénale
ISMP : Institute for Safe Medication Practices
IV : Intraveineux
LAP : Logiciel d'Aide à la Prescription
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LVH : Lien Ville-Hôpital
MAC : Médicament Anti-Cancéreux
MAR : Médicament A Risque
MTE : Marge Thérapeutique Etroite
OAR : Organisation A Risque
OMA : Ordonnance Médicale à l'Admission
OMEDIT : Observatoire des Médicaments, Dispositifs médicaux, Innovations Thérapeutiques
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PAR : Patient A Risque
PCNE : Pharmaceutical Care Network Europe
PECM : Prise En Charge Médicamenteuse
PGR : Plan de Gestion des Risques
PNSP : Programme National pour la Sécurité des Patients
PPH : Préparateur en Pharmacie Hospitalière
PREPS : Programme de Recherche sur la Performance du Système de soins
PUI : Pharmacie à Usage Intérieur
RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit/Réunion de Concertation Pluri-disciplinaire
REMEDI : Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et aux Dispositifs médicaux associés
RMM : Revue de Morbi-Mortalité
SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique
SOP Med'Rec : Standard Operating Protocol Medication Reconciliation
SSP : Semaine de Sécurité des Patients
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

INTRODUCTION

Le management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) des patients est une priorité de santé publique. Le pharmacien clinicien joue un rôle majeur dans la prévention des événements indésirables médicamenteux, notamment par la mise en œuvre de la Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM) aux points de transition du parcours de soins du patient et participe également ainsi à renforcer le lien entre les secteurs hospitaliers et ambulatoires. Cette activité est néanmoins chronophage et le nombre de patients bénéficiant d'une CTM à l'entrée est de ce fait limité par les ressources humaines disponibles dans les établissements. La littérature décrit des outils élaborés pour cibler les patients à risque en service de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) pour lesquels une mission de pharmacie clinique telle que la CTM à l'admission peut être bénéfique.

En psychiatrie, la complexité du parcours de soins des patients, notamment du fait de la grande diversité des professionnels intervenants, de la forte prévalence des comorbidités et de l'organisation du système de santé, induit un risque non négligeable d'erreurs médicamenteuses. Les outils de priorisation développés en MCO trouvent leurs limites en santé mentale car ils ne prennent pas en compte les spécificités psychiatriques. Un outil de priorisation permettant de cibler les patients psychiatriques les plus à risque trouve ici tout son intérêt. A notre connaissance, un tel outil ou score n'existe pas en psychiatrie.

Dans l'objectif de développer et d'améliorer l'activité de conciliation médicamenteuse en psychiatrie, nous avons imaginé un programme d'envergure nationale de développement et de validation d'un outil spécifique à la conciliation d'entrée en psychiatrie.

Dans la première partie de ce travail, nous aborderons le rôle de la pharmacie clinique dans la prise en charge médicamenteuse du patient, notamment en précisant les impacts cliniques et économiques de cette discipline, et les perspectives d'avenir de cette spécialité en France.

Dans une deuxième partie, nous exposerons en détails la démarche de conciliation médicamenteuse et présenterons plusieurs retours d'expériences de cette activité à travers le monde et dresserons un état des lieux de ce processus en psychiatrie. Nous évoquerons également les stratégies de priorisation des activités de pharmacie clinique en MCO.

Enfin, dans une troisième et dernière partie, nous présenterons l'étape de construction du score de priorisation de la conciliation médicamenteuse d'entrée adapté aux établissements psychiatriques, dans le cadre d'un projet déployé au niveau national, en vue d'une validation au moyen d'une étude multicentrique.

PARTIE 1 : LA PHARMACIE CLINIQUE : ÉVOLUTION DANS LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Historique de la pharmacie clinique

Étymologiquement, du grec « Klinos », le lit, la pharmacie clinique se définit comme la pharmacie au lit du patient.

Historiquement, le pharmacien, appelé autrefois apothicaire, était considéré comme un préparateur et un distributeur de remèdes. C'est à partir de la seconde partie du XX^{ème} siècle que la profession de pharmacien évolue et que de nouvelles activités lui sont confiées. Initialement investis dans des missions et des activités relevant majoritairement de la dispensation, à travers l'analyse pharmaceutique des prescriptions et la mise à disposition du produit de santé, le pharmacien a depuis trouvé sa place et son rôle dans les services cliniques dans une logique de prise en charge coordonnée du patient.

1.1. Naissance en Amérique du Nord

La pharmacie clinique est une discipline qui naît aux États-Unis dans les années 1960, suite à des procès intentés aux médecins par des patients qui avaient subi des erreurs médicamenteuses évitables. À cette époque, c'est grâce notamment à David Burkholder, de l'université du Michigan, intimement persuadé du besoin d'expertise clinique dans le domaine du médicament et du renforcement des missions du pharmacien dans le système de santé, que s'amorce le développement de l'activité. Il fonde le premier centre universitaire d'informations sur les médicaments à l'université du Kentucky. La pharmacie clinique devient alors une entité à part entière, dont la genèse lui est due en grande partie, ainsi qu'à deux autres universitaires du Kentucky : Paul Parker et Charles Walton (1).

Dans les années 1970, c'est le début de la collaboration médecins/pharmaciens : les pharmaciens cliniciens se rapprochent des équipes de soins, participent aux visites médicales, décentralisant ainsi leurs activités pour une réflexion axée avant tout sur le patient.

Le terme « pharmaceutical care », que l'on peut traduire par « la prise en charge pharmaceutique du patient » est un concept qui fait son apparition en 1975 et qui introduit la notion suivante : « les soins requis et reçus pour un patient donné, assurant un usage rationnel et sécuritaire des médicaments » (2). Le concept du pharmaceutical care est repris par Hepler et Strand en 1990 (3), ce qui marque le début d'un mouvement international de soins pharmaceutiques. Le pharmacien collabore avec l'ensemble des acteurs du parcours de soins du patient et s'assure de la sécurité, de l'efficacité et du bon usage des traitements, dans le but d'améliorer la qualité de vie d'un patient donné.

1.2. Développement en Europe et en France

En Europe, la pharmacie clinique connaît un essor plus tardif, à partir des années 1980, avec la création de l'Europe Society of Clinical Pharmacy (ESCP) en 1979 au cours du 8^{ème} Symposium de pharmacie clinique qui s'est tenu à Lyon (4). En France, la naissance de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) date de 1984 au cours d'un premier congrès à Paris. L'activité se développe dans un premier temps dans les établissements de santé, puis dans un second temps dans les officines.

Le concept du « pharmaceutical care » arrive progressivement en Europe. La définition est d'ailleurs reprise par la Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) en 2013 ainsi : le soin pharmaceutique est la contribution du pharmacien aux soins des individus afin d'optimiser l'utilisation des médicaments et d'améliorer les résultats de santé (5)(6).

En France, la discipline se développe notamment grâce à trois réformes successives : la réforme des études de pharmacie en 1962, créant en 5^e année les options industrie, biologie, officine et recherche, la réforme Bohuon en 1978, créant en 4^e année les stages hospitaliers de six semaines, et la réforme Laustriat Puisieux en 1984 grâce à laquelle apparaît dans le cursus étudiant à partir de l'année suivante la 5^{ème} année hospitalo-universitaire. Les étudiants passent alors la moitié de leur temps en services de soins à l'hôpital et débutent des travaux de pharmacie clinique.

A la fin des années 80, les pharmaciens hospitaliers accèdent à la fonction de praticien. La pharmacie clinique est reconnue comme un acte intellectuel. La discipline est reconnue par le Ministère des Universités en tant que « pharmacie clinique, pharmacocinétique, thérapeutique et biotechnique ».

En 1992, les Pharmacies à Usage Intérieur (PUI) sont créées. Les pharmaciens hospitaliers se voient attribuer des fonctions propres, notamment de pharmacie clinique, autour du médicament et du dispositif médical (7).

En 2002, la pharmacie est intégrée au CHU. La pharmacie clinique est reconnue comme une discipline hospitalo-universitaire.

En 2008, le DES de pharmacie hospitalière est créé et impose la formation de pharmacie clinique dans le cursus des internes.

2. Définitions et cadre réglementaire en France

C'est Charles Walton qui, le premier, en 1961, propose une définition de la pharmacie clinique : « l'utilisation optimale du jugement et des connaissances pharmaceutiques et biomédicales du pharmacien, dans le but d'améliorer l'efficacité, la sécurité, l'économie et la précision selon lesquelles les médicaments doivent être utilisés dans le traitement des patients » (1).

La SFPC en a donné la définition suivante en 2016 : « La pharmacie clinique est une discipline de santé centrée sur le patient dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise

en charge thérapeutique, à chaque étape du parcours de soins. Pour cela, les actes de pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé. Le pharmacien exerce en collaboration avec les autres professionnels impliqués, le patient et ses aidants » (8).

L'ESCP la décrit comme étant une spécialité de santé visant à développer et promouvoir l'utilisation rationnelle et appropriée des médicaments et des dispositifs médicaux. Cette définition précise que la pharmacie clinique comprend tous les services fournis par les pharmaciens exerçant dans tous types de milieux où le médicament peut être prescrit et utilisé, qu'il s'agisse de l'hôpital, de la ville ou des soins à domicile, dans un objectif centré autour de la santé du patient (9).

L'American College of Clinical Pharmacy (ACCP) définit la pharmacie clinique comme le domaine de la pharmacie concerné par la science et la pratique de l'usage rationnel des médicaments (10).

D'un point de vue réglementaire, les rôles du pharmacien hospitalier sont retrouvés notamment dans la loi 92-1279 du 8 décembre 1992 (7), puis dans l'arrêté du 16 avril 2011 qui confie des missions de dispensation et d'analyse pharmaceutique aux pharmaciens hospitaliers (11).

En 2009, la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) a notamment permis aux pharmaciens de participer activement à la prévention de la iatrogénie et à l'optimisation thérapeutique (12).

La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) estime que « la pharmacie clinique doit être pensée comme un outil de dialogue et de gestion en interne. Elle recouvre des activités réalisées exclusivement ou non par le pharmacien, notamment l'analyse pharmaceutique des thérapeutiques, la conciliation médicamenteuse, l'éducation thérapeutique du patient, le conseil aux patients et aux soignants, la surveillance du traitement, le suivi pharmaceutique des patients et l'évaluation des pratiques professionnelles ».

En 2016, pour répondre aux besoins d'évaluation et d'impulsion de la pharmacie clinique, d'accompagnement et d'information des professionnels, l'instruction DGOS lance un appel à projet qui est organisé pour accompagner les établissements de santé à impulser ou consolider des activités de pharmacie clinique portant sur la prise en charge par des médicaments et/ou des dispositifs médicaux, couplé à une démarche d'évaluation qualitative et médico-économique (13).

L'ordonnance du 15 décembre 2016 constitue une avancée importante pour la pharmacie clinique puisqu'elle inscrit la discipline dans les missions de pharmacie à usage intérieur : « Mener toute action de pharmacie clinique, à savoir de contribuer à la sécurisation, à la

pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé (...) et de concourir à la qualité des soins, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins (...) et en y associant le patient » (14). Progressivement, la pharmacie clinique rejoint le concept du « Pharmaceutical care ».

3. Missions et activités du pharmacien clinicien

La SFPC a publié en 2010 un référentiel de pharmacie hospitalière dans lequel un chapitre est dédié à la pharmacie clinique et la prise en charge thérapeutique du patient (15). Y sont notamment décrits « les rôles du pharmacien clinicien dans la thérapeutique et l'optimisation de l'usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles » ci-dessous :

- Maîtriser les stratégies thérapeutiques et mettre en place les recommandations sous forme de protocoles
- Connaître et comprendre les données concernant le patient notamment aux plans clinique, biologique et thérapeutique
- Savoir optimiser les thérapeutiques médicamenteuses et les dispositifs médicaux stériles et s'intégrer aux équipes médicales et paramédicales
- Proposer des protocoles sur le bon usage des produits de santé

Dans une volonté de renforcer le rôle du pharmacien clinicien dans les établissements de santé, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Fédération Internationale Pharmaceutique (FIP) publient en 2006 un manuel intitulé « Développement d'une pratique pharmaceutique centrée sur les soins du patient » dans lequel est introduit le concept du « pharmacien sept étoiles » qui définit ainsi les qualités et missions suivantes : soins, communication, prise de décision, enseignement, apprentissage permanent, aptitude à diriger, gestion (16).

La pharmacie clinique est une discipline regroupant plusieurs spécialités relatives aux médicaments et dispositifs médicaux : pharmacodynamie, pharmacocinétique, thérapeutique, biotechniques. D'une activité initialement centrée principalement autour du produit, les missions du pharmacien clinicien intègrent désormais le patient au centre des réflexions.

La pharmacie clinique s'impose peu à peu comme un acte intellectuel de soins pharmaceutiques, dans le prolongement de l'acte médical. Ainsi, cette évolution a pu engendrer un rapprochement entre pharmacien, prescripteur et patient pour une approche personnalisée, efficace, économique et sécuritaire des produits de santé. Petit à petit, le champ de la pharmacie clinique a intégré les notions de sécurité du produit de santé, d'efficacité et de coût dans la stratégie thérapeutique et le concept d'assurance qualité.

Le pharmacien clinicien apporte également sa contribution à des indicateurs d'activités du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficacité des Soins (CAQES) qui requiert la mise en œuvre d'une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique, axée principalement sur

l'analyse pharmaceutique des ordonnances hospitalières et la conciliation médicamenteuse au sein de l'établissement.

De nos jours, les activités de pharmacie clinique à l'hôpital s'exercent autant à la PUI que dans les unités de soins et peuvent ainsi se définir de manière centralisée à la PUI, ou décentralisée, en intégrant les équipes soignantes, en relation directe avec le patient.

3.1. Analyse pharmaceutique des ordonnances

Il s'agit d'une activité obligatoire pour tous les établissements de santé d'après le Code de la Santé Publique (CSP) (17). Elle représente l'activité quotidienne principale du pharmacien clinicien.

L'analyse pharmaceutique a pour objectif d'obtenir une optimisation de l'efficacité et de la sécurité des thérapeutiques, ainsi qu'une minimisation des coûts et une pharmaco-adhérence optimale (18).

La validation pharmaceutique ou analyse pharmaceutique, au cœur même du métier du pharmacien, constitue le point de départ de l'acte de dispensation. A travers la validation, le pharmacien s'assure que l'ordonnance répond de façon conforme aux exigences réglementaires, scientifiques et techniques, et convient au patient à laquelle elle s'adresse. Suite à cette validation, la dispensation permet donc dans un second temps la préparation des doses à administrer et finalement, la mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage des produits de santé.

Il est primordial que le pharmacien clinicien puisse avoir accès à plusieurs sources d'informations pour procéder à son analyse : données de base sur le patient (motif d'hospitalisation, allergies), historique médicamenteux, données clinico-biologiques et génétiques. L'informatisation des dossiers patients et le partage de données entre professionnels de santé ont donc été des avancées considérables dans la pratique de l'analyse pharmaceutique.

La SFPC a émis en 2012 des recommandations de bonne pratique de pharmacie clinique axées sur l'analyse d'ordonnance (18).

La validation pharmaceutique requiert la mise en application d'une méthodologie, qui distingue 3 niveaux d'analyses d'ordonnance, selon le patient et l'organisation de l'activité d'analyse prédéfinie.

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

Tableau 1 : Niveaux d'analyses d'ordonnance définis par le SFPC (2012)

La SFPC recommande une prise en charge en suivi pharmaceutique (niveau 3) de tous les patients. Les niveaux 1 et 2 peuvent être requis pour des patients déjà connus, ne justifiant plus d'un suivi complet.

L'Association Nationale des Enseignants de Pharmacie Clinique (ANEPC) (4) décrit les différentes étapes de la validation d'ordonnance comme suit :

- **Vérification juridique et réglementaire de l'ordonnance** : prise en compte de l'identité, de la spécialité et de la qualification du prescripteur, de la durée de prescription, en lien avec les règles de dispensation décrites dans le Code de la Santé Publique pour les médicaments inscrits sur listes particulières (stupéfiants, prescriptions restreintes, ...)
- **Evaluation des informations sur le patient** : recueil et prise en considération lors de l'analyse de la situation clinique, de l'organisation de la prise en charge, de l'accès aux soins et aux professionnels de santé, du mode de vie et de l'environnement du patient. Un temps dédié à l'observation pharmaceutique est essentiel afin de recueillir des compléments d'informations relatifs à l'observance et l'adhérence médicamenteuse, et la vision du patient relative à sa pathologie et à sa prise en charge. Cet exercice, non systématique, fait notamment l'objet de l'activité de conciliation médicamenteuse et de l'éducation thérapeutique.
- **Analyse des objectifs thérapeutiques** : mise en application des connaissances pharmaceutiques et scientifiques à travers la vérification de l'indication des différentes thérapeutiques, en concordance avec les recommandations d'experts.
- **Analyse des points critiques** : intérêt porté au respect des posologies et des modalités d'administration, détection de contre-indications, d'interactions médicamenteuses, d'effets indésirables potentiels de médicaments.
- **Points d'optimisation thérapeutique** : formulation de propositions d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse adressées au prescripteur, dans une stratégie de

prise en charge personnalisée du patient. Le pharmacien émet ainsi des « Interventions Pharmaceutiques » (IP), définies par la SFPC dans son lexique de la pharmacie clinique comme « toute proposition de modification de la thérapeutique médicamenteuse initiée par le pharmacien » ou comme « toute action consécutive à l'analyse de la prescription afin d'optimiser une prise en charge thérapeutique » (19). Les IP sont tracées dans le dossier pharmaceutique du patient et peuvent être classifiées selon une grille de codification validée par la SFPC.

- **Synthèse pharmaceutique ou plan pharmaceutique personnalisé** : le pharmacien clinicien émet une synthèse pharmaceutique résumant les problématiques médicamenteuses soulevées et les propositions d'optimisation envisageables, intégrant le concept de plan pharmaceutique personnalisé, adressé au patient et aux différents professionnels de santé le prenant en charge.

3.2. Les services de pharmacie cliniques centralisés

Les services de pharmacie clinique centralisés sont définis comme les activités pharmaceutiques réalisées depuis la PUI.

Plusieurs exemples ci-dessous de missions de pharmacie clinique centralisée :

- Evaluation de l'utilisation des produits de santé : évaluation des pratiques de prescription et d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux au niveau de l'hôpital

Cette activité entre notamment dans le cadre de l'évaluation pharmaco-économique des stratégies thérapeutiques réalisée par le pharmacien, dans le but de mesurer les rapports bénéfice/risque et coût/bénéfice des stratégies mises œuvrées dans son établissement. Cette approche permet ainsi de justifier la constitution des livrets de produits de santé, médicaments et DM, disponibles dans l'établissement.

- Information et formation destinées aux professionnels de santé : rédaction de protocoles pharmaceutiques, informations sur les nouveautés, changements de marché, ruptures, surveillance, bon usage du médicament
- Recherche clinique
- Pharmacovigilance
- Sécurité du médicament

3.3. Les services de pharmacie clinique décentralisés

Les services de pharmacie clinique décentralisés sont définis comme les actions pharmaceutiques menées dans les services de soins au contact des équipes soignantes, hors de la PUI. Cette intégration des pharmaciens au sein des services de soins rejoint le modèle Nord-Américain, qui favorise la réalisation d'interventions de proximité.

L'intégration du pharmacien clinicien dans les services cliniques nécessite la connaissance de l'organisation des soins et une participation active aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), aux visites dans les unités de soins médicaux et aux staffs (15).

Il est essentiel, dans une volonté de prise en charge globale du patient, de comprendre et d'intégrer la relation entretenue entre le patient et sa thérapeutique médicamenteuse.

L'éducation thérapeutique, réalisée en équipe pluri-disciplinaire, est une mission accessible au pharmacien à condition d'avoir suivi une formation de 40h.

Exemples de missions d'un pharmacien clinicien associé à un service de soins : informations sur les médicaments à la demande des médecins et des infirmiers, sur les modalités des commandes et la disponibilité des médicaments sur l'établissement, détection et déclaration d'effet indésirable médicamenteux.

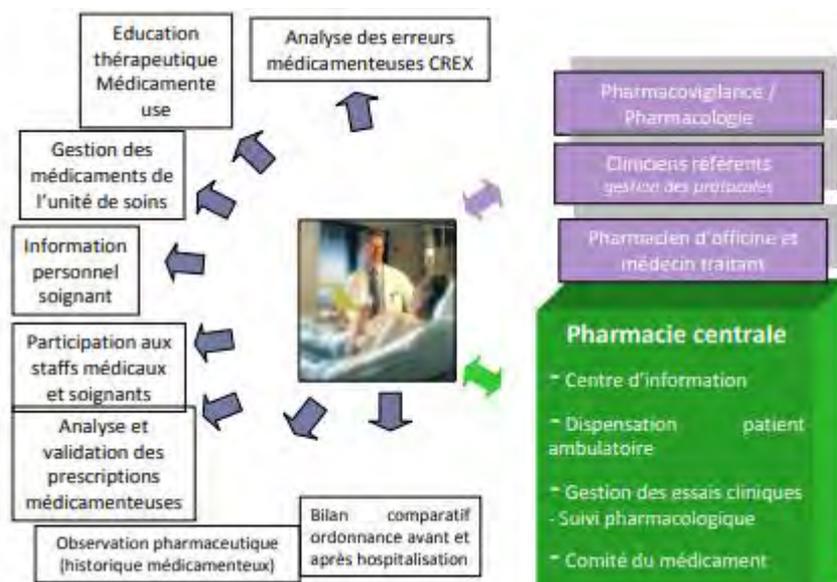


Figure 1 : Rôles du pharmacien clinicien en unité de soins (20)

4. Le pharmacien clinicien, acteur majeur dans la lutte contre la iatrogénie

Selon le dictionnaire de l'erreur médicamenteuse élaboré par la SFPC en 2005 (21), la iatrogénie ou iatrogénèse, qui provient du grec « iatros » le médecin, et « génos » l'origine, soit « ce qui est provoqué par le médecin », se définit comme les conséquences indésirables ou négatives sur l'état de santé d'une population de tout acte ou mesure pratiqué ou prescrit par un professionnel de santé et qui vise à préserver, améliorer la santé. On parlera alors de iatrogénèse médicamenteuse quand celle-ci sera liée à l'administration d'un ou plusieurs médicaments, lorsqu'elle induit des effets, réactions, évènements ou accidents indésirables, autant à cause de ses effets propres que du contexte et de ses modalités d'utilisation.

4.1. Définition

- Effets indésirables d'un médicament (EI) : terme anglo-saxon = Adverse Drug Reaction (ADR)

En France, les définitions relatives aux EI sont énoncées au Journal Officiel sous la forme de décrets relatifs à la pharmacovigilance (22) (23).

Un EI est défini comme une réaction nocive et non voulue, 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.

On parle d'Effet Indésirable Grave (EIG) lorsque celui-ci est létal, ou susceptible de mettre la vie en danger, ou entraînant une invalidité ou une incapacité importante ou durable, ou provoquant ou prolongeant une hospitalisation, ou se manifestant par une anomalie ou une malformation congénitale.

Un EI dont la nature, la sévérité ou l'évolution ne correspondent pas aux informations contenues dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) est caractérisé d'inattendu.

Les EI des médicaments relèvent du suivi et de l'analyse par les Centres Régionaux de Pharmacovigilance (CRPV).

- Erreur médicamenteuse (EM) : terme anglo-saxo = Medication Error

Une EM est définie comme un écart par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient.

L'erreur médicamenteuse est l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte relatif à un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient. Par définition, l'erreur médicamenteuse est évitable car elle manifeste ce qui aurait dû être fait et qui ne l'a pas été au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse d'un patient. L'erreur médicamenteuse peut concerner une ou plusieurs étapes du circuit du médicament, telles que : sélection au livret du médicament, prescription, dispensation, analyse des ordonnances, préparation galénique, stockage, délivrance, administration, information, suivi thérapeutique ; mais aussi ses interfaces, telles que les transmissions ou les transcriptions.

L'EM peut être avérée si elle s'est réellement produite et a atteint le patient sans être interceptée. Une EM peut rester seulement potentielle si elle a été identifiée et interceptée à temps par un professionnel de santé, le patient lui-même ou son entourage, avant administration au patient.

Le modèle de Reason ou théorie du fromage suisse illustre comment une erreur médicamenteuse, si elle n'est pas interceptée par les différentes défenses mises en place, représentées par les tranches de gruyère, passe par les « trous », correspondant aux possibles failles de chacune des barrières, et peut alors atteindre le patient et devenir ainsi une erreur avérée (24).

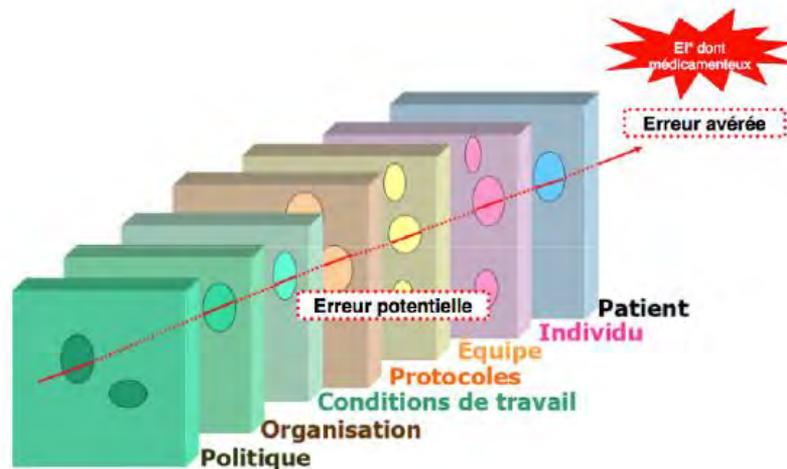


Figure 2 : Modèle de Reason des Erreurs Médicamenteuses

- Évènement indésirable médicamenteux (ou iatrogénèse) (EIM) : terme anglo-saxo = Adverse Drug Event (ADE)

L'EIM se définit comme un dommage survenant chez le patient, lié à la prise en charge médicamenteuse et résultant de soins appropriés, de soins inadaptés ou d'un déficit de soins.

Les EIM inévitables sont indissociables de l'effet thérapeutique des médicaments et font l'objet de surveillance par les CRPV et de déclarations par les professionnels de santé ou les patients directement.

L'articulation de l'ensemble de ces définitions peut être représentée selon le modèle proposé par Morimoto, qui permet ainsi de distinguer les évènements inévitables de ceux qui sont évitables et sur lesquels il est essentiel d'apporter des mesures préventives ou correctives (25).

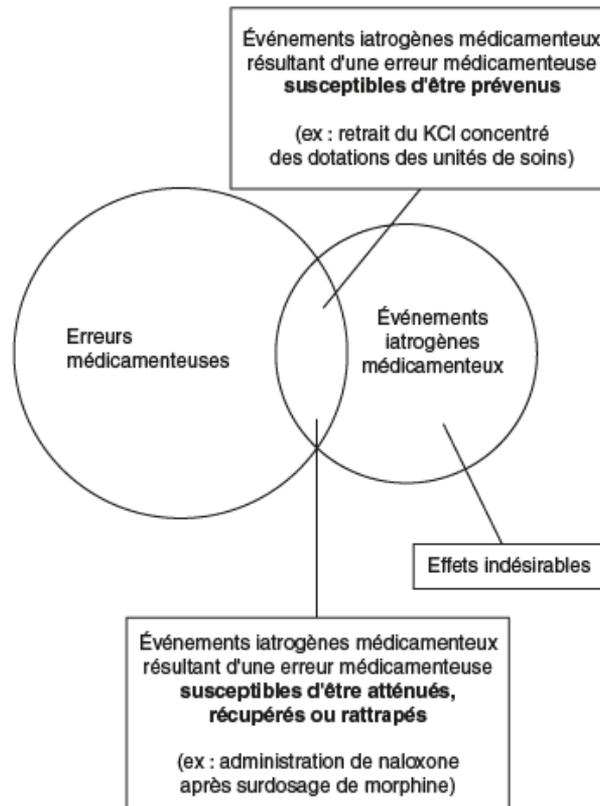


Figure 3 : Relation entre les erreurs médicamenteuses et les événements iatrogènes médicamenteux, d'après Morimoto

L'ensemble des acteurs du circuit du médicament doivent veiller à réduire les EIM évitables, y compris le pharmacien.

4.2. Epidémiologie et études

Les EIM peuvent avoir des conséquences directes sur le patient à l'échelle individuelle, mais également avoir un impact à l'échelle populationnelle en induisant des coûts supplémentaires, pris en charge par le système de santé.

Aux Etats-Unis, une méta-analyse a démontré qu'au cours de l'année 1994, 2 216 000 patients hospitalisés avaient présenté un EIM sérieux, et que 106 000 autres en étaient décédés, faisant de ces événements la quatrième cause de décès aux Etats Unis, après les infarctus, les cancers et les AVC (26). Une étude de cohorte prospective menée en 1995 par Bates et al (27) estimait une proportion de 6,5 EIM pour 100 admissions à l'hôpital. Un tiers des EIM (28%) était jugé évitable. Les EIM graves et à risque de décès étaient jugés en grande majorité comme étant évitables. Les erreurs relevant des EIM étaient principalement attribuables à l'étape de prescription, ou à l'étape d'administration. En 1997, le même auteur estimait la durée de séjour supplémentaire d'hospitalisation engendrée par les EIM : elle était en moyenne de 2,2 jours pour un EIM, et de 4,6 jours pour un EIM évitable (28)

avec un surcoût engendré par évènement estimé respectivement de 2 595 dollars et 4 685 dollars. Le coût induit pour la prise en charge des EIM pour les hôpitaux justifie donc des efforts d'investissement pour les prévenir. En se basant sur les coûts et l'incidence des EIM aux Etats-Unis, une extrapolation permettait d'estimer que le coût annuel attribuable aux EIM pour un hôpital de 700 lits était de 5,6 millions de dollars.

Aux Pays-Bas en 2005, l'étude multicentrique HARM (Hospital Admissions Related to Medication) a recensé 13000 entrées non programmées sur les 21 établissements participant, parmi lesquelles 714 (5,6%) étaient liées à l'usage de médicaments, dont la moitié étaient jugées potentiellement évitables. Les facteurs de risques retrouvés associés à ces évènements médicamenteux évitables étaient les troubles cognitifs, une situation de dépendance, une insuffisance rénale, une inobservance thérapeutique, la polymédication ou un nombre de comorbidités supérieur ou égal à 4 (29). A partir des données de l'étude HARM, une étude économique attenante a permis d'estimer le coût d'une admission pour EIM évitable à 5461 euros (30).

En France, la survenue des EIG est au cœur des préoccupations pour le système de santé. La volonté de réduction de leur survenue était retrouvée à travers 3 objectifs de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (31).

Ces évènements ont été explorés dans les études ENEIS (Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables graves associés aux Soins) en 2004 puis 2009 (respectivement ENEIS 1 et 2). Les résultats des deux périodes étaient assez similaires. L'étude distinguait les EIG à l'origine d'une hospitalisation et ceux survenant en cours d'hospitalisation. Parmi ceux-ci, on dénombrait 6,2 EIG pour 1000 séjours d'hospitalisation, dont 2,6 pour 1000 étaient jugés évitables. Pour les EIG à l'origine d'hospitalisation, il était estimé que 4,5% des séjours étaient reliés à un EIG, dont 2,6% étaient évitables. La stabilité des indicateurs entre 2004 et 2009 ne concluait pas à l'absence de modifications dans les comportements et la culture de la sécurité, mais estimait plutôt que l'évolution des modes de prises en charge à travers notamment la complexité des actes, et de prescriptions aurait eu tendance à augmenter les risques et la fréquence des EIG (32)(33). Du point de vue des conséquences économiques, la survenue d'un EIG en cours d'hospitalisation doublait la durée du séjour. Pour les EIG à l'origine de l'hospitalisation, la totalité du séjour était attribuable à l'EIG ; la durée moyenne de séjour était de 8,7 jours, avec une durée variant de 1 à 42 jours. Dans ces études, la fragilité du patient était le premier facteur contributif à la survenue d'un EIG. Parmi les causes de survenues des EIG évitables, étaient citées notamment les défaillances humaines des professionnels ou encore la communication insuffisante entre professionnels.

4.3. Les outils d'évaluation des erreurs médicamenteuses

Au sein des hôpitaux, plusieurs méthodes permettent d'analyser les causes de survenue d'un évènement indésirable a posteriori, telles que le recours à un Comité de Retour

d'Expérience (CREX), à la Revue de Mortalité et de Morbidité (RMM) pour les événements liés aux soins, ou à la REMED (Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et aux Dispositifs médicaux associés, en anglais « Review of Errors in MEDication »). Ces méthodes d'analyses collectives, pluri professionnelles et structurées s'inscrivent dans une dynamique d'amélioration des pratiques professionnelles, dont les enjeux sont nombreux : mettre en évidence les défaillances dans la structuration et l'organisation du système de santé de l'établissement, identifier les situations à risque, développer la culture de la sécurité de façon pédagogique en favorisant les échanges et la communication entre les professionnels.

La SFPC recommande d'avoir recours à l'outil de la REMED pour caractériser et analyser une erreur médicamenteuse. Dans le Manuel de la REMED publié par la SFPC, la REMED est définie comme étant une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins et de prévention du risque iatrogène médicamenteux, qui concourt à optimiser l'organisation de la prise en charge thérapeutique des patients au cours de laquelle le médicament et le dispositif médical éventuellement associé sont utilisés (34).

Une erreur médicamenteuse se décrit à travers 6 éléments signifiants :

- 1ère caractérisation : selon les produits de santé impliqués
- 2ème caractérisation : selon sa nature
- 3ème caractérisation : selon le niveau de réalisation
- 4ème caractérisation : selon la gravité constatée de ses conséquences
- 5ème caractérisation : selon l'existence d'un risque associé
- 6ème caractérisation : selon l'étape initiale de sa survenue

Une séance de REMED s'organise selon le concept du « Plan Do Check Act » élaboré par Deming. Au cours de la séance, l'un des objectifs est de définir les causes qui ont pu concourir à la survenue de l'évènement grâce à une liste prédéfinie de 250 causes réparties en 8 domaines :

- Facteurs liés aux produits de santé
- Facteurs liés au patient
- Facteurs liés aux professionnels de santé
- Pratiques et procédures opérationnelles
- Equipe
- Environnement de travail
- Organisation et Management
- Contexte institutionnel

A l'issue de la REMED, un tableau des actions d'amélioration avec une planification est établi pour le suivi de la mise en œuvre.

4.4. La place du pharmacien clinicien dans la stratégie de lutte contre la iatrogénie

La lutte contre la iatrogénie médicamenteuse est un enjeu majeur de santé publique dont l'intérêt s'est considérablement accru ces dernières années, en témoignent les différents textes nationaux :

- Le décret n°2010-1408 relatif à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé (35).
- Le rapport de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) de 2011 : il soutenait l'importance du développement de la pharmacie clinique et le rôle du pharmacien pour lutter contre la iatrogénie médicamenteuse.
- La loi de financement de la sécurité sociale en 2015 identifiait la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse comme un axe à développer pour générer les économies nécessaires pour assurer la pérennité de l'Assurance Maladie (36).
- La lutte contre la iatrogénie fait partie intégrante de la stratégie nationale de santé 2018-2022 (37).

Le pharmacien clinicien, en collaboration avec l'ensemble des autres professionnels de santé, est un maillon essentiel dans la lutte et la prévention de la iatrogénie au sein d'un établissement, notamment par la sécurisation de l'ensemble des étapes du circuit des produits de santé, principalement médicaments, depuis la prescription, en passant par la délivrance, jusqu'à l'administration au patient.

A travers les étapes d'analyse pharmaceutique et de mise à disposition du médicament, le pharmacien concourt à respecter la règle des 5B dans la sécurisation de la phase d'administration : « le Bon patient, reçoive le Bon médicament, au Bon moment, à la Bonne dose et selon la Bonne voie d'administration ». Le pharmacien clinicien participe activement à la lutte contre la iatrogénie grâce notamment à la mise en place de l'analyse pharmaceutique systématique avant toute dispensation, à la dispensation nominative, à la création de protocoles thérapeutiques en association avec les autres acteurs de santé de l'établissement, à la formation du personnel de santé, aux activités de conciliation médicamenteuse et d'historique médicamenteux. Les différentes activités de prise en charge médicamenteuse du patient dans lesquelles le pharmacien clinicien est susceptible d'intervenir sont résumées dans la figure 4.

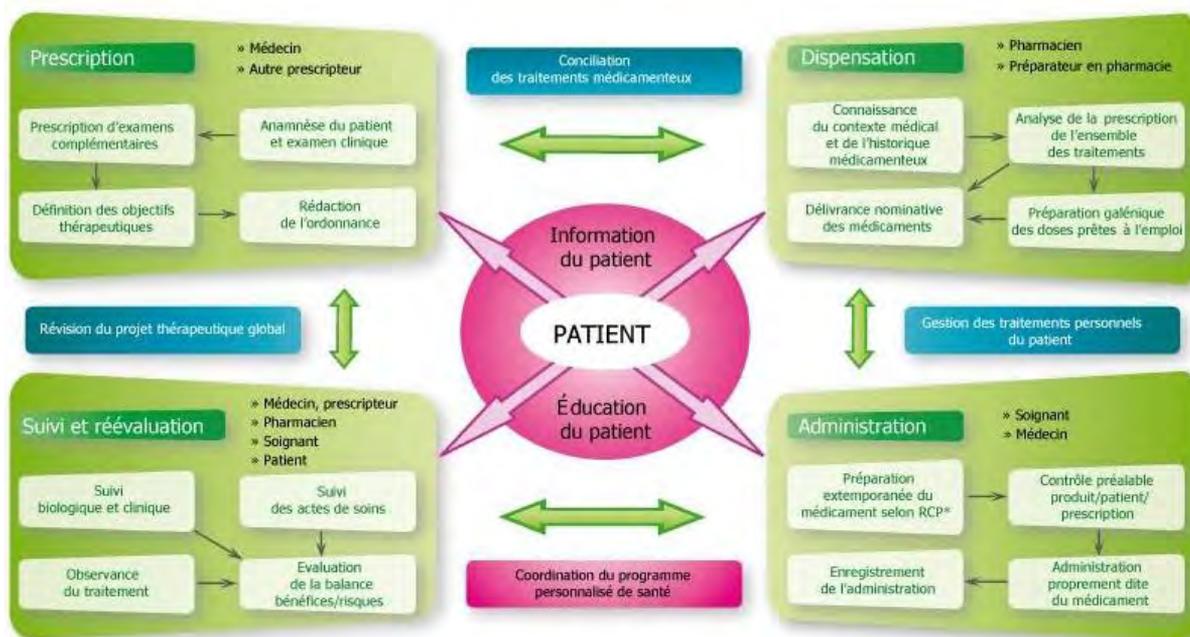


Figure 4 : Activités de prise en charge médicamenteuse du patient : le rôle du pharmacien dans la lutte contre la iatrogénie (34)

Le déploiement de l'informatisation des prescriptions, permis par le développement de nombreux Logiciels d'Aide à la Prescription (LAP) performants et complets est un tournant majeur dans la sécurisation du circuit du médicament. Bates et al ont démontré que le recours à l'informatisation des prescriptions pouvait réduire jusqu'à 55% le risque de ne pas intercepter une erreur médicamenteuse potentiellement grave (38). Les LAP, considérés comme des dispositifs médicaux, possédant donc un marquage CE, sont reliés à une base de données médicament comme par exemple le VIDAL, ce qui permet d'émettre un premier signal d'alerte aux utilisateurs, autant au médecin lors de la rédaction de sa prescription, qu'au pharmacien lors d'une première analyse, sur la présence de contre-indication, interaction ou de dépassement de posologie. Les LAP sont également interconnectés avec les livrets thérapeutiques d'établissements et les protocoles thérapeutiques, permettant une sécurité supplémentaire. Ces logiciels sont aussi un outil de sécurisation pour l'étape d'administration à travers la traçabilité des informations.

Le Dossier Pharmaceutique (DP), créé en 2007, pour sécuriser la délivrance des médicaments à l'officine est accessible aux pharmaciens des PUI depuis 2012, limitant ainsi encore le risque de survenue d'évènements iatrogènes, en assurant la continuité des informations relatives aux traitements des patients aux différents points de transition du parcours patient.

5. Valeurs ajoutées et impacts de la pharmacie clinique

5.1. Les impacts sur la mortalité

Aux Etats-Unis en 1992, l'équipe de Bond a évalué une association entre les activités de pharmacie clinique et le taux de mortalité dans les hôpitaux : 4 activités étaient associées à un plus faible taux de mortalité : la recherche clinique, l'information sur les médicaments, l'historique médicamenteux à l'admission et la participation des pharmaciens à l'équipe de réanimation cardio-respiratoire (39). Sur des données de 1998, la même équipe estimait que sept activités de pharmacie clinique étaient associées à une diminution significative du taux de mortalité : l'évaluation de l'usage des médicaments, l'éducation pharmaceutique dans les services de soins, le monitoring des effets indésirables, le management des protocoles médicamenteux, la participation pharmaceutique aux équipes de réanimation, la participation aux visites médicales et la réalisation des historiques médicamenteux à l'admission (40). Selon eux, cette évolution était le reflet d'un changement dans la pratique de la discipline de pharmacie clinique et dans l'amélioration des soins procurés aux patients.

Aux Etats-Unis, l'impact de la participation du pharmacien aux visites médicales avec l'équipe dans le service a été démontré par de nombreuses études au début des années 2000. Dans une étude datant de 1999, Leape et al (41) a observé une diminution du taux de survenue des événements médicamenteux indésirables évitables de 66% en unité de soins intensifs. La participation d'un pharmacien aux visites médicales a également un impact sur la survenue d'erreurs médicamenteuses, en diminuant leur fréquence, mais également en réduisant leur durée si celle-ci est détectée (42). Le suivi de cette démarche permet également de faciliter l'instauration de la documentation de l'erreur dans les institutions, à travers l'organisation de comité d'analyse des erreurs médicamenteuses, ayant pour but principal d'identifier les systèmes défaillants pouvant conduire à l'erreur. En 2002, le constat est le même en service de médecine traditionnelle (43) : l'erreur médicamenteuse étant la plus à risque lors de l'étape même de prescription, principalement à cause d'un manque d'informations, sur le patient ou sur la thérapeutique, la participation d'un pharmacien à la visite médicale permet ainsi de diminuer le taux de survenue d'EIM évitables.

En 2004, une équipe française grenobloise a démontré que la réalisation d'un entretien pharmaceutique de sortie centré sur l'utilisation des anticoagulants anti-vitamine K chez les patients ayant présenté une maladie thrombo-embolique veineuse permettait de réduire d'un facteur 4 le risque de survenue d'un événement hémorragique par rapport aux patients non éduqués (44).

5.2. Les impacts cliniques

Dans l'objectif d'évaluer et de standardiser les activités de pharmacie clinique en France, la SFPC a mis à disposition depuis 2006 l'outil ACT IP, permettant à tout pharmacien de codifier et d'analyser ses interventions pharmaceutiques selon une codification unique, validée par un groupe expert (45) (46).

L'outil proposé comprend notamment une fiche d'intervention pharmaceutique ainsi que deux tableaux explicatifs pour codifier le problème lié à la thérapeutique médicamenteuse (premier tableau, 10 items) et l'intervention pharmaceutique (deuxième tableau, 7 items). Le recours à une codification unique favorise la mise en commun des données pour la recherche épidémiologique en pharmacie clinique.

Description des problèmes liés à la thérapeutique médicamenteuse :

- 1- Non-conformité aux référentiels ou contre-indication
- 2- Indication non traitée
- 3- Sous-dosage
- 4- Surdosage
- 5- Médicament non indiqué
- 6- Interaction
- 7- Effet indésirable
- 8- Voie et/ou administration inappropriée
- 9- Traitement non reçu
- 10- Monitoring à suivre

Description des interventions pharmaceutiques :

- 1- Ajout (prescription nouvelle)
- 2- Arrêt
- 3- Substitution/échange
- 4- Choix de la voie d'administration
- 5- Suivi thérapeutique
- 6- Optimisation des modalités d'administration
- 7- Adaptation posologique

L'impact clinique des interventions du pharmacien clinicien peut notamment s'évaluer grâce à l'échelle de Hatoum, qui prend en compte les résultats et conséquences probables estimés de l'intervention pharmaceutique sur les conséquences évitées, de 0 pour un impact clinique nul pour le patient à 3 pour un impact vital (47).

Au moyen d'une analyse des impacts de 200 IP extraites de façon aléatoire de la base de données ACT-IP, un groupe de travail de la SFPC a pu développer l'échelle CLEO, la première à évaluer indépendamment les différentes dimensions permettant d'évaluer la pertinence d'une IP : impacts clinique (CL), économique (E) et organisationnel (O) (48).

L'acceptabilité des interventions proposées par le pharmacien auprès d'un service est étroitement liée à la qualité de la relation entretenue entre les différents corps de métiers. L'impact clinique des interventions pharmaceutiques est d'autant plus percutant et important que le pharmacien entretient une relation privilégiée avec les équipes soignantes. En effet, les interventions du pharmacien seront d'autant plus adaptées et pertinentes que celui-ci pratiquera son activité au plus près des équipes médicales (49). Le nombre d'IP proposées est plus important si le pharmacien réalise son activité d'analyse pharmaceutique de prescription directement dans le service de soins. Également, l'acceptation des optimisations thérapeutiques proposées par le pharmacien est d'autant plus importante que celui-ci est présent dans le service (50).

En 2001, au CHU de Grenoble, Guignon et al ont démontré que les opinions pharmaceutiques émises avaient un impact clinique significatif dans 65% des cas (augmentation de l'efficacité du traitement, de la sécurité du patient, de la qualité de vie) et très significatif dans 22% des cas (évitement d'une dysfonction organique, d'une séquelle irréversible) (51).

En 2005, toujours à Grenoble, Bedouch et al ont étudié les facteurs associés à l'acceptation des IP par les prescripteurs. Leur étude démontre l'importance des modalités de communication avec les prescripteurs : en effet, l'acceptation était significativement accrue lorsque les interventions étaient proposées par voie orale directement, avec une acceptation majoritairement dans l'heure qui suivait (52).

Du point de vue des prescripteurs, une enquête de satisfaction réalisée et publiée en 2016, menée au Centre Hospitalier Annecy-Genevois a montré que 87% d'entre eux se disaient satisfaits de l'apport des compétences de la part du pharmacien et que 91% estimaient que les informations transmises par le pharmacien étaient pertinentes. Les avis recueillis à travers les questions ouvertes étaient très en faveur d'un renforcement de la présence pharmaceutique dans les unités de soins (53).

Aux Etats-Unis, en 2006, dans une revue de la littérature des effets des interventions réalisées par les pharmaciens cliniciens, Kaboli et al rapportent un bénéfice sur l'adhérence médicamenteuse, la connaissance du traitement par le patient dans 7 études sur 11. La durée du séjour était diminuée pour 9 études sur 17 (54).

5.3. Les impacts économiques

En 1994 au Canada, l'équipe de Montazeri a estimé qu'une activité de consultation thérapeutique visant à adapter et optimiser la prise en charge médicamenteuse, réalisée par un pharmacien dans une équipe de soins intensifs avait permis d'économiser environ 10 000 dollars canadiens sur une période de 3 mois (55).

En France en 2005, à l'Hôpital Saint-Antoine, à Paris, une étude menée dans un service de chirurgie digestive a permis d'estimer les coûts évités liés aux interventions d'un pharmacien. Sur les 60 interventions réalisées durant l'étude, 41 d'entre elles avaient un impact économique dont la réduction du coût était estimée à 4 973 euros pour un temps pharmacien estimé dans le service à 178,5 heures, soit une valeur de 3073 euros. Le coût évité généré était donc de 1900 euros (56).

Une étude prospective multicentrique menée en 2004 par le groupe de travail « Standardisation et valorisation des activités de pharmacie clinique » de la SFPC a estimé l'impact économique des interventions portant sur des propositions d'arrêt d'un médicament ou d'utilisation de la voie orale à la place de la voie injectable en cas de bioéquivalence. Les résultats de cette étude sont en faveur d'une rentabilité de l'investissement du temps pharmaceutique dans l'activité d'analyse des prescriptions puisque les auteurs ont estimé qu'en investissant 1 euro dans le salaire d'un pharmacien clinicien, l'établissement de santé avait un retour sur investissement direct compris entre 1,12 euros et 5,78 euros (57).

Dans une revue de la littérature menée par l'ACCP sur l'évaluation économique des activités de pharmacie clinique : un bénéfice économique était retrouvé dans 69% des études. Le ratio bénéfice/coût était étudié dans un pool de 15 études et retrouvait une médiane de 4,81 pour 1, ce qui signifiait que pour chaque dollar dépensé dans les activités de pharmacie clinique, le retour sur investissement était estimé à 4,81 dollars (58).

L'activité de conciliation médicamenteuse a elle aussi des impacts économiques en favorisant les transitions entre la ville et les différents établissements hospitaliers d'accueil des patients. Une étude américaine de 2015 a ainsi démontré que la conciliation était à l'origine d'une diminution du taux de réadmission des patients et d'une réduction des coûts (59).

6. Le lien ville-hôpital

La pharmacie clinique est une spécialité centrée sur le patient et il est donc primordial de la développer en collaboration avec l'ensemble des professionnels de santé qui le prennent en charge. La continuité de la prise en charge globale du patient au cours de son parcours de

soins nécessite une communication coordonnée et renforcée entre tous les professionnels de santé. La transmission des informations doit donc se faire aussi bien entre le médecin généraliste et les différents spécialistes amenés à prendre en charge le patient, qu'entre les pharmaciens officinaux et hospitaliers.

Le rôle du pharmacien d'officine est en constante évolution : depuis ces dernières années, ses activités ne sont plus uniquement centrées sur la dispensation du produit de santé, mais renforcées autour du patient, avec la mise en place des bilans partagés de médication et les entretiens pharmaceutiques, notamment grâce à la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) en 2009 (60). Cette dernière insiste sur l'importance de la continuité du parcours de soins, avec nécessité de développer les relations entre professionnels hospitaliers, de ville et du secteur médico-social (61).

Cette coordination entre la ville et l'hôpital ne peut se faire que grâce à des outils de communication efficaces et sécurisés pour permettre la transmission des informations.

Le Dossier Pharmaceutique (DP) permet aux bénéficiaires de l'assurance maladie, de recenser tous les médicaments qui leur ont été délivrés au cours des quatre derniers mois (prescrits par le médecin ou conseillés par le pharmacien). Initialement utilisable uniquement par les pharmaciens d'officine, il est désormais accessible aux professionnels exerçant dans les établissements hospitaliers et favorise ainsi la coordination entre les différents professionnels de santé, permettant de décroiser encore un peu plus le secteur hospitalier du secteur ambulatoire (62).

Le Dossier Médical Partagé (DMP) (dénommé historiquement Dossier Médical Personnalisé), projet à l'initiative du Ministère de la Santé, est lancé par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (63). L'un des objectifs du DMP est de favoriser l'ensemble des acteurs à produire et à partager des données de santé de manière sécurisée, dans le but de mieux coordonner les soins. A partir de 2022, ce dispositif évoluera vers le service Mon Espace Santé, dans lequel le DMP sera retrouvé, associé à une messagerie sécurisée et un agenda de santé (64).

Le retour du patient de l'hôpital vers son domicile est une étape de transition à risque. Une méta-analyse retrouve qu'un quart des réadmissions de patients dans les 30 jours suivant leur sortie d'hospitalisation aurait un caractère évitable (65). Pour réduire cette part de réadmissions, plusieurs actions ont fait leurs preuves : conciliation médicamenteuse, rédaction d'une lettre de liaison de façon systématique en sortie d'hospitalisation, recours à des outils rapides et performants dans la rédaction du compte rendu de sortie, planification des sorties, partage des informations de suivi entre professionnels hospitaliers et de ville (66).

L'amélioration de la communication inter-professionnelle est en faveur d'une plus grande rentabilité et d'une plus grande efficacité pour les systèmes de santé et de soins sociaux, comme cela a pu être démontré dans le contexte de soins de transition pour les personnes âgées (67).

L'importance du lien ville-hôpital se retrouve à travers l'activité de conciliation médicamenteuse. Dans la réalisation de la conciliation médicamenteuse d'entrée, le pharmacien hospitalier s'appuie notamment sur le Dossier Pharmaceutique du patient et, en contactant les acteurs extra hospitaliers entrant dans la prise en charge du patient hospitalisé : pharmacie d'officine, médecin traitant, infirmier libéral, afin d'établir un bilan complet de médication. A la sortie du patient, le pharmacien hospitalier peut être amené, en déployant l'activité de conciliation médicamenteuse de sortie, à communiquer les éléments essentiels au pharmacien d'officine référent du patient, avec son accord.

Des expériences de collaboration ville-hôpital, tels les projets « rein-médicament EPVH (échanges pharmaceutiques ville-hôpital) » ou « suivi du patient post-IDM (infarctus du myocarde) » sont également intéressantes à suivre pour envisager des solutions innovantes permettant de créer ou renforcer le lien ville-hôpital.

Pour certaines pathologies spécifiques, le pharmacien hospitalier peut former et informer ses collègues officinaux ; c'est par exemple le cas dans la prise en charge du patient greffé hépatique, avec le développement d'un programme de e-learning, dans la région de Tours, visant à collaborer entre hospitaliers et officinaux autour de cette thématique complexe (optimisation du relais hôpital-ville : création d'un e-learning pour les pharmaciens d'officine dans l'accompagnement des patients transplantés hépatiques au CHU Trousseau).

Depuis mai 2021 (68), le patient peut désigner un pharmacien correspondant (pharmacien titulaire d'officine, ou gérant d'une pharmacie mutualiste ou de secours minière) auprès de l'assurance maladie si celui-ci participe au même exercice coordonné que le médecin traitant du patient. Le pharmacien correspondant peut renouveler périodiquement des traitements chroniques et ajuster, si besoin, leur posologie (sous certaines conditions). Le but du pharmacien correspondant est de simplifier la prise en charge médicale d'un patient atteint d'une maladie de longue durée. L'objectif est notamment d'éviter les ruptures de traitement et de faciliter le parcours de soin des patients.

7. Quelles perspectives pour la pharmacie clinique ?

En 2008, Burke et al dressait une liste des cinq compétences qu'ils estimaient essentielles à développer chez un pharmacien clinicien, selon la vision de l'ACCP : la capacité de résoudre des problèmes, de porter un jugement et de prendre des décisions, la capacité de communiquer et de former, la capacité d'évaluer et de gérer l'information, la capacité de

gérer des groupes de patients, la capacité de maîtriser certains domaines thérapeutiques (69).

7.1. Le modèle français : limites et perspectives

7.1.1. Les limites en France

Bien que pratiquée quotidiennement dans les secteurs hospitaliers et ambulatoires, la pharmacie clinique apparaît comme une discipline encore peu reconnue.

En 2009, Jean Calop, pionnier de la pharmacie clinique en France, faisait le constat que 20 ans après les débuts de l'activité, le chemin parcouru restait encore modeste et sous une contrainte économique forte, et pointait du doigt trois axes d'amélioration (70) :

- peu de données disponibles décrivant les pratiques des collègues pharmaciens cliniciens
- des moyens financiers limités alloués à cette pratique
- une expertise encore insuffisante des pharmaciens dans le domaine

Dans son rapport de 2011 sur le circuit du médicament à l'hôpital, l'IGAS émettait des recommandations relatives à l'importance de la place du pharmacien clinicien dans la prise en charge médicamenteuse du patient à l'hôpital dans une démarche d'amélioration de la qualité (20). Le rapport évoquait l'importance pour le pharmacien clinicien de se rapprocher du soin par l'analyse des ordonnances et plus largement apporter son expertise clinique au médecin, en optimisant son temps pour le recentrer sur son cœur de compétences, l'expertise clinique et la qualité de la prise en charge thérapeutique. Il y était proposé de favoriser l'évolution des métiers permettant l'amélioration du circuit du médicament et d'accroître ainsi le temps de présence minimal des pharmaciens au sein des établissements, et également de poursuivre les réflexions sur le nouveau métier qu'exerce le préparateur hospitalier dans une pharmacie à usage intérieur, son statut et sa formation.

Néanmoins, il est essentiel pour cela que des moyens humains et financiers soient développés car en l'état actuel, les effectifs de pharmaciens et de préparateurs dans les établissements de santé ne leur permettent pas de réaliser à la fois la délivrance nominative et l'analyse pharmaceutique a priori de toutes les prescriptions. En effet, d'après l'étude Sécurimed, l'analyse pharmaceutique nécessiterait 0,9 équivalent temps plein de pharmacien pour 100 lits. Pour atteindre cet objectif, il est pertinent de s'orienter vers la constitution d'équipes de pharmacie clinique dédiées à cette tâche.

Bien que les bénéfices à attendre du développement de la pharmacie clinique, par le biais de l'analyse pharmaceutique et de la présence de l'équipe pharmaceutique dans les unités de soins aient été démontrés, la place du pharmacien dans le parcours de soins des patients reste encore à asseoir.

D'un point de vue de la formation, l'IGAS exprimait l'importance du développement de la formation initiale et continue notamment dans le périmètre des activités de pharmacie clinique. Enfin, le développement nécessaire des outils et l'évolution technologique des logiciels doit permettre de favoriser les échanges et le dialogue entre médecins, pharmaciens, préparateurs et équipes de soins, et doit ainsi veiller à ne pas cloisonner les activités.

La pharmacie clinique connaît un développement non synchrone sur le territoire selon l'implantation dans les hôpitaux français (71). Le déploiement de la spécialité est hétérogène dans les différentes structures de soins, dépendant des moyens mis en œuvre et de la priorisation accordée à l'activité.

« Les activités traditionnelles du pharmacien (analyse des prescriptions, gestion des médicaments avec les soignants) sont bien acceptées et reconnues par les prescripteurs, alors qu'ils restent réticents à déléguer les activités de pharmacie clinique telles que l'éducation thérapeutique du patient ou la surveillance thérapeutique et biologique des traitements » (72).

Le manque de moyens déployés en pharmacie clinique est ainsi un frein important au développement et à la généralisation de la pharmacie clinique en France. Bien que l'enthousiasme autour de cette activité soit de plus en plus présente parmi les pharmaciens, ces derniers sont encore très limités dans leur pratique par les contraintes budgétaires des établissements. Peu de postes de pharmaciens en milieu hospitalier sont entièrement dédiés. Les missions sont alors très souvent déléguées aux internes et externes en pharmacie déployés dans les services.

7.1.2. Le nouveau modèle intégratif de la pharmacie clinique de la SFPC

Dans l'objectif d'homogénéiser un modèle de pratique de la pharmacie clinique sur le territoire, la SFPC a proposé en 2017 son nouveau modèle intégratif (73), autour de 3 types de prestations :

- La dispensation : première étape de pharmacie clinique, qui concerne tous les patients et qui doit être réalisée quel que soit le type de structure, défini par un article du CSP (analyse pharmaceutique, préparation des doses à administrer, mise à disposition des informations et conseils nécessaires au bon usage des produits de santé)
- Le Bilan de médication (BM) ou revue clinique de médication : analyse approfondie de la situation médico-pharmaceutique du patient, réalisée de manière systématique à l'entrée du patient, ou de manière ciblée selon les objectifs de prise en charge. Cette étape permet d'identifier des patients et des situations à risque

- Le Plan Pharmaceutique Personnalisé : prestation concernant les patients ciblés au cours de la réalisation du BM



Figure 5 : Les processus de pharmacie clinique selon le modèle évolutif et intégratif proposé par la SFPC

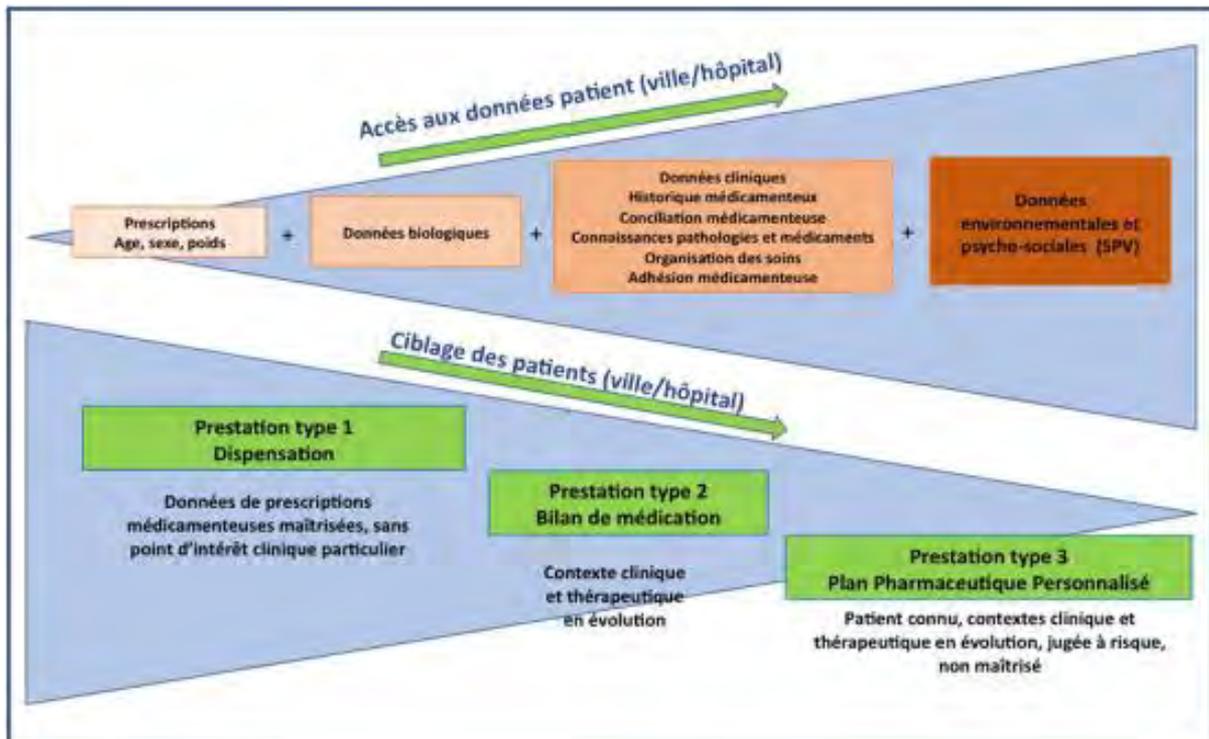


Figure 6 : Modèle intégratif de pharmacie clinique proposée par la SFPC

7.1.3. Les dernières avancées en France

Le CHU de Grenoble, pionnier dans le développement de la pharmacie clinique en France, a engagé dès 1994 une démarche reposant sur l'informatisation du circuit du médicament, le développement de l'automatisation de la distribution du médicament et une insertion des pharmaciens dans les services de soins pour y développer les activités de pharmacie clinique (74). L'établissement s'est doté d'automates ainsi que d'armoires sécurisées dans les salles de soins, ce qui a permis de décentraliser les préparateurs vers les services cliniques. Ces investissements ont été bénéfiques au déploiement de la pharmacie clinique et à l'intégration des pharmaciens sur le terrain, sur un modèle d'antenne pharmaceutique, au plus proche des utilisateurs et des patients.

Le CHU de Nantes a expérimenté en 2015 le déploiement d'une équipe mobile de pharmacie clinique en service de chirurgie orthopédique, à la demande des équipes médicales (75). Leurs missions consistaient en une offre globale de pharmacie clinique : conciliation, historiques médicamenteux, formation des professionnels de santé pour favoriser le bon usage des médicaments, optimisation thérapeutique, lien ville hôpital, entretien éducatif avec le patient pour l'explication des traitements. Les impacts étaient positifs autant d'un point de vue qualitatif que quantitatif. Le déploiement de l'équipe mobile de pharmacie a ainsi permis de sécuriser l'activité des prescripteurs, de permettre un gain de temps aux équipes de soins et le souhait a été formulé d'étendre la pratique à d'autres services de chirurgie. L'impact était aussi non négligeable d'un point de vue économique avec une réduction objectivée des dépenses et un bonus gagné sur la politique d'assurance du CHU.

En 2017, le CHU de Nantes déployait une seconde équipe mobile pharmaceutique, cette fois-ci en service de chirurgie urologique avec une présence quotidienne a également démontré un bénéfice dans l'optimisation du temps médical, une sécurisation de la prescription médicamenteuse, indispensable dans la prise en charge de patients polypathologiques (76).

En 2017 au CHU de Marseille, dans le cadre d'un appel à projets de mise en œuvre de la pharmacie clinique en établissement de santé, une unité mobile de gériatrie a intégré des pharmaciens cliniciens dans l'objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique des patients de plus de 75 ans polypathologiques, dans des services non gériatriques d'orthopédie et d'oncologie à Marseille. Cette étude a notamment montré des résultats significatifs sur la réduction du nombre de médicaments inappropriés chez le sujet âgé (77).

En 2021, le centre hospitalier de Valenciennes a fait part de ses avancées dans la pratique de la pharmacie clinique notamment à travers le retour de deux travaux. L'expérimentation de l'intégration de pharmaciens cliniciens au sein d'une équipe du Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, rattachés directement au pôle d'activité

médicale, et sollicités sur demande du corps médical et paramédical, pour l'émission d'un avis pharmaceutique, a rencontré une importante satisfaction (78). Une expérimentation menée au cours de la seconde vague COVID d'intégration de pharmaciens cliniciens au sein des équipes soignantes a pu mettre en évidence une plus-value de leurs interventions dans la prise en charge des patients COVID, et un impact sur la qualité de vie au travail des soignants dans le contexte de la crise sanitaire (79).

En 2018, l'Ordre National des Pharmaciens publiait une synthèse sur le développement de la pharmacie clinique et énonçait 9 propositions pour une approche plus globale du patient (80). Certaines d'entre elles concernaient les pharmaciens cliniciens hospitaliers :

- **Faciliter les coopérations interprofessionnelles** afin de permettre le partage d'informations pour anticiper et minimiser les risques pour le patient (renforcer le déploiement des messageries sécurisées et la place du DP, renforcer la conciliation médicamenteuse d'entrée et de sortie du patient à l'hôpital pour assurer la continuité pharmaceutique)
- **Renforcer l'évaluation des pratiques en pharmacie clinique** grâce à des indicateurs mis à disposition par la SFPC, destinés à mesurer l'activité des PUI de façon qualitative et quantitative pour donner de la visibilité et faire évoluer la pratique de la pharmacie clinique
- **Fournir des outils adaptés en faveur de la traçabilité et de la sécurisation et développer la communication**

L'équipe de Ampe et al (81) a proposé en 2006 des pistes d'orientation pour l'avenir de la pharmacie clinique et son développement en Belgique, qui peuvent trouver leur intérêt sur le territoire français. Ils insistent sur l'importance d'une collaboration constante avec le corps médical, mais également avec les intervenants du système d'informatisation. Ils soulignent l'importance de l'intégration d'une formation aux méthodes de communication dans le cursus, pour développer les capacités de communication des pharmaciens avec les patients et les professionnels de santé. Enfin, une reconnaissance de la pharmacie clinique leur semble essentielle : ils évoquent notamment l'instauration de la forfaitisation des actes pharmaceutiques à l'hôpital.

Des aides au développement de la pharmacie clinique sont mis en place progressivement :

- Pour promouvoir et généraliser les missions de pharmacie clinique, on observe une multiplication des offres de formations spécifiques, accessibles aux pharmaciens hospitaliers mais également aux pharmaciens d'officine, par le biais de diplômes universitaires ou inter-universitaires.
- Différents outils d'aide à l'organisation et à la priorisation de la pharmacie clinique sont proposés par les OMEDIT et par l'ANAP, proposant ainsi des pistes favorisant le développement de l'activité et l'accessibilité au plus grand nombre (82)(83).

7.2. Exemples de modèles de pharmacie clinique à l'étranger

7.2.1. La spécialisation et la pratique avancée de la pharmacie clinique

A travers le monde, le concept de pratique avancée de la pharmacie ou de pharmacien spécialiste est employé pour définir une prise en charge pharmaceutique d'une diversité de patients et de pathologies nécessitant une thérapeutique médicamenteuse complexe, relevant d'une expertise, d'un savoir et d'une formation dédiée. On définit alors une cette pratique selon les caractéristiques de sa cible : le champ de pratique large est associé à une grande variété de patients ayant des problèmes de santé complexes (pratique avancée), alors qu'une cible plus étroite s'associe préférentiellement à la prise en charge d'un groupe particulier de patients ou à une gamme limitée de problèmes de santé (pharmacien spécialiste) (84). La pratique de la pharmacie avancée et de la spécialisation permettent de garantir l'assurance de soins pharmaceutiques d'une grande qualité.

Aux Etats-Unis, la reconnaissance du statut de pharmacien spécialiste est sous la responsabilité du Board of Pharmacy Specialities (BPS). Créé en 1976 comme une sous division de l'American Pharmacists Association (APhA), le BPS a pour missions d'améliorer les soins aux patients et de sensibiliser davantage au besoin de pharmaciens certifiés, en tant que membres à part entière des équipes de soins pluri-disciplinaires. Il est ainsi possible pour un pharmacien de se spécialiser dans une ou plusieurs des 12 spécialités représentées, parmi lesquelles : cardiologie, pédiatrie, gériatrie, oncologie, psychiatrie (85). L'American College of Clinical Pharmacy (ACCP) estime que les soins directs aux patients nécessitent la réalisation d'une résidence en pharmacie, associée à l'obtention d'une certification reconnue dans la spécialité appropriée (86). En 2011, l'ACCP a reconnu le BPS comme autorité principale en charge de la certification des pharmaciens spécialistes américains. Les conditions d'accès à la certification varient d'une spécialité à une autre, mais de façon générale, le pharmacien doit posséder une expérience dans la spécialité et réussir l'examen de certification du BPS. Ainsi, quatre Etats américains reconnaissent en 2019 de manière formelle le titre de pratique avancée (Californie, Montana, Caroline du Nord, Nouveau Mexique) : ce statut permet notamment aux pharmaciens de prescrire et d'interpréter des tests de laboratoire. Une étude réalisée en 2012, comparant des hôpitaux bénéficiant de pharmaciens certifiés en cardiologie à des hôpitaux dont les pharmaciens ne détenaient pas cette certification, a prouvé que les patients souffrant d'insuffisance ou d'infarctus du myocarde avaient bénéficié de meilleures pratiques dans les hôpitaux disposant de pharmaciens certifiés (87).

Les modèles britannique et australien sont sensiblement construits sur le même modèle de pratique avancée de la pharmacie, divisé en 3 grades d'échelons. Pour obtenir l'accréditation, les pharmaciens britanniques et australiens doivent soumettre un portfolio détaillant leur formation, leurs expériences dans les domaines de l'éthique et du

professionnalisme, en communication, collaboration, leadership, enseignement, recherche et gestion du médicament, et doivent être reconnus dans leur pratique par leurs pairs.

La pratique avancée favorise le développement des pratiques collaboratives et l'autonomie du pharmacien, et donne droit parfois à la réalisation d'actes plus étendus tels que l'ajustement des traitements médicamenteux et la prescription. Les actes pharmaceutiques autorisés varient néanmoins d'un pays ou d'un Etat à un autre.

7.2.2. Le « pharmaceutical care » : exemple québécois

Au Canada, les pharmaciens font partie intégrante de l'équipe soignante dans une unité de soins d'affectation et prennent part aux décisions relatives au traitement médicamenteux. Le pharmacien hospitalier répond de façon optimale, par la pratique de soins pharmaceutiques généraux et spécialisés, aux besoins du patient. Ces soins pharmaceutiques visent à améliorer la qualité de vie du patient par une approche préventive, curative et palliative. Le terme de pharmacie clinique n'y est pas employé, car celui-ci renvoie à la notion d'un pharmacien spécifiquement dédié à un type de thérapeutique et non à la prise en charge du patient dans son ensemble (88). La pratique des soins pharmaceutiques y est appliquée depuis de nombreuses années.

Dans un article pédagogique (89), A. Branger décrit la dispensation de soins pharmaceutiques au Québec à travers l'illustration d'un cas pratique de gériatrie. L'évaluation du pharmacien s'articule en 6 étapes : la rencontre avec le patient, la consultation du dossier santé Québec, le bilan comparatif médicamenteux, l'évaluation pharmaceutique gériatrique en priorisant les différents problèmes de santé, la sortie d'hospitalisation et le suivi ambulatoire. La méthode SOAP (subjectif, objectif, analyse, plan) est employée comme approche de prise en charge des différents problèmes de santé du patient. Le pharmacien définit ainsi la symptomatologie clinique du patient, y associe un objectif thérapeutique de prise en charge et son analyse pharmaco-thérapeutique puis énonce une proposition d'intervention et de prise en charge.

7.2.3. La prescription pharmaceutique

Dès 1971, au Canada, le rapport de la commission des services pharmaceutiques énonçait sa position favorable à l'octroi de l'autorisation de prescription médicamenteuse pour les pharmaciens, associé au suivi thérapeutique. Depuis, les législations mondiales ont évolué sur cet aspect, mais restent tout de même hétérogènes d'un pays à un autre. Au Royaume Uni, le droit de prescription pharmaceutique a été octroyé depuis 2002 pour les pharmaciens certifiés, après formation et autorisation à la pratique, et dans un champ de médicaments défini, qui exclut notamment certaines substances contrôlées. Aux Etats-Unis, une quarantaine d'Etats dispose d'une législation autorisant le droit de prescription aux

pharmaciens, à travers le concept du Collaborative Drug Therapy Management (CDTM), qui consiste en un partenariat médecin et pharmacien, autorisant la prescription pour un patient donné, sur la base des compétences pharmaceutiques du pharmacien désigné. Au Canada, les différentes provinces ont des stades d'avancement hétérogènes dans le domaine. L'autorisation de prescription peut être définie uniquement sur certains protocoles collaboratifs, ou uniquement pour un renouvellement de prescription (90).

7.2.4. Les enquêtes nationales de pratique de la pharmacie hospitalière : l'exemple du PPMI aux Etats-Unis

Comme le souligne James Tisdale (91), la profession de pharmacien en système de santé, à la différence de l'exercice de la médecine ou d'autres professions de santé, n'a pas de modèle d'exercice établi, cohérent et largement reconnu. Il semble donc important de pouvoir définir un modèle d'exercice efficace et cohérent pour asseoir et affirmer l'importance des pharmaciens et l'importance de leurs prestations au sein des services auprès des patients. C'est dans l'objectif de déterminer un modèle optimal d'exercice contemporain de la pharmacie en établissement que l'American Society of Health System Pharmacist (ASHP) est à l'origine du projet « Pharmacy Practice Model Initiative » (PPMI) lancé en 2008 dont le but est « d'améliorer sensiblement la santé et le bien-être des patients en élaborant et en disséminant un modèle d'exercice futuriste qui favorise l'utilisation la plus efficace des pharmaciens comme fournisseurs de soins directs aux patients » (92). Dans ce sens, les objectifs du PPMI sont notamment de décrire des modèles optimaux d'exercice de la pharmacie pour renforcer la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins liés à la prise en charge médicamenteuse des patients, d'accroître la capacité des techniciens (préparateurs) en pharmacie, de favoriser la compréhension et le soutien des modèles optimaux d'exercice de pharmacie par les patients et les aidants. Depuis une dizaine d'années, l'accent est mis sur un modèle de pharmacie qualifié de « modèle de pointe » selon lequel les fonctions de distribution qui ne nécessitent pas de jugement clinique devraient être dévolues aux techniciens en pharmacie. Cette vision, déjà avancée depuis les années 60, vise à réduire au minimum le travail non clinique des pharmaciens, par une plus grande utilisation de la technologie et une responsabilité renforcée des aspects technique et de distribution pour les techniciens de pharmacie (93)(94).

PARTIE 2 : LA CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE, UNE DÉMARCHE EFFICACE DE SÉCURISATION DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE AUX POINTS DE TRANSITION DU PARCOURS DE SOINS

1. Définitions et objectifs

1.1. Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM)

Le Collège de la HAS a défini en 2015 la conciliation médicamenteuse comme « un processus prenant en compte lors d'une nouvelle prescription tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri professionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes des médicaments du patient entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts » (95).

Selon l'American Pharmacists Association (APhA), la CTM est reconnue comme un processus majeur à mettre en œuvre pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient (96).

Les objectifs de la CTM sont multiples :

- Réduire la survenue des erreurs médicamenteuses : en 2013 au CHU de Tours, l'étude de Pourrat et al retrouvait que 34,2% des patients inclus dans le service de chirurgie présentaient au moins une erreur médicamenteuse identifiée lors de la conciliation à l'admission (97). Sans le processus formalisé de conciliation, 30% d'erreurs médicamenteuses échapperaient ainsi au contrôle médical et infirmier. En 2014, dans les services de médecine générale et infections et maladies tropicales du CHU de Nîmes, le constat était le même : parmi les Divergences Non Intentionnelles (DNI) relevées, 42% auraient nécessité une surveillance pour éviter un dommage, 10% avaient un préjudice potentiel pour le patient et 2% étaient à risque pour le pronostic vital (98).
- Maîtriser les dépenses de santé par la diminution des coûts associés à la survenue d'évènements indésirables médicamenteux, à leur prise en charge et à la survenue d'éventuelle ré-hospitalisation non programmée des patients. Une équipe suédoise a ainsi démontré que la conciliation médicamenteuse associée à l'analyse pharmaceutique réduisait significativement la consultation aux urgences des sujets âgés après hospitalisation (99).
- Assurer la continuité médicamenteuse en favorisant la communication et la transmission d'informations entre les différents professionnels de santé, notamment entre la ville et l'hôpital, sécurisant ainsi les points de transition dans le parcours de soins du patient qui constituent une phase à risque de survenue d'évènements indésirables graves.

- Rendre plus efficient le parcours de soins en améliorant la pertinence des prescriptions.
- Améliorer la connaissance par le patient de ses traitements et son observance.

La CTM réalisée à l'admission peut être considérée comme la première étape d'une prise en charge globale de pharmacie clinique d'un patient au cours de son hospitalisation, qui servira de base pour l'analyse et la validation de ses prescriptions, et l'élaboration de plans de soins et d'éducation thérapeutique.

1.2. Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO)

Le BMO est un état des lieux à un instant donné des médicaments d'un patient, résultat d'une synthèse des informations recueillies. Les sources d'informations analysées, au minimum de 3, voire autant que besoin, sont mentionnées. Le BMO établit la liste exhaustive et complète des médicaments pris ou à prendre par le patient, qu'ils soient prescrits par le médecin traitant ou spécialiste ou qu'ils soient pris en automédication (100).

En Annexe 1, pour exemple, la fiche de recueil des traitements avant l'admission utilisée au CH Marchant à Toulouse, pour réalisation du BMO dans le cadre de la CTM à l'admission.

1.3. Ordonnance Médicale à l'Admission (OMA)

L'OMA correspond à la première prescription hospitalière rédigée par le médecin lors de l'admission du patient à l'hôpital. Cette première ordonnance comprend les médicaments pris habituellement par le patient à domicile et poursuivis, avec ou sans modification selon l'état clinique du patient, et les médicaments ajoutés par l'équipe médicale du service d'admission.

1.4. Divergences

Dans le processus de CTM, une divergence correspond à tout écart de situation pour un médicament donné entre le bilan médicamenteux et la prescription en cours. La situation observée peut être un arrêt, un ajout, une modification du traitement (dose, rythme de prise, molécule, modalités d'administration).

On distingue les Divergences Intentionnelles (DI), qui peuvent être documentées (DID) ou non documentées (DIND) et les Divergences Non Intentionnelles (DNI).

Les Divergences Intentionnelles Non Documentées (DIND) correspondent à des modifications de l'ordonnance réalisées par le prescripteur de façon volontaire mais non documentées ou tracées dans le dossier du patient. Ce type de divergence peut être source d'erreur médicamenteuse pour la suite du parcours du patient car non explicitée.

Les Divergences Non Intentionnelles (DNI), qui sont donc forcément non documentées, sont des modifications réalisées involontairement par le prescripteur, et doivent faire l'objet d'une correction.

En Annexe 2, la Fiche de Conciliation des Traitements médicamenteux (FCT) utilisée au CH Marchant à Toulouse, pour la réalisation de la CTME à l'admission.

En 2008, aux Etats-Unis, Pippins et al (101) retrouvaient que parmi les divergences non intentionnelles de leur étude, 60% étaient des omissions, 21% des divergences de doses, 10% des divergences de fréquences d'administration, 5% un ajout de médicament et 4% une divergence dans la substitution.

2. Contexte réglementaire en France

Le terme de « conciliation médicamenteuse » est rarement retrouvé dans les textes mais rejoint la notion de démarche d'optimisation de la continuité du parcours de soins du patient.

2.1. Les textes réglementaires

La loi HPST du 21 juillet 2009 définit la qualité et la sécurité des soins comme une priorité, visant à une plus grande continuité des parcours de soins et une collaboration renforcée entre professionnels de santé ainsi qu'une optimisation du lien ville-hôpital (61).

Dans la version v2010 du manuel de certification des établissements de santé élaboré par la HAS, au critère 20a « Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient », la continuité du traitement médicamenteux est exigée et doit être organisée, de l'admission, jusqu'à la sortie, transferts inclus. Cette continuité nécessite de prendre en compte le traitement personnel du patient à l'admission, de documenter l'exhaustivité du traitement médicamenteux lors des transferts et de la sortie et d'établir une coordination efficace avec les professionnels de ville. Ce critère appartient aux Pratiques d'Exigences Prioritaires (PEP).

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 stipule que la direction de l'établissement, après concertation avec la Commission Médicale d'Etablissement (CME), doit procéder à une étude des risques encourus par les patients (événement indésirable, erreur médicamenteuse, dysfonctionnement), liés à la prise en charge médicamenteuse notamment lors de l'étape de la prescription (y compris la gestion du traitement personnel du patient à l'admission et la prescription de sortie). L'article précise que cette étude doit comprendre les dispositions prises pour réduire les événements jugés évitables. Une attention particulière est portée notamment sur les médicaments à

risque et les patients à risque, les traitements personnels des patients et les transferts du patient au sein de l'établissement ou dans un autre établissement (11).

L'ordonnance n°2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur (14) donne pour mission aux PUI de mener toute action de pharmacie clinique, à savoir de contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé et de concourir à la qualité des soins, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins et en y associant le patient.

Créé par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2016, le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficacité des Soins (CAQES) est applicable à tous les établissements de santé depuis le 1er janvier 2018 et s'inscrit dans une démarche globale d'amélioration de la qualité, de la sécurité, de la pertinence et de l'efficacité des soins. Il remplace les différents contrats d'objectifs pré existants (contrat de pertinence des soins, contrat d'amélioration des pratiques en établissement de santé, contrat de bon usage des médicaments, produits et prestations) dans le but d'avoir un contrat unique qui lie l'ARS, l'organisme local d'Assurance Maladie et les établissements de santé.

Ce contrat est constitué d'un volet socle obligatoire pour tous les établissements de santé avec des indicateurs d'évaluation qui sont soit nationaux et fixés par arrêté, soit régionaux et définis par l'ARS et l'Assurance maladie, et de volets additionnels, conclus avec certains établissements identifiés. Le CAQES fixe des objectifs aux établissements de santé dont la réalisation est mesurée sur la base d'indicateurs. L'évaluation se base sur le rapport annuel d'autoévaluation produit par les établissements, à partir de la grille d'évaluation qui répertorie tous les indicateurs nationaux et régionaux. Les résultats de l'établissement sont appréciés par l'ARS et l'Assurance Maladie.

La conciliation médicamenteuse figure dans l'une des 5 grandes thématiques abordées dans le volet obligatoire du CAQES : développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau, déploiement de la pharmacie clinique (conciliation médicamenteuse). Dans la grille d'engagement 2019-2021 du volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations (102), la conciliation médicamenteuse fait l'objet d'un indicateur national dans un objectif de « mise en œuvre d'une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la PECM et de la conciliation médicamenteuse ». L'indicateur est intitulé comme suit : « Déploiement de la conciliation médicamenteuse chez les patients prioritaires sur la base d'une analyse des risques : Nombre de patients prioritaires et bénéficiant d'une conciliation médicamenteuse d'entrée et/ou de sortie / Nombre de patients prioritaires hospitalisés ».

Dans le manuel de certification v2020 (103), le critère 2.2-07 est énoncé comme suit : « La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux ». Ce critère prévoit les éléments d'évaluation suivant :

- Pour les professionnels : La conciliation médicamenteuse est mise en œuvre pour les situations les plus à risque.
- Pour la gouvernance de l'établissement : L'établissement a identifié des secteurs, des situations ou des profils de patients pour lesquels il est pertinent de développer la conciliation des traitements médicamenteux.

Ce critère figure parmi les critères avancés, qui correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour, et qui constituent les potentiels critères standard de demain.

2.2. Les incitations et l'accompagnement au niveau national

Dans son rapport de 2011 sur le circuit du médicament (20), l'IGAS émet ses recommandations relatives à la sécurisation du circuit au sein des établissements de santé en assurant la continuité du parcours de soins du patient en fluidifiant la circulation des informations. L'IGAS encourage l'accélération de la mise en œuvre des dispositions de la loi HPST visant l'amélioration de la « transition thérapeutique », (conciliation médicamenteuse à l'entrée, suivi de l'ordonnance de sortie), le recueil par l'hôpital des coordonnées des professionnels de santé ambulatoires ou médico-sociaux et les coopérations entre professionnels. L'IGAS recommande également de déployer le dossier pharmaceutique en établissement de santé et médico-social, en mettant en place les interfaces nécessaires à la communication entre les systèmes d'information afin de faciliter la transition thérapeutique et de fluidifier le parcours de soins.

En 2015, par l'instruction N° DGOS/PF2/2015/65 du 9 mars 2015 relative à la mise en œuvre d'une enquête nationale sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse dans les établissements de santé, la DGOS a élaboré et lancé, en lien avec la HAS, les OMEDIT et la SFPC, un questionnaire dont le but était de disposer d'une revue exhaustive des pratiques de conciliation médicamenteuse en France, et d'identifier les besoins pour favoriser son déploiement (104).

Dans le cadre du Programme National pour la Sécurité des Patients (PNSP), la DGOS organisait en 2015 la cinquième édition de la Semaine de la Sécurité des Patients (SSP) sur la thématique générale de la coordination des soins et de la sécurité des patients aux points de transition de leurs parcours de soins. La conciliation médicamenteuse figurait parmi les sous-thèmes proposés aux établissements (105).

L'instruction N° DGOS/PF2/2017/295 du 17 octobre 2017 relative au second appel à projets de mise en œuvre de la pharmacie clinique en établissements de santé avait pour objectif principal de proposer des projets de prise en charge thérapeutique basés sur des activités de

pharmacie clinique identifiées comme répondant à des besoins médicaux formulés en vue de maîtriser l'iatrogénie médicamenteuse et promouvoir le bon usage des produits de santé, de sécuriser le parcours du patient aux différents points de transition et d'évaluer en continu la pertinence et l'efficacité de la thérapeutique proposée. Il était demandé que ces projets proposent une méthode pour mesurer l'impact clinique, l'impact organisationnel (en particulier sur la fluidité des parcours de soins), et l'impact médico-économique associé au déploiement de la pharmacie clinique, en incluant la satisfaction des patients (106). La conciliation médicamenteuse figure parmi les activités de pharmacie clinique ciblées et concernées par ce projet.

3. Méthodologie de conciliation

La conciliation à l'admission peut être réalisée de manière pro-active, c'est-à-dire que le BMO est établi avant la rédaction de la première ordonnance hospitalière. La conciliation d'entrée pro-active est à privilégier dans la mesure du possible.

La conciliation est dite rétro-active lorsqu'elle est réalisée après la rédaction de la première ordonnance hospitalière. C'est le processus le plus répandu car le plus facile à mettre en œuvre. Le processus rétro actif doit être engagé le plus tôt possible.

Une étude comparant les deux processus (proactif vs rétroactif) a démontré une plus grande efficacité du processus proactif mais une complexité plus importante dans sa mise en œuvre, notamment par un besoin important en ressources humaines (98).

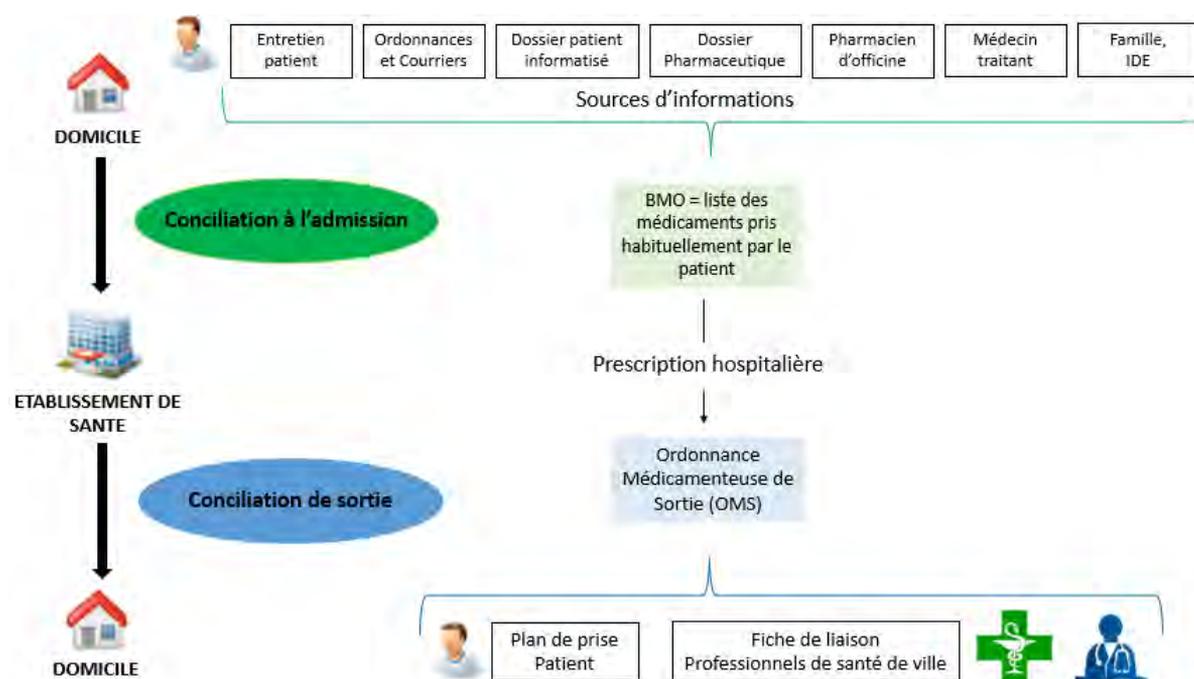


Figure 7 : Schéma global de la CTM (adapté de Kwan et al (107) et de A. Arnaud (108))

3.1. Processus de réalisation de la CTM à l'admission

L'acte de CTM consiste à établir la liste complète des médicaments pris habituellement par le patient (BMO) grâce au recueil de différentes sources, que l'on compare à la première prescription hospitalière (OMA), ce qui permet de mettre en évidence les éventuelles divergences, qui, si elles sont non intentionnelles (DNI), peuvent être à risque pour le patient.

La méthodologie de conciliation formalisée dans le SOP Med'Rec (Standard Operating Protocol Medication Reconciliation) se décline en 4 étapes (95), explicitées ci-après :

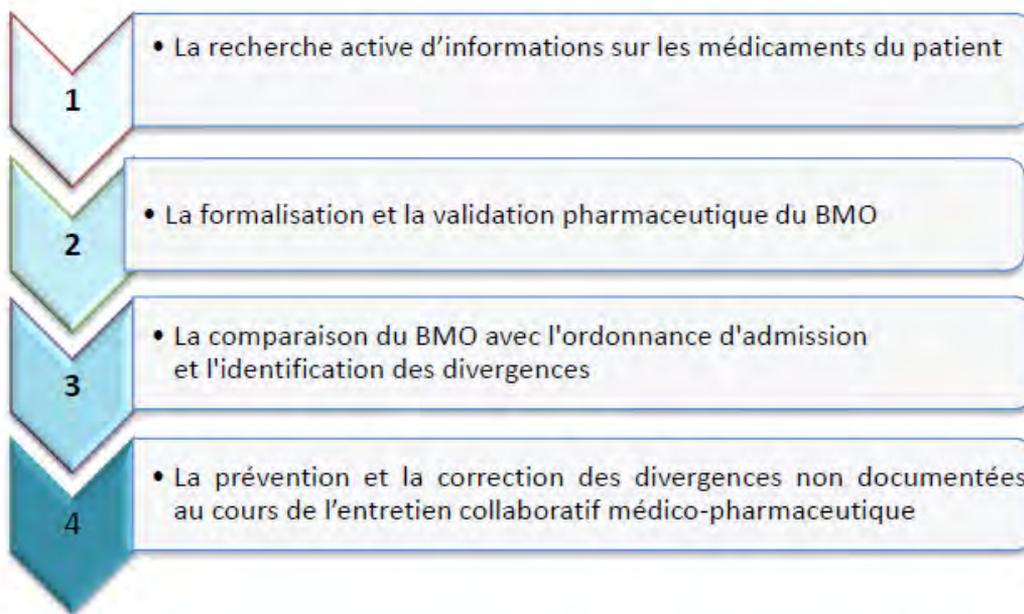


Figure 8 : Les étapes clés de la conciliation médicamenteuse

3.1.1. La recherche active d'informations sur les médicaments du patient

La démarche de conciliation consiste en un croisement des données des différentes sources afin de pouvoir établir le BMO. La HAS dénombre 15 sources d'informations disponibles qui peuvent être consultées pour obtenir l'exhaustivité et la complétude des informations (100) :

- Entretien avec le patient
- Entretien avec les proches
- Entretien avec le pharmacien d'officine
- Entretien avec le pharmacien hospitalier
- Entretien avec le médecin traitant
- Lettre du médecin traitant
- Dossier médical partagé (DMP)
- Lettre de liaison
- Dossier pharmaceutique (DP)

- Bilan partagé de médication réalisé par le pharmacien d'officine
- Compte rendu de télé-expertise entre deux médecins généralistes pour un patient admis en EHPAD
- Médicaments apportés par le patient
- Ordonnances apportées par le patient
- Fiche de liaison de l'établissement d'hospitalisation pour personnes âgées dépendantes
- Entretien ou lettre du médecin spécialiste
- Fiche de liaison avec le service de soins à domicile
- Dossier patient d'une précédente hospitalisation
- Volet de synthèse médicale

Une étude comparant les différentes sources d'informations retrouve que la meilleure source d'information pour un patient arrivant de son domicile est le pharmacien d'officine, avec une accessibilité de 90,5%, une disponibilité de 93,3%, une exhaustivité de 89,3% et une complétude de 67%. La combinaison des trois sources la plus performante permettant d'atteindre une complétude de la liste des médicaments à hauteur de 94,1% regroupe l'entretien avec le patient, le contact du pharmacien d'officine et le contact du médecin traitant (109).

L'entretien avec le patient (ou avec son entourage) est un élément incontournable du recueil d'informations dans le cadre de la conciliation. Il permet de faire préciser les médicaments pris par le patient qui ne sont pas prescrits (automédication, médecine douce, vitamines, nutrition), de faire le point sur les vaccinations, d'estimer le niveau de connaissances du patient face à ses traitements et d'estimer l'observance médicamenteuse. La SFPC propose une fiche mémo sur les entretiens pharmaceutiques, utilisable notamment dans le cadre de la conciliation médicamenteuse (110).

3.1.2. La formalisation et la validation du BMO

Chaque médicament figurant au BMO doit comprendre la dénomination commune, le dosage, la forme galénique, la voie d'administration. La posologie associée doit détailler la dose, le rythme d'administration (y compris les rythmes particuliers : mensuel, hebdomadaire) et la durée en cas de prescription temporaire.

La formalisation du BMO peut être réalisée par un membre de l'équipe pharmaceutique ou par un infirmier. L'analyse et la validation du BMO sont réalisées par le pharmacien et/ou le médecin, à défaut par un interne. Cette validation confère un caractère officiel à ce bilan, qui peut ainsi être utilisé tout au long du parcours médicamenteux du patient. Lorsque le BMO est validé par le pharmacien, l'analyse pharmaceutique est alors indissociable de l'activité.

3.1.3. La comparaison du bilan médicamenteux optimisé à l'ordonnance d'admission

La comparaison s'effectue entre le BMO et l'OMA ligne par ligne de médicament pour arriver à détecter et caractériser les éventuelles divergences. Chaque ligne est caractérisée par la décision médicale qui semble avoir été prise la concernant et son statut est ainsi défini en arrêté, suspendu, poursuivi en l'état, poursuivi avec modification, substitué ou ajouté. La consultation du dossier médical d'hospitalisation du patient permet de dire si cette décision médicale est documentée ou non. Les divergences dont la décision est renseignée sont qualifiées de DID. Lorsque l'information relative à la divergence n'est pas retrouvée, l'entretien avec le prescripteur constitue une étape obligatoire pour faire état du degré d'intention de la divergence et classer ainsi la divergence en DIND ou DNI (111).

3.1.4. La prévention et la correction des divergences non documentées

Cette étape est réalisée au moyen d'un entretien collaboratif médico-pharmaceutique entre le prescripteur et le pharmacien. Cet échange doit permettre de qualifier chaque divergence relevée par le pharmacien. Ce dernier formule ainsi une Intervention Pharmaceutique (IP) visant à proposer une correction de la divergence relevée. Les DIND doivent être explicitées et tracées dans le dossier du patient, et les DNI doivent être corrigées par la rédaction d'une nouvelle prescription. L'outil de la REMED est à privilégier pour caractériser les erreurs médicamenteuses relevées au cours de la conciliation (34).

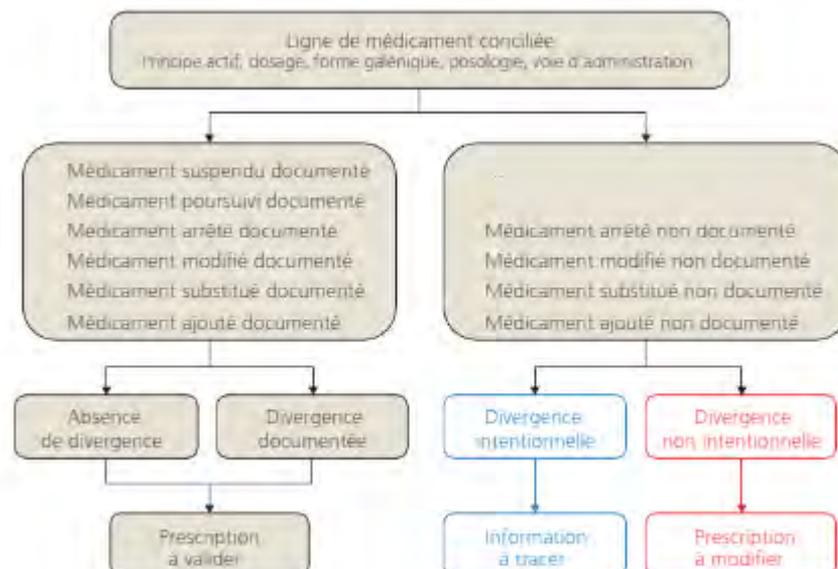


Figure 9 : Organigramme de l'analyse des divergences au cours de la CTM (111)

3.2. Processus de réalisation de la CTM à la sortie

Dans sa fiche mémo « Préconisation pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux » de 2015, la SFPC distingue trois étapes dans la mise en œuvre de la CTM de sortie : la recherche des informations sur les médicaments du patient, la formalisation d'un bilan médicamenteux associé à des informations thérapeutiques et la rédaction de la prescription de sortie avec transmission sécurisée de l'information (112).

A partir du BMO réalisé à l'admission, des informations relatives aux traitements en cours d'hospitalisation, et des éléments figurant dans le dossier médical du patient, le pharmacien compare l'Ordonnance Médicamenteuse de Sortie (OMS) avec la liste des médicaments devant être poursuivis en ville. Le pharmacien s'assure notamment qu'un traitement suspendu le temps de l'hospitalisation soit bien reconduit et qu'un médicament habituel du patient, substitué par une équivalence sur la base du livret thérapeutique disponible dans l'établissement hospitalier, soit represcrit à l'identique que précédemment à la sortie.

Le bilan médicamenteux ainsi établi permet de formaliser la liste exhaustive et complète des médicaments à poursuivre à la sortie. Il mentionne les modifications apportées au traitement en cours d'hospitalisation.

Ce bilan est adressé au médecin traitant et au pharmacien d'officine. Une fiche d'information est remise au patient, reprenant les éléments de ce bilan, adaptée à la compréhension et aux objectifs thérapeutiques définis et fait l'objet d'une explication par le pharmacien au cours d'un échange privilégié avec le patient.

En Annexes 3 et 4, la Fiche de Liaison Ville-Hôpital utilisée dans le cadre de la CTM de sortie au CH Marchant, et la Fiche d'Information Patient, récapitulant les traitements médicamenteux à prendre au domicile à la sortie d'hospitalisation.

3.3. Les acteurs de la CTM

Le pharmacien occupe une place centrale dans le processus de conciliation des traitements médicamenteux. Il est amené à s'impliquer dans les différentes étapes et à se positionner comme le garant de sa mise en œuvre et de son organisation, en y incluant l'ensemble des professionnels de santé.

Pour la réalisation de la CTM à l'admission, la SFPC recommande l'implication des professionnels de santé de la manière suivante :

Recherche active d'informations sur les médicaments du patient	Réalisation du bilan médicamenteux	Actualisation de la prescription médicamenteuse et du dossier patient
Préparateur en pharmacie Etudiant hospitalier en pharmacie Interne en médecine ou pharmacie Pharmacien Infirmier diplômé d'état Etudiant en médecine Interne en médecine Médecin	Formalisation du bilan médicamenteux Etudiant hospitalier en pharmacie Préparateur en pharmacie Infirmier Interne en pharmacie Pharmacien Validation du bilan médicamenteux Pharmacien Médecin Interne en pharmacie ou médecine par délégation	Gestion des divergences Interne en pharmacie Pharmacien et Interne en médecine Médecin Enregistrement dossier patient / prescription Interne en médecine Médecin

Tableau 2 : Les acteurs impliqués dans la réalisation des différentes étapes de la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission selon les recommandations de la SFPC (112)

Plusieurs équipes ont étudié et comparé l'efficacité de la réalisation du BMO par différentes catégories de professionnels de santé.

En 2014 aux Etats-Unis, Lancaster et al (113) ont comparé les listes de médicaments obtenues par des étudiants en pharmacie, des infirmières et des médecins. Au total, dans la population étudiée, les étudiants en pharmacie identifiaient 532 médicaments avant l'admission, quand les infirmières et les médecins en identifiaient respectivement 355 et 368 ($p=0,006$). Plus de 50% des interventions des étudiants relatives à des divergences étaient classées comme médicalement importantes.

En Belgique, l'équipe de De Winter (114) aboutit aux mêmes conclusions sur une étude de 19 mois incluant 3594 patients et comparant les BMO recueillis par les pharmaciens à ceux recueillis par les internes en médecine, chirurgiens et médecins urgentistes. Une étude prospective a montré que les pharmaciens avaient identifié 3,6 divergences par patient quand les médecins en avaient retrouvé 0,8 par patient en moyenne (115).

En 2012 en Colombie, Becerra-Camargo et al ont mené une étude multicentrique randomisée en double aveugle dans des services d'urgences, avec un bras de prise en charge standard et un bras intervention consistant en la réalisation d'un BMO par le pharmacien a démontré que l'intervention du pharmacien réduisait de 33% la survenue d'erreurs de prescription à l'entrée (116).

En 2010, l'étude de Johnston au Canada visait à déterminer si les préparateurs en pharmacie étaient en mesure d'établir un BMO aussi complet et précis que celui effectué par les pharmaciens du même établissement n'a observé aucune différence significative entre les 2 groupes, qu'il s'agisse de médicaments prescrits ou d'automédication, démontrant ainsi que

les préparateurs en pharmacie pouvaient être aussi performants que les pharmaciens dans la réalisation de cette étape, après avoir suivi une formation adéquate (117).

3.4. Les outils dédiés à la CTM

- Les supports :

Plusieurs supports peuvent être envisagés dans la réalisation de la conciliation médicamenteuse, à l'admission et à la sortie (112).

- Fiche de recueil des médicaments
- Fiche de conciliation des traitements à l'admission
- Fiche de conciliation des traitements de sortie
- Fiche d'information au patient
- Courrier de conciliation de sortie

- Dans son rapport d'expérimentation du projet Med'rec, en annexe, la HAS propose des outils comme une fiche de recueil des informations par sources, un guide d'entretien du patient à l'admission en établissement de santé pour l'obtention du bilan médicamenteux optimisé intégrant une trame d'entretien et des points clés de mise en œuvre de l'entretien, ainsi qu'une proposition de Fiche de Conciliation des Traitements à l'admission (FCT).

En plus de son guide « Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé » dont la dernière version date de 2018, la HAS met également à disposition une proposition de volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie qui permet de tracer sur un même document l'ensemble des médicaments pris par le patient avant son hospitalisation et à prendre après son hospitalisation, et met également à disposition des exemples d'outils et de modes opératoires proposés par les professionnels et les établissements de santé du territoire : fiches d'informations patient, fiche de liaison ville-hôpital, courrier de conciliation, plan de posologie, support de formation à la conciliation,...

- Les formations :

La SFPC a créé le programme FORMACONCIL dédié à la formation des professionnels de santé à la conciliation médicamenteuse. Ce programme permet de réaliser une évaluation initiale des pratiques et d'enseigner des connaissances théoriques et pratiques sur la base d'un e-learning, associé à une journée de formation des participants en présentiel et d'une évaluation des compétences acquises. Le public concerné regroupe les médecins, pharmaciens, sage-femme, cadres de santé, paramédicaux, et peut associer à la fois des professionnels ayant déjà pratiqué la CTM et des professionnels ne l'ayant jamais pratiquée, au sein de groupes pluri-professionnels.

Les différents OMEDIT proposent des formations à la conciliation sous la forme de e-learning.

- L'informatisation :

Le recours à un système d'information partagé entre les différents professionnels de santé prenant en charge le patient est à privilégier.

Dans son document « Enjeux de l'informatisation de la conciliation médicamenteuse Retours d'expérience et enseignements » (118) publié en 2019, l'ANAP dresse un état des lieux des enseignements des réussites et des freins au déploiement du processus d'informatisation de la CTM dans les établissements et présente une synthèse des expériences réalisées dans ce domaine.

4. Evaluation de la conciliation : les indicateurs

4.1. Intérêt du recours aux indicateurs pour évaluer la pratique de la CTM

Les indicateurs d'évaluation de la CTM doivent reposer sur des critères simples et accessibles. Ils doivent être faciles à manipuler et leur recueil doit être aisé. A l'échelon national et régional, le choix des indicateurs communs entre les différents établissements de santé pratiquant la CTM permet de pouvoir comparer et suivre l'efficacité des organisations propres à chacun. A l'échelon local, au sein de chaque établissement, le recueil de ces indicateurs permet de fournir des éléments factuels et chiffrés pour justifier l'intérêt de l'activité, les investissements nécessaires à son développement et sa pérennisation, et permettent également de suivre l'évolution de l'activité dans le temps. Devant la multiplicité des indicateurs, notamment ceux demandés dans les démarches de certification et d'évaluation dans le cadre du CAQES, une extraction et un calcul automatisé de ces indicateurs à partir de données recueillies et/ou extraites à partir des LAP faciliteraient leur recueil et leur exploitation. Sinon, leur recueil et leur suivi sont souvent très chronophages (119).

4.2. Les indicateurs de CTM les plus courants

Dans le cadre du projet High'5s, l'évaluation reposait sur la mesure de performance du SOP Med'Rec et l'impact de la conciliation des traitements médicamenteux, à partir de 4 indicateurs MR standardisés (MR1, MR2, MR3, MR4) réalisés mensuellement.

Indicateur		Description ⁷	Objectif	Cible à atteindre ⁸
MR1	<i>Pourcentage de patients ayant bénéficié d'une conciliation des traitements médicamenteux dans les 24H de l'admission</i>	Numérateur : Nombre de patients conciliés dans les 24h Dénominateur : Nombre de patients éligibles	Permet de mesurer la performance du SOP Med'Rec.	100%
MR2	<i>Nombre moyen de divergences non documentées intentionnelles, non résolues par patient</i>	Numérateur : Nombre de divergences non documentées intentionnelles non résolues après conciliation Dénominateur : Nombre de patients conciliés dans les 24h	Mesure la traçabilité de l'information associée à l'OMA	0
MR3	<i>Nombre moyen de divergences non intentionnelles non résolues par patient</i>	Numérateur : Nombre de divergences non documentées non intentionnelles non résolues après conciliation Dénominateur : Nombre de patients conciliés dans les 24h	Mesure l'impact de la conciliation	< 0.3 EM/patient
MR4	<i>Pourcentage de patients ayant au moins une divergence non intentionnelle</i>	Numérateur : Nombre de patients ayant au moins 1 divergence non documentée non intentionnelle non résolue Dénominateur : Nombre de patients conciliés dans les 24h	Mesure l'impact de la conciliation	0

Tableau 3 : Les indicateurs du SOP Med'Rec (120)

Des indicateurs supplémentaires aux 4 proposés par l'OMS ont été adoptés, pour permettre d'évaluer l'implantation de la CTM dans les établissements et l'impact de la conciliation sur la prise en charge médicamenteuse des patients :

$$I^1 = \frac{\text{nombre de patient conciliés} \times 100}{\text{nombre de patients éligibles}}$$

$$I^2 = \frac{\text{nombre de patients conciliés avec } \geq 1 \text{ EM corrigée} \times 100}{\text{nombre de patients conciliés}}$$

$$I^3 = \frac{\text{nombre de patients avec au moins une EM interceptée (majeure/critique/catastrophique) et corrigée}}{\text{nombre de patients conciliés}}$$

L'enquête réalisée par la DGOS en 2015 avait permis d'identifier les principaux indicateurs de conciliation utilisés par les ES (121) :

- Des indicateurs quantitatifs : nombre de patients conciliés (le plus souvent rapporté au nombre de patients conciliables), le nombre de DI et de DNI, le nombre d'interventions pharmaceutiques en lien avec la CTM, le nombre de sources utilisées, le type d'informations, le nombre de lignes de médicaments poursuivies, modifiées,

interrompues, suite à la conciliation, le temps nécessaire pour la réalisation de la CTM.

- Des indicateurs qualitatifs : l'impact clinique, le type de patients conciliés, le type de DI et DNI, le type de médicaments concernés par les divergences (classe thérapeutique, indication, forme galénique), le type d'optimisation proposée.

Le projet CONCIMED (122), qui évaluait l'impact de l'intervention d'un Préparateur en Pharmacie Hospitalière (PPH) dans la réalisation du BMO au cours de la CTM, associé au pharmacien, proposait les indicateurs suivants :

Indicateurs d'activité	Nombre de patients conciliés Temps pour réaliser un BMO (par le PPH/le pharmacien) Temps pour valider un BMO et réaliser la conciliation par le pharmacien
Indicateurs de qualité	Nombre de DNI par patient concilié Nombre de médicaments du traitement à domicile par patient Nombre d'IP réalisées par le PPH/le pharmacien Nombre moyen de sources informationnelles utilisées Taux de satisfaction des professionnels de santé
Indicateurs de performance	Délai de conciliation (moins de 24h, 24-48h, 48-72h, plus de 72h) Nombre de patients conciliés/nombre d'admissions par mois Nombre de patients conciliés/nombre d'admissions rapporté au temps de présence Nombre d'IP acceptées ayant donné lieu à un ajustement de la prescription/nombre d'IP réalisées DMS pour les patients conciliés/DMS pour les patients non conciliés (sur la base d'un même diagnostic principal, index de sévérité)

Tableau 4 : Les indicateurs d'évaluation de la CTM utilisés dans le cadre du projet CONCIMED

Ces indicateurs, préférentiellement axés sur le processus de CTM en lui-même, peuvent également être complétés par des indicateurs cliniques, pour évaluer l'impact clinique potentiel des EM identifiées, évitées et/ou corrigées grâce à la CTM (utilisation d'outils de cotation de la gravité de l'EM encourue) et des indicateurs médico-économique pour déterminer par exemple le rapport entre le potentiel impact clinique de la CTM sur le patient et les moyens financiers mis en place pour cette activité.

5. Expériences de conciliation en France et à l'étranger

5.1. La conciliation des traitements médicamenteux à l'étranger

5.1.1. Les expériences internationales

De nombreuses études ont permis de démontrer le bénéfice de l'activité de conciliation médicamenteuse aux différents points de transition du patient, tant sur la détection et la correction des erreurs médicamenteuses, que sur la réduction des risques cliniques et les coûts associés.

En 2005 au Royaume-Uni, l'équipe de Fertleman et al (123) a analysé l'impact de l'intégration d'un pharmacien à l'équipe médicale pour la réalisation de la visite des patients en post admission (dans les 24h suivant leur hospitalisation) : la présence du pharmacien permettait d'améliorer l'exactitude de la documentation du traitement médicamenteux des patients. Il permettait également de réduire les coûts de prescription et de diminuer les risques potentiels pour les patients hospitalisés.

Une équipe suédoise a mené plusieurs études de conciliation médicamenteuse en employant la méthode Lund Integrated Medicines Management (LIMM) (124). Dans une des études réalisées dans deux services du même hôpital, les pharmaciens cliniciens ont détecté 1136 divergences sur une population de 670 patients (moyenne de 1,7 divergences par patient), pour lesquelles 813 corrections (70%) ont été proposées par les pharmaciens et 567 d'entre elles (71%) ont été acceptées par les médecins. Parmi les divergences identifiées, 672 (59%) étaient classées comme des erreurs médicamenteuses chez 313 patients, ce qui revient à dire que 47% des patients de l'étude avaient une prescription comportant une erreur médicamenteuse. Ces lignes de prescriptions en erreur représentaient 10% du total des lignes de prescriptions (672/6582). Les erreurs médicamenteuses les plus fréquemment retrouvées étaient l'omission d'un médicament et la prescription d'un mauvais dosage. Selon eux, l'utilisation de définitions non standardisées des divergences médicamenteuses et des erreurs médicamenteuses dans la méthodologie des études relatives à la conciliation médicamenteuse dans les établissements rendait les comparaisons des taux parfois difficiles d'une étude à une autre. Il est mis en avant l'importance de définir et systématiser le process de CTM de façon structurée et détaillée dans des référentiels. Dans une étude attenante réalisée à partir d'un échantillon de la population initiale (125), l'équipe a souhaité évaluer l'impact clinique potentiel des erreurs médicamenteuses détectées, pour permettre ainsi d'estimer la pertinence des recommandations émises par les pharmaciens. Les propositions pharmaceutiques étaient catégorisées par deux médecins selon une échelle de gravité allant du grade 1 (non grave) à 6 (gravité extrême). Parmi les erreurs médicamenteuses analysées, 59% étaient jugées de grade 3, 23% de grade 4 et 10% de grade 5.

En 2010, une équipe canadienne a étudié l'impact de la conciliation médicamenteuse au cours des transferts intra hospitaliers : 62% des patients présentaient au moins une DNI au moment du transfert ; 36% des patients avaient une DNI à risque d'engendrer un inconfort pour le patient ou une aggravation clinique. Les facteurs de risque identifiés de survenue d'une DNI à cette étape de l'hospitalisation étaient l'absence de réalisation d'une CTM à l'admission, un nombre important de médicaments à l'entrée et un nombre important de médicaments au transfert (126).

En 2008 au Canada, l'impact de la conciliation de sortie a notamment été étudiée par l'équipe de Wong et al (127) : sur le total de 150 patients inclus, 62 (41%) présentaient une DNI réelle à la sortie de l'hôpital. Les DNI les plus fréquentes étaient une prescription médicale de sortie incomplète, ce qui peut entraîner un retard à la délivrance de médicaments du patient en ville. Sur les 105 DNI identifiées, 31 (30%) étaient à risque de survenue d'un impact clinique pour le patient.

5.1.2. L'initiative des High'5s et le projet SOP Med'Rec

Le projet High5s est né de la volonté initiale de 5 pays fondateurs de réduire de manière significative la fréquence de 5 problèmes de sécurité pour le patient, prioritaires pour l'OMS dans 5 pays sur une période de 5 ans.

Ce projet collaboratif s'est construit à partir de 2007 par la création d'un partenariat entre le Commonwealth Fund, l'OMS et la Joint Commission International et les pays fondateurs (Allemagne, Australie, Canada, Etats-Unis, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas et Royaume-Uni), auxquels la France se joint en 2009.

Le projet, qui vise à prévenir les accidents évitables à l'hôpital grâce à des solutions standardisées répondant à des problèmes majeurs en termes de sécurité des patients dans le monde, est financé par l'agence américaine de la qualité et la sécurité en santé (AHRQ), l'OMS et les fonds du Commonwealth. Il a notamment pour mission de faciliter la mise en œuvre de l'évaluation de l'impact de pratiques opérationnelles standardisées, aussi appelées SOPs (pour « Standard Operating Protocols »), en réponse à des problèmes fréquents et potentiellement graves de sécurité des soins, en vue d'une réduction de la variabilité des pratiques et d'une réduction des erreurs, notamment médicamenteuses. L'une des 5 solutions envisagées à travers ce projet portait sur la sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins, sous le nom de projet MEDREC (pour MEDication REConciliation, la conciliation médicamenteuse) dont le pilote était le Canada.

Le SOP Med'Rec correspond donc à un ensemble d'instructions permettant la mise en œuvre d'un processus défini de prise en charge spécifique pour un patient de manière régulière et mesurable et comprend ainsi un processus standardisé défini de conciliation des traitements médicamenteux, un plan de mise en œuvre et un plan d'évaluation. Les patients éligibles correspondent aux patients âgés de plus de 65 ans admis par les urgences, puis

hospitalisés en court séjour. Tous les indicateurs du SOP Med'Rec s'établissaient sur la population des patients conciliés dans les 24h.

Les retours internationaux du projet SOP Med'Rec :

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

Tableau 5 : Synthèse des données du projet Med'Rec au niveau international

D'un point de vue international, les établissements français ayant pris part au projet soulignaient qu'en France, aucune réglementation ne contraignait les établissements de santé à mettre en œuvre la CTM. Contrairement à d'autres pays, en France, la CTM ne faisait pas partie des critères de certification, mais apparaissait seulement par le biais de la continuité de la PECM. Depuis, les textes réglementaires tels que le CAQES et le manuel de certification de la HAS intègrent la CTM à travers des indicateurs.

Les résultats des établissements français ayant pris part au projet SOP Med'Rec sont détaillés plus loin dans ce chapitre.

5.1.3. La conciliation médicamenteuse dans le projet européen EUNetPaS

Le projet EUNetPaS (European Union Network for patient Safety) lancé en 2008 sous le pilotage de la HAS et financé par la Commission Européenne, avait pour objectif d'améliorer la sécurité des soins autour du patient dans les services de santé des 27 pays membres de l'Union Européenne, en encourageant et en renforçant la collaboration, dans le but de réduire la survenue des erreurs médicales.

Il consistait en premier lieu à dresser un bilan en matière de sécurité du patient sur le territoire de l'UE, en se focalisant sur quatre domaines : la culture de la sécurité du patient, l'éducation en matière de sécurité du patient (professionnels de santé, patients, entourage), le système de notification et d'apprentissage des événements liés à la sécurité du patient et les erreurs liées en particulier aux traitements médicamenteux, afin d'évaluer la faisabilité et les conditions dans lesquelles pourrait être appliquée une recommandation sur la réduction des effets indésirables liés aux traitements (128).

Parmi les pratiques étudiées dans ce projet, la conciliation des traitements médicamenteux à l'entrée et à la sortie a été expérimentée dans plusieurs pays européens dont la France. La réalisation du BMO était une pratique dans laquelle les pharmaciens ont joué un rôle majeur et nécessitait une présence permanente du pharmacien dans les unités concernées. Les obstacles identifiés au déploiement de la pratique étaient principalement liés aux ressources en particulier du personnel, la situation idéale identifiée étant d'attribuer un pharmacien dédié à cette pratique par service. L'activité était décrite comme chronophage et l'accès au dossier informatique du patient était un élément jugé indispensable pour la mise en œuvre de la conciliation dans les meilleures conditions. La pratique était jugée extrapolable à d'autres services et hôpitaux avec l'intégration des infirmières et médecins au processus avec les pharmaciens (129).

5.2. La conciliation des traitements médicamenteux en France

5.2.1. Les résultats du projet SOP Med'Rec pour les établissements français participants

Après appel à candidature, 9 établissements de santé ont été retenus pour participer à l'expérimentation Med'Rec en France :

Établissements de santé	Description	Nombre de lits
Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux <i>Site géographique Groupe Hospitalier Sud</i>	ES Public CHU	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Court Séjour/ Long séjour: 1093 ▪ Ambulatoire: 72
Centre Hospitalier de Compiègne-Noyon	ES Public CH	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Court Séjour: 418 ▪ Long séjour: 142 ▪ HAD / Ambulatoire: 43/25
Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble	ES Public CHU	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Court Séjour: 1388 ▪ Long séjour: 419 ▪ Psychiatrie : 54
Centre Hospitalier de Lunéville	ES Public CH	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Court Séjour: 162 ▪ Long séjour: 30 ▪ HAD / Ambulatoire: 30/15
Association clinique la Croix Blanche de Moutier-Rozeille	ES Privé spécialisé en chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Court Séjour : 48
Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes	ES Public CHU	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Court Séjour : 722 ▪ Long séjour: 295 ▪ Psychiatrie : 265
GH-AP HP Paris Nord Val de Seine Hôpital Bichat-Claude Bernard	ES Public CHU	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Court Séjour: 1718 ▪ Long séjour: 596 ▪ Psychiatrie : 85
Centre Hospitalier de Saint-Marcellin	ES Public CH	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Court Séjour: 30 ▪ SSR: 50 ▪ EHPAD: 142
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg	ES Public CHU	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Court Séjour: 1854 ▪ Long séjour: 287 ▪ Psychiatrie : 92

Tableau 6 : Profil des établissements de santé français ayant participé au SOP Med'Rec

Le rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux dans les 9 établissements français a été publié par la HAS en 2015 (120).

Sur la période de déroulement du projet, de 2010 à 2014, 27 447 patients au total ont été conciliés à leur admission en établissement de santé. Le nombre de patients conciliés dans les 24h a augmenté, de 2 258 patients en 2011 versus 6 470 en 2014.

L'indicateur MR1 variait entre 2,6% et 64,9% en 2014 : l'écart se justifiait notamment par une variation du nombre de patients éligibles au SOP Med'Rec en fonction des établissements et par une répartition des ressources affectées non proportionnelle au nombre de patients conciliés.

Pour les indicateurs MR2, MR3 et MR4, les résultats étaient proches de 0 pour l'ensemble des établissements, ce qui reflétait une efficacité de la mise en œuvre de la CTM, avec très peu de divergences non résolues après conciliation.

Le nombre moyen de médicaments par patient concilié était de 7 : les critères d'éligibilité définis dans le projet Med'Rec ciblaient les patients de 65 ans et plus, ce qui permet en partie d'expliquer ce résultat.

Des évaluations complémentaires ont porté sur les DIND et sur les erreurs médicamenteuses. Le nombre d'EM interceptées et corrigées par la conciliation était en

moyenne de 0,8 par patient. Sur l'ensemble de l'étude en France, le nombre d'EM par patient variait de 2 à 19. Les établissements ont recueilli la durée nécessaire à la mise en œuvre du processus de conciliation. La réalisation du BMO variait en moyenne de 15 à 51 minutes. Cet écart pouvait s'expliquer par la disponibilité des professionnels intervenant dans le processus de conciliation, le recours possible ou non au DP, l'articulation avec la ville et le temps de communication dédié au pharmacien d'officine dans l'objectif d'un recueil le plus fiable possible, la prise en compte de populations particulières comme les patients étrangers, les analphabètes, les patients concernés par le nomadisme pharmaceutique et médical, l'organisation du processus de conciliation propre à chaque établissement.

L'échange collaboratif médecin/pharmacien pour la classification et la résolution des divergences variait de 2 à 15 minutes.

L'intérêt de la conciliation médicamenteuse a encouragé les établissements participant au projet Med'Rec à étendre le processus à un plus grand nombre de patients au cours d'une phase d'extension, nécessitant dans la majorité des cas une réorganisation des activités pharmaceutiques. La CTM a été mise en œuvre dans la plupart des disciplines de médecine, à l'exception de l'obstétrique et de la santé mentale.

Quatre établissements se sont mobilisés pour mettre en œuvre la CTM à la sortie.

Sur les cinq années du projet, les établissements participants ont relevé un total de 21 320 EM avérées qui ont été interceptées et corrigées par la conciliation, et 23 381 DIND détectées et renseignées dans le dossier médical du patient. En moyenne, on peut considérer qu'un patient hospitalisé dans un établissement du projet Med'Rec présentait une EM et un changement de traitement non renseigné.

A l'issue du projet, les établissements expérimentateurs ont proposé des outils standardisés afin de faciliter la mise en œuvre de la CTM : mode opératoire de la CTM à l'admission, fiche de CTM à l'admission, fiches pédagogiques, ...

Les enseignements du projet SOP Med'Rec au niveau national :

A l'issue du projet Med'Rec, les points positifs suivants étaient notamment énoncés :

- La clarification du concept de CTM en proposant des définitions françaises
- La modélisation du processus de CTM
- L'identification des professionnels impliqués dans la démarche
- L'intégration de la CTM dans les systèmes d'information hospitaliers
- La reconnaissance de la CTM comme une méthode puissante d'interception des erreurs médicamenteuses et de prévention de l'iatrogénie médicamenteuse ayant un impact sur la sécurisation de la PECM

Les établissements énonçaient également les problématiques auxquelles ils avaient été confrontés au cours du projet :

- L'inadaptation des systèmes d'information hospitaliers à la pratique de la CTM
- Le manque de ressources
- La complexité de l'intégration d'une nouvelle pratique dans la prise en charge des patients au sein de l'établissement
- La nécessité d'adapter les indicateurs de suivi de l'activité de CTM
- La mobilisation des acteurs de ville
- La limitation de l'accès au DP par les pharmaciens hospitaliers
- Le besoin d'une évaluation médico-économique associée à la mise en œuvre du processus de CTM

5.2.2. Les résultats de l'enquête de la DGOS sur la CTM

L'enquête nationale réalisée par la DGOS en 2015 visant à établir un état des lieux de la mise en œuvre de la CTM et à identifier les besoins nécessaires à son développement a connu un taux de 41% de participation parmi les établissements sollicités (MCO, psychiatrie, HAD, SSR et dialyse (121)).

La CTM était principalement effectuée dans les unités dont la durée moyenne du séjour était compatible avec le processus de conciliation : l'activité était peu implantée dans les services d'urgences où la DMS est courte.

Les acteurs identifiés pour la réalisation de la CTM dans les unités étaient les médecins et les pharmaciens. Les professions paramédicales étaient aussi impliquées dans la démarche, telles que les IDE et les PPH. Le recueil des informations était une activité partagée par les différents corps de métiers, tandis que la gestion des divergences restait une activité exclusivement médicale et pharmaceutique.

Les sources d'informations utilisées pour la conciliation étaient, par ordre de fréquence, le dossier pharmaceutique et les ordonnances, l'entretien avec le patient ou avec l'entourage, la prise de contact avec le médecin traitant et le pharmacien d'officine. Le DP était une source peu utilisée en raison de son implantation très limitée dans les structures hospitalières : seulement 7,7% des PUI en disposaient au niveau national. La CTM était pratiquée à l'admission des patients pour 95% des ES, tandis que la CTM de sortie était réalisée dans 68% d'entre eux. L'accueil de la CTM était très bon au sein des équipes pharmaceutiques et des directions (CME) avec moins de 5% de réticence retrouvée. En revanche, la réticence était plus marquée dans les équipes médicales (11%) et d'autant plus dans le privé (17%).

Concernant les indicateurs de la CTM, 32% des ES déclaraient en avoir mis en œuvre pour leur pratique, avec une différence notable entre le privé (21%) et le public (48%).

Parmi les bénéfiques et les impacts favorables de la CTM énoncés par les ES, la sécurisation de la prise en charge était citée par 97% des répondants. Les retours faisaient état d'un renforcement important des liens sociaux et du dialogue entre les équipes en interne, avec notamment une collaboration pluridisciplinaire ville/hôpital/ville (95%), une amélioration de l'information patient (94%), le travail en équipes pluriprofessionnelles (93%). La CTM était également identifiée comme une activité permettant d'améliorer l'efficacité de la prise en charge : optimisation des prescriptions (94%), baisse de la consommation des médicaments (85%), modification de l'organisation (77%), diminution des ré-hospitalisations (71%).

Les freins au développement de la CTM identifiés par l'enquête étaient le manque de disponibilité des professionnels (94%), le manque d'outils (81%), les systèmes d'information et logiciels métiers inadaptés (78%), une méthodologie complexe à mettre en œuvre (75%) et un manque de formation (74%).

Pour conclure, le rapport des résultats de cette enquête énonçait des pré-requis nécessaires à la mise en place de la CTM dans les établissements : s'inscrire dans une démarche globale de sécurisation, s'impliquer de manière adaptée à son organisation en fonction de ses besoins et de ses ressources, établir une priorisation selon un profil de secteur d'activité ou un profil de patients à risque, être portée par la gouvernance des établissements, disposer d'outils et de systèmes d'informations compatibles et adaptés à la conciliation, former les professionnels à la démarche, entretenir un lien avec les professionnels du secteur ambulatoire et formaliser le partage des informations.

5.2.3. Les autres expériences françaises de CTM

En 2012 au centre hospitalier de Bayeux, un audit de satisfaction réalisé à 8 mois de la mise en place de l'activité de CTM à l'admission dans deux services de soins avait permis d'évaluer l'impact de la démarche (130) : il en ressortait que 87,5% des prescripteurs audités n'avaient pas conscience des écarts importants qui peuvent être détectés entre le traitement habituel du patient et celui reconduit à l'hôpital. La démarche de conciliation médicamenteuse leur apparaissait donc comme sécurisante pour le patient, et un gain de temps et une aide pour le prescripteur. En revanche, seuls 25% des prescripteurs avaient recours au BMO établi à l'entrée pour rédiger leur prescription de sortie. Les prescripteurs regrettaient que la CTM ne puisse pas être exhaustive pour l'ensemble de leurs patients hospitalisés, mais reconnaissaient le caractère chronophage de la CTM, et l'importance du travail et du rôle des externes en pharmacie dans sa réalisation.

En 2016, deux établissements appartenant à un GHT de Bourgogne ont mené un projet commun de CTM dans le cadre du projet médical du GHT (131). L'objectif était d'initier l'activité de CTM dans les 2 hôpitaux à l'admission et à la sortie, d'en analyser les résultats et de communiquer avec les professionnels de santé du territoire. Pour ce retour d'expérience, une soirée sur la thématique de la CTM était organisée à destination des professionnels de santé du GHT en vue d'une sensibilisation au processus de conciliation et a ainsi accueilli 56 professionnels. Les résultats de cette expérience rejoignaient ceux de la littérature et étaient donc en faveur d'un déploiement de l'activité, nécessitant une répartition des moyens pharmaceutiques dédiés à l'échelle du territoire.

Le projet CONCIMED, porté par deux établissements strasbourgeois au sein de services de court séjour gériatrique, soutenu par l'ARS Alsace dans le cadre des « Parcours de soins de la Personne âgée d'Alsace » propose d'adapter une méthodologie de réalisation de la CTM développée au Québec, impliquant notamment les PPH. Ce projet consiste en la réalisation d'un guide pratique pour développer la CTM en établissements de santé en associant le pharmacien et le PPH. Il permet de formaliser la délégation des activités au PPH et d'évaluer ses compétences dans cette activité (122).

En 2011, l'équipe du CH de Lunéville publiait ses résultats et ses retours dans sa participation au High 5s (111). Dans le cadre du projet, la pratique de la CTM ne s'appliquait qu'à un seul service de soins. La durée moyenne pour réaliser le BMO par l'équipe pharmaceutique était de 60 minutes, et il fallait environ 3 minutes d'entretien avec le prescripteur pour identifier le caractère intentionnel des divergences constatées. La moitié des patients conciliés ont bénéficié de la CTM dans les 24h suivant leur admission. Le BMO était obtenu après entretien du patient (68,7 % des patients) et de sa famille (18,9 %), analyse des traitements apportés (23,8 %), entretien avec le pharmacien d'officine (58,4 %), entretien avec le médecin traitant (32,7 %), analyse de la lettre du médecin traitant (61,9 %). En moyenne 5,6 sources d'information étaient nécessaires pour aboutir à un BMO exhaustif. Il était retrouvé 294 DIND pour un total de 122 patients, qui étaient sources d'erreurs si non correctement tracées dans le dossier du patient. Un total de 251 DNI étaient décelées chez 110 patients. La classe thérapeutique la plus concernée dans les DNI était celle des médicaments ophtalmologiques, qui est une classe souvent omise par les prescripteurs sur l'OMA, qu'il s'agisse d'un service d'urgences ou d'hospitalisation traditionnelle. De manière générale, l'omission des traitements est le principal problème rencontré : elle concernait 60,9 % des DNI. Les erreurs de dose ou de moment d'administration représentaient 34,3 % des DNI. Parmi les DNI, 11,6% concernaient les bêtabloquants, les anticoagulants et les antidiabétiques dont les insulines. A la suite de ce projet, les équipes pharmaceutiques et médicale étaient ainsi convaincues de l'importance de la CTM dans la sécurisation de la PECM du patient au cours de son parcours de soins. Pour autant, ils énonçaient qu'une « ré-ingénierie » du processus de CTM était nécessaire pour être moins consommatrice de ressources.

Ainsi, en 2013, le CH de Lunéville proposait de formaliser leur processus de conciliation par un logigramme afin de rendre l'activité plus efficiente et recommandait d'avoir recours à cette ré-ingénierie des activités pharmaceutiques évoquée précédemment, pour permettre le re-déploiement de personnel vers le service de pharmacie et l'intégration de la CTM au système d'information hospitalier (132). En effet, l'équipe pointait du doigt la charge de travail induite par l'activité de CTM ce qui peut être considéré comme un obstacle à son implantation. L'implication des préparateurs en pharmacie hospitalière leur semblait indispensable dans la réalisation du BMO. L'équipe insistait également sur l'importance du soutien de l'activité par la CME et le directoire afin de faciliter l'organisation des pratiques pour permettre son développement.

Suite à la mise en place du processus de conciliation thérapeutique dans un service de rhumatologie au CHU de Strasbourg (133), les enquêtes d'opinion menées en 2013 ont dressé un constat très favorable chez les professionnels de santé du service, mais également chez les professionnels de santé de ville, médecins comme pharmaciens. Au cours de l'hospitalisation en rhumatologie, les médecins estimaient que la conciliation de sortie était une aide à la rédaction de la prescription de sortie (90,9%) et considéraient qu'elle favorise l'information du patient sur ses traitements contribuant ainsi à une bonne observance (95,5%). Dans ce travail, le taux d'acceptation des interventions pharmaceutiques par les médecins prescripteurs en lien avec la CTM était proche du taux observé dans de nombreuses études (92,9%).

Une étude prospective multicentrique réalisée sur trois profils d'établissements différents de la région strasbourgeoise (un CHU, un CH et une clinique) menée entre 2007 et 2011, étudiait l'impact des consultations pharmaceutiques sur les EIM (134). Les consultations pharmaceutiques consistaient en la réalisation d'un BMO suivi d'une conciliation à l'admission, de la recherche d'allergies et d'automédication au cours d'un entretien avec le patient, d'une réévaluation complète du traitement médicamenteux, de l'évaluation de fonctions cognitives et de la recherche de comportement à risque d'EIM. Sur la totalité des patients présentant une allergie médicamenteuse, 73% étaient mentionnées dans le dossier médical, et à l'inverse, l'entretien a permis d'exclure 6% des allergies médicales mentionnées dans le dossier médical. L'automédication était pratiquée par 57% des patients. La pratique de l'automédication représentait l'une des causes de iatrogénie identifiées, avec notamment le risque de redondance d'un principe actif pris en automédication et prescrit par le médecin avec un risque de surdosage, un risque d'interactions médicamenteuses, l'addition d'effets indésirables. La mise en place d'actions telles que la consultation pharmaceutique intégrant la réalisation de CTM permet ainsi de réduire considérablement le nombre d'EIM.

En 2021, le CH de Toulon-La Seyne sur mer a publié son retour d'expérience sur plus de 2 ans de pratique de la conciliation médicamenteuse à l'entrée des patients dans une unité de chirurgie orthopédique. Il était retrouvé que 75% de la population avait au moins une divergence non intentionnelle, avec en moyenne 2,3 divergences non intentionnelles par patient. 75% des divergences non intentionnelles ont été prises en compte et corrigées. L'équipe médicale et soignante était globalement satisfaite (135).

5.2.4. Les projets de recherche en pharmacie clinique ciblant la conciliation médicamenteuse

Depuis 2012, plusieurs projets de conciliation médicamenteuse ont bénéficié d'une subvention dans le cadre de PREPS :

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

Tableau 7 : Les projets de conciliation médicamenteuse ayant bénéficiés d'un financement dans le cadre d'un PREPS depuis 2012

Suite aux deux appels à projets de pharmacie clinique de la DGOS, 20 projets ont pu bénéficier d'un accompagnement financier à hauteur de 250 000 euros par structure, soit une enveloppe totale de 2,5 millions d'euros par appel à projet (136).

Les lauréats des deux appels à projets pharmacie clinique DGOS sont les suivants :

Lauréats du 1 ^{er} appel à projets de la DGOS	Lauréats du 2 nd appel à projets de la DGOS
<p><u>EPSM du Morbihan</u> « Optimiser le processus de sortie des patients hospitalisés en santé mentale en les positionnant acteurs de leur parcours de soins »</p>	<p><u>Hôpitaux universitaires de Strasbourg</u> « IATRO'MED : Initiative d'Accompagnement à domicile du TRaitement Optimisé MEDicamenteux après hospitalisation »</p>
<p><u>Centres SSR de Saint-Joseph et de Jalavoux</u> « Optimiser la prise en charge médicamenteuse chez la personne âgée lors de son séjour en centre de SSR »</p>	<p><u>Hôpital Cochin</u> « Projet CHOPIN (Cochin HEGP Oncologie Pharmacien Interactions) : impact du pharmacien clinicien en hôpital de jour d'oncologie médicale sur la réduction des risques médicamenteux liés à l'initiation d'un traitement anti-tumoral »</p>
<p><u>CHU de Dijon</u> « Optimiser le parcours de soins du patient traité par chimiothérapie anticancéreuse : programme COACH – COllaboration Assistance Chimiothérapie »</p>	<p><u>Institut Sainte-Catherine, Avignon</u> « Etude de l'impact clinique et médico-économique d'une organisation innovante de pharmacie clinique partagée au sein de 2 établissements de cancérologie intégrant un système d'assistance numérique personnalisé permettant la sécurisation de la délivrance et le suivi continu du patient sous thérapie orale à domicile »</p>
<p><u>CHU de Nantes - CH de Saint-Nazaire</u> « Organiser le parcours de soins des patients chirurgicaux adultes et pédiatriques : intégrer, graduer et évaluer une offre territoriale globale de pharmacie clinique »</p>	<p><u>CHU de Rennes</u> « CONPARMED Haute Bretagne : Garantir la CONTinuité du PARcours de soins MEDicamenteux du patient âgé : une approche territoriale de pharmacie clinique »</p>
<p><u>CHR de Metz-Thionville</u> « Rationaliser et sécuriser la prise en charge thérapeutique du patient par le déploiement de la pharmacie clinique »</p>	<p><u>CHRU de Besançon</u> « Sécuriser la prise en charge et le parcours thérapeutique des patients pédiatriques »</p>
<p><u>CH Métropole-Savoie (site de Chambéry)</u> « Accompagner le patient au cours de sa pathologie cancéreuse »</p>	<p><u>Hôpital Edouard-Herriot, Lyon</u> « Projet 5P : Programme Personnalisé de Pharmacie clinique intégré dans le Parcours du Patient »</p>

<u>GHT Nord-Icaunais (CH de Joigny et CH de Sens)</u> « Développer la pharmacie clinique dans le groupement hospitalier de territoire Nord-Icaunais »	<u>CHU Grenoble-Alpes</u> « PETRA : Pharmacie clinique En Transplantation RénAle »
<u>Hôpital René-Muret (AP-HP)</u> « Mettre en place des interventions de pharmacie clinique au point de transition hôpital-ville pour la préparation à la sortie et l'accompagnement des patients hospitalisés en service d'addictologie »	<u>CH de Cholet</u> « Intégrer la pharmacie clinique dans le parcours chirurgical du patient du Choletais et des Mauges - Améliorer - Sécuriser - Rationaliser la prise en charge thérapeutique des patients »
<u>CH Saint-Mihiel de Verdun</u> « Mettre en place la conciliation médicamenteuse au service d'accueil des urgences pour les patients de 75 ans et plus qui seront hospitalisés »	<u>CHU de Nîmes</u> « Mise en œuvre et impact du bilan partagé de médication en service de chirurgie sur la prise en charge médicamenteuse des patients âgés en ville »
<u>Hôpital de la Timone (AP-HM)</u> « Étudier une démarche pluridisciplinaire visant à sécuriser la prise en charge thérapeutique du patient de plus de 75 ans poly-pathologique et hospitalisé dans des services non gériatriques et l'étendre vers une démarche ville-hôpital lors de sa sortie »	<u>CH Camille-Claudé</u> « Déploiement d'une démarche de pharmacie clinique au sein de la filière d'addictologie »

Les résultats de ces appels à projet ont notamment pu démontrer une meilleure coordination entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier se traduisant par une diminution du risque d'EM sur l'ensemble du parcours de soins des patients, une optimisation des prescriptions médicales, une amélioration du circuit du médicament dans les établissements de santé grâce à une meilleure information des professionnels des services cliniques par les équipes pharmaceutiques.

L'ARS Île-de-France a retenu 12 projets qui visent à optimiser la prise en charge médicamenteuse des patients grâce à la conciliation médicamenteuse et à favoriser la coordination entre les professionnels de santé autour de la prise en charge thérapeutique des patients en Île-de-France. Le comité a accordé de l'importance à l'approche territoriale visant à limiter les inégalités de santé et à partager le progrès. L'agence a retenu 12 projets sur les 31 proposés en réponse à un appel à projets lancé en mars 2019. Un financement d'environ 256 000 euros a été réparti entre les projets sélectionnés. Par ailleurs, un financement total de 14 000 euros, dédié à la formation à la conciliation médicamenteuse, a été accordé à 7 autres projets prometteurs pour les aider à entrer dans la démarche. Au cours de la sélection des projets, l'ARS a pu constater le développement de nouvelles populations cibles (pédiatrie, population pénitentiaire, patients atteints par des maladies

rares) et la recherche d'organisations innovantes (cellule d'expertise pour la conciliation à l'usage des médecins de ville, téléconsultation pharmaceutique de conciliation).

Etablissement porteur du projet	Descriptif du projet
<u>APHP Hôpital Bichat Claude Bernard</u>	CONCIVIH : Apport d'une démarche de conciliation médicamenteuse au sein d'une cohorte de personnes vivant avec le VIH de plus de 50 ans et s'approvisionnant pour leur traitement antirétroviral en rétrocession hospitalière
<u>APHP GH Robert Debré</u>	Implémentation de la conciliation médicamenteuse au sein du service d'Hématologie-Immunologie pédiatrique du CHU Robert Debré-APHP, Paris 19ème arrondissement
<u>APHP Hôpital Saint Antoine</u>	Mise en place d'une Conciliation médicamenteuse multicomposante : sécurisation de la prise en charge des patients polymédiqués et sous anticoagulant, hospitalisés en chirurgie Orthopédique et REtournant en Ville (domicile ou en EHPAD) : programme COREV
<u>Institut Curie</u>	Mise en place d'une téléconsultation pharmaceutique de conciliation médicamenteuse à l'Institut Curie (Sites de St Cloud et de Paris) et développement des relations avec les professionnels de santé extrahospitaliers impliqués dans le parcours de soin du patient
<u>Institut Mutualiste Montsouris</u>	Mise en place de la conciliation médicamenteuse proactive d'entrée au moment de la consultation d'anesthésie en vue d'une chirurgie cardiaque programmée ainsi que de la conciliation de sortie lors de l'hospitalisation du patient
<u>APHP Hôpital Antoine-Béclère</u>	Intégration des soins pharmaceutiques au parcours de soins du patient de chirurgie orthopédique septique
<u>Clinique des Platanes</u>	Conciliation médicamenteuse 2.0 : informatisation de la conciliation médicamenteuse et autonomisation des patients en addictologie
<u>Institut de Réadaptation de Romainville</u>	La conciliation médicamenteuse au sein de l'Institut de réadaptation de Romainville

<u>EPSN Fresnes</u>	Déploiement de la conciliation médicamenteuse auprès des patients détenus
<u>APHP Hôpital Bicêtre</u>	Optimiser la prise en charge médicamenteuse des patients souffrant de maladie rare : preuve de concept dans l'hypertension pulmonaire
<u>APHP Hôpital Pitié Salpêtrière - Charles Foix</u>	Conciliation médicamenteuse pour les malades âgés polymédiqués en contexte de soin primaire ; une expérimentation innovante
<u>Hôpitaux de Saint-Maurice</u>	Déploiement de la conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie du patient adulte hospitalisé en psychiatrie

6. Etats des lieux de la conciliation en psychiatrie

6.1. Intérêts du développement de la CTM en psychiatrie

Dans son programme pluriannuel en psychiatrie et santé mentale 2018-2023, la HAS énonce dans ses missions transversales sa volonté de développer de nouveaux indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) en psychiatrie : la thématique de la coordination entre l'hôpital et la ville est l'un des 3 axes de travail des indicateurs (137).

Les patients suivis en psychiatrie sont à risque de mauvaise observance (liée à la pathologie psychiatrique, à l'impact d'une maladie chronique), de rechute et de ré-hospitalisation. De par leur pathologie psychiatrique et leurs traitements médicamenteux associés, ces patients sont à haut risque de comorbidités. Le parcours de soins de ces patients est relativement complexe du fait de la grande diversité des professionnels intervenant dans la prise en charge et des structures associées. Il est donc primordial de s'assurer autant que possible de la bonne continuité de la prise en charge et des thérapeutiques et d'éviter les ruptures de suivi et de traitement (138).

La majorité des patients reçus en hospitalisation temps plein sont adressés par des personnes physiques ou morales habilitées à demander des soins psychiatriques sans consentement du patient ou par des services d'accueil des urgences. L'entrée des patients est ainsi rarement programmée, de même que les sorties sont rarement planifiées, du fait des prises en charge très variables pour les patients en fonction de leur pronostic et besoins de santé.

La population de patients hospitalisée en établissements psychiatriques présente plus fréquemment des affections somatiques et des comorbidités, et présente également des facteurs de risque peu ou non contrôlés (addictions, surpoids) ou des conditions de vie

défavorables ou précaires, avec un risque de mortalité prématurée. Il est estimé que 30 à 60% des patients hospitalisés en psychiatrie présentent une pathologie somatique (139).

Les études de conciliation médicamenteuse réalisées en MCO ont fréquemment exclu les troubles mentaux de leurs critères d'inclusion.

6.2. Les freins identifiés à la mise en œuvre de la CTM en psychiatrie

Au même titre qu'en MCO, le développement de la CTM en établissement psychiatrique se heurte à un manque d'appui et de soutien institutionnel, bien que son intégration aux processus de certification et du CAQES soit un tremplin non négligeable pour favoriser sa mise en œuvre.

Les singularités de la prise en charge en milieu psychiatrique peuvent constituer un frein à la mise en œuvre de la CTM. L'état psychique des patients à leur admission et l'organisation spécifique de la prise en charge psychiatrique principalement en situation aiguë (chambre d'isolement, déambulation, sédation) peuvent parfois constituer un obstacle à la réalisation d'un entretien patient et d'une CTM au plus près de l'entrée. Néanmoins dans les cas où un entretien est réalisé, si celui-ci ne conduit pas à la collecte d'informations précises sur les médicaments pris par le patient, il permet tout de même généralement d'accéder aux coordonnées des professionnels de santé prenant en charge le patient en ambulatoire (médecin traitant, psychiatre traitant, pharmacie d'officine). La présence d'une frontière de prise en charge entre le somatique et le psychiatrique caractéristique nécessite parfois le recours à une organisation particulière de la CTM dans le recueil des sources. Le manque de temps pharmaceutique dédié à l'activité de CTM peut également constituer un obstacle à la pérennisation de la CTM dans des établissements psychiatriques où les équipes pharmaceutiques comptent parfois un faible nombre de pharmaciens (138).

Dans l'étude de M. Buiche (140) relative à l'expérimentation du rapport Med'Rec 2015 de l'HAS dans un établissement psychiatrique, certains freins spécifiques à la réalisation de la CTM en psychiatrie ont été identifiés : difficultés à la réalisation de la conciliation dans les 24h ou pour les patients en chambre de soins obligés, cloisonnement entre la prise en charge somatique et psychiatrique, libre circulation des patients. Tous ces freins sont contournables par une adaptation de l'organisation.

6.3. Les expériences de CTM en psychiatrie

6.3.1. A l'étranger

En 2009 au Royaume-Uni, un audit d'amélioration de la qualité mené par le « Prescribing Observatory for Mental Health » dans des établissements de santé mentale ciblant la

conciliation médicamenteuse en milieu hospitalier psychiatrique, conduit sur la base d'un premier audit, suivi d'un second audit 16 mois plus tard, a recueilli un total de 45 réponses sur l'ensemble des établissements sollicités par le système de santé publique anglais (National Health Service Trust) (141). Parmi les établissements ayant répondu au questionnaire, 36 d'entre eux réalisaient de la CTM (processus formalisé ou projet en cours). Le processus était entrepris par le prescripteur à l'admission pour 10 d'entre eux, par le pharmacien (6 établissements), par le PPH (5 établissements), par le médecin de l'équipe clinique prenant en charge le patient (2 établissements), par le psychiatre référent (1 établissement) ou par une IDE (1 établissement). Seuls 22% des établissements disposaient de protocoles de CTM considérés comme complets, c'est-à-dire qu'y figuraient les éléments relatifs aux acteurs, aux délais de réalisation, au procédé de renseignement de la CTM dans le dossier médical. Il était retrouvé que 25% des patients présentaient une divergence médicamenteuse au premier audit, et 31% au second. Les divergences étaient identifiées par l'équipe pharmaceutique à 62% puis 80%, contre une identification à 24% puis 14% par l'équipe médicale.

En 2013 en Arabie Saoudite, un sondage réalisé auprès des directeurs des PUI d'une vingtaine d'hôpitaux psychiatriques énonçait que 70% des répondants étaient familiers avec la pratique de la CTM et estimaient que celle-ci constituait une intervention bénéfique en terme de sécurité. Seulement 25% des directeurs avaient initié la pratique de CTM dans leurs services et 40% estimaient ne pas disposer des ressources nécessaires à sa mise en œuvre (142).

En 2013 en Grande-Bretagne, l'équipe de Brownlie a étudié l'impact de la conciliation médicamenteuse en établissement psychiatrique, réalisée par des techniciens en pharmacie (équivalents des PPH en France) (143). Sur les 377 admissions, 212 patients présentaient au moins une DNI. Un total de 569 DNI était relevé, soit une moyenne de 1,5 médicaments par admission. Sur l'ensemble des DNI, la moitié (48,3%) concernait des médicaments psychiatriques. Venaient ensuite par ordre de fréquence les médicaments de la sphère cardiovasculaire (11,1%) et des médicaments d'endocrinologie (9,3%) parmi lesquels une moitié environ étaient des traitements du diabète (insuline ou Anti-Diabétiques Oraux (ADO)). Le type de divergence le plus commun était l'omission de traitement médicamenteux.

En 2014 aux Etats-Unis, l'équipe de L. Watson (144) a réalisé une étude pilote (étude EQUIPP) de gestion de la prise en charge médicamenteuse du patient en clinique gérontopsychiatrique, sur la base d'une intervention de conciliation médicamenteuse, ciblant les patients de plus de 65 ans dont la prescription comporte au moins deux médicaments de la sphère psychiatrique. Sur les 27 patients inclus, la moyenne d'âge était de 75 ans. Les patients avaient en moyenne 9 pathologies chroniques et prenaient 14 lignes de médicaments (incluant traitements d'automédication et de phytothérapie), sur lesquelles il

était retrouvé que 4 posaient un problème. Chaque patient était suivi en moyenne par 3 prescripteurs différents.

En 2015, Kothari et al (145) ont étudié le déploiement de la conciliation médicamenteuse en secteur de soins secondaire en santé mentale en Angleterre, Ecosse, Irlande du Nord et Pays de Galles. L'objectif de ce travail était de dresser un état des lieux des pratiques de conciliations et du rôle de l'équipe pharmaceutique dans la démarche. Un total de 42 établissements ont répondu (taux de réponse de 52%), parmi lesquels 88% d'entre eux disposaient d'un processus formalisé décrivant l'ensemble des étapes de réalisation de la conciliation médicamenteuse. La formation initiale à la conciliation destinée aux médecins était réalisée par l'équipe pharmaceutique. Les établissements estimaient que 80% des conciliations en moyenne étaient réalisées dans les 24h. Pour 71% des structures, la conciliation était réalisée de manière quotidienne par les équipes pharmaceutiques dans les services de soins aigus. Les professionnels de santé impliqués dans la réalisation de la conciliation étaient des pharmaciens à 95%, des PPH à 71%, des médecins à 67% et des IDE à 43%.

6.3.2. En France

En 2013, le CH de Villejuif a été parmi les premiers en France à expérimenter la CTM à l'admission au sein de ses 6 unités de psychiatrie (146). Au cours d'une étude prospective, 24 patients ont été inclus sur les 204 entrées (12%). L'équipe avait recours aux indicateurs de l'OMS, MR1 à MR5. Parmi les patients conciliés, 25% d'entre eux étaient vus dans les 24h (MR1). Il y avait 6,6 DI par patient (MR2) et 0,6 DNI par patient (MR3). Tous les patients présentaient au moins une divergence dans leur traitement (MR5) et 42% des patients avaient au moins une DNI (MR4). Sur le total de 15 DNI identifiées, 40% concernaient la classe cardiovasculaire, 20% étaient des Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP), 13% étaient relatives aux anti-asthmatiques et 13% aux antipsychotiques : 87% des DNI concernaient donc des traitements somatiques, ce qui souligne la particularité de la psychiatrie où la prise en charge médicamenteuse est majoritairement axée autour des psychotropes. Les types de divergences retrouvées étaient des omissions de traitements (66%), des modifications de posologie (20%), des modifications de fréquence d'administration (7%) ou de forme galénique (7%). En moyenne, il fallait 75 minutes pour établir le BMO et 16 minutes pour réaliser l'acte de conciliation à proprement parler.

En 2014, toujours à Villejuif, l'équipe de Mouffak et al a souhaité dresser un état des lieux des difficultés rencontrées qui peuvent compromettre la réalisation de la conciliation (147). Ils ont ainsi analysé les patients éligibles à la CTM mais pour lesquels celle-ci n'a pas pu être réalisée, afin d'identifier les contraintes. Les contraintes étaient catégorisées en contraintes dépendantes du contexte psychiatrique ou contraintes indépendantes. En fonction des solutions qu'il était possible d'apporter pour contourner ces contraintes, celles-ci étaient

alors classées en « contournables » ou « non contournables ». Sur l'ensemble des patients admis éligibles, 41% n'ont pas été conciliés. 3 contraintes dépendantes du contexte psychiatrique ont été identifiées dans l'étude : la rupture de soin, la rupture familiale et les difficultés de communication avec le patient (mutisme, délire, isolement). L'établissement du BMO se basant sur une combinaison de plusieurs sources d'informations, ces contraintes prises individuellement semblaient contournables. 8% des patients n'ont pourtant pas pu être conciliés du fait d'un manque de fiabilité ou de l'absence d'information. L'effectif limité de l'équipe pharmaceutique et l'indisponibilité des professionnels de santé du secteur ambulatoire (notamment en période estivale) étaient les deux seules contraintes indépendantes du contexte psychiatrique identifiées comme non contournables dans l'immédiat. Ces contraintes étaient à l'origine de 33% de non réalisation de la CTM chez les patients éligibles, par dépassement du délai de 72h après l'admission.

En 2016 dans le même établissement, l'équipe de P. Garriguet (148) a présenté ses résultats de 3 années d'expérience de la CTM en psychiatrie générale adulte. La CTM d'entrée était réalisée de façon rétrospective dans les 24-72h, et la CTM de sortie était réalisée a posteriori dans les deux semaines suivant la sortie d'hospitalisation. Sur 2604 entrées, 303 conciliations d'entrée ont été réalisées, parmi lesquelles 42% présentaient au moins une DNI. Le taux de DNI par patient était de 0,8. L'entretien pharmaceutique n'était pas réalisable pour seulement 9% des patients conciliés à l'entrée, ce qui n'était pas un obstacle à la finalisation du BMO grâce aux autres sources disponibles. L'arrêt involontaire de traitement était le type de divergences le plus fréquemment rencontré (61%), suivi ensuite des écarts de posologie, de forme galénique ou de dosage (29%), et des ajouts fortuits (10%). La CTM de sortie a été réalisée pour 159 patients : 30% des patients conciliés à la sortie présentaient au moins 1 DNI. Dans 89% des cas, les DNI se rapportaient à des spécialités à visée somatique. Ces médicaments appartenaient au système cardiovasculaire dans 29% des cas, aux voies digestives et métabolisme dans 26% des cas et ensuite aux médicaments du système nerveux (11%) et respiratoire (11%).

Au vu des résultats à l'issue de ces 3 années, la CTM apparaissait donc comme un processus pertinent en psychiatrie. Les critères d'inclusion et de non inclusion à la CTM avaient évolué au cours des 3 années. L'équipe distinguait des critères d'inclusion liés au parcours et à l'organisation des soins, liés au patient et liés au médicament (tableau X). Les critères de non inclusion faisaient partie de ceux classiquement retrouvés : refus du patient, patient adressé par une structure d'hospitalisation pris en charge depuis plus de 72h. Ces critères ont évolué suite à des signalements d'événements indésirables dont l'analyse des causes révélait un bénéfice à la réalisation d'une CTM pour en minimiser les risques. La présence d'un seul des critères suffisait à inclure le patient à la démarche de CTM.

Critères liés au parcours et à l'organisation des soins	Patient adressé par une structure d'hospitalisation temps plein ou partiel et pris en charge par cette structure d'amont moins de 72h Demande expresse du médecin généraliste hospitalier Demande expresse du psychiatre hospitalier
Critères liés au patient	Patient âgé de plus de 65 ans Patient présentant une maladie chronique : diabète, dysthyroïdie, cancer, glaucome, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, insuffisance rénale chronique et/ou insuffisance hépatocellulaire
Critères liés au médicament	Médicament relevant d'un Plan de Gestion des Risques (PGR) national Médicament à prescription restreinte Médicament stupéfiant ou relevant de la règle de prescription des stupéfiants Médicament relevant d'un PGR local : anticoagulants oraux, médicaments à marge thérapeutique étroite, médicament du métabolisme potassique

Tableau 8 : Critères d'inclusion de 2015 pour la réalisation de la CTM au CH Paul Guiraud de Villejuif

Au cours de la conciliation de sortie, une fiche de conciliation de sortie était réalisée comprenant le BMO d'entrée et le BMO de sortie, mentionnant les modifications de traitements médicamenteux apportées au cours de l'hospitalisation. Ces informations étaient validées conjointement par le psychiatre, le médecin généraliste et le pharmacien hospitalier. Cette fiche était ensuite transmise par courrier au médecin traitant de ville et au pharmacien d'officine. En cas de divergences constatées entre l'OMS remise au patient et la fiche de conciliation, des commentaires étaient adressés au médecin traitant et au pharmacien de ville pour leur préciser les éventuelles corrections à apporter.

En 2015 en Martinique, à Fort-de-France, une équipe a expérimenté la mise en place de la CTM au sein d'un établissement de psychiatrie, en ciblant les patients âgés de plus de 65 ans, et a ainsi inclus 16 patients (149). La moyenne d'âge était de 71,3 ans avec un ratio H/F de 1,3. Un total de 140 lignes de prescription a été analysé. Les sources d'informations utilisées pour réaliser le BMO étaient le DP (100%), l'appel au pharmacien d'officine (62,5%), le médecin spécialiste (62,5%). Le patient était une source dans la moitié des cas. 38% des dossiers conciliés présentaient au moins une DNI (essentiellement des oublis de prescription) et 10% des lignes de prescription analysées étaient des DNI. Les DNI se répartissaient par type de médicament selon les ratios suivants : 54% de médicaments somatiques, 31% d'antipsychotiques, 15% d'antidépresseurs. Le temps moyen de réalisation de la conciliation était de 67,8 minutes par patient, décomposé en 36,5 minutes pour le BMO et 31,3 minutes pour l'analyse. Sur l'ensemble des propositions d'interventions pharmaceutiques émises suite à la réalisation de la CTM, 85% d'entre elles étaient modifiées par le prescripteur en post conciliation.

En 2015, l'EPSM Lille-Métropole a évalué la nouvelle organisation de son activité de CTM à l'admission suite à l'augmentation de son effectif en externes de pharmacie (150). De 2 externes qui effectuaient la CTM depuis la pharmacie jusqu'à fin 2014, l'effectif est passé à 4 externes début 2015 présents dès lors dans les services de soins pour pratiquer la CTM. De 178 CTM réalisées au cours de l'année 2014, le nombre de CTM effectuées a doublé puisque que sur les 6 premiers mois de 2015, 178 CTM avaient été réalisées. En 2014, 10% des prescriptions comportaient au moins une DNI, contre 22% au premier semestre 2015. Le taux d'acceptation des IP relatives aux DNI identifiées s'est nettement amélioré, puisque le taux était de 45% en 2014 contre 93% en 2015, ce qui démontre bien que l'intégration des externes dans les services permet de faciliter la transmission des DNI aux prescripteurs. Les sources d'informations les plus fréquemment utilisées étaient le Dossier Patient Informatisé (DPI) (100% en 2014 et 2015), le médecin traitant (35% en 2014 et 77% en 2015) et le pharmacien d'officine (5% en 2014 et 83% en 2015). Dans cette nouvelle organisation, le recueil des coordonnées du médecin traitant et du pharmacien d'officine a été systématisé à chaque entrée de patient, ce qui a permis l'accès à des informations de source solide et fiable. L'équipe souligne que cette nouvelle organisation permet d'optimiser le processus de CTM, mais n'est possible qu'avec un effectif d'externes suffisant et constant.

En 2016 à Bordeaux au CH Charles Perrens (151), une équipe a travaillé sur l'optimisation de l'utilisation des psychotropes chez les patients de plus de 65 ans, dans un projet en 3 étapes chronologiques de suivi : une CTM d'admission, une CTM de sortie, et un contact à l'officine du patient 45 jours après la sortie d'hospitalisation. Les objectifs étaient d'évaluer le taux d'optimisation de lignes de prescription à visée anxiolytique ou hypnotique lors de l'hospitalisation et d'étudier le devenir de ces optimisations à 45 jours de la sortie. A l'entrée, 34 patients ont été inclus et 51 lignes de prescription à visée anxiolytique/hypnotique étaient détectées. L'âge moyen des patients inclus était de 76 ans. L'étude des OMS de sortie retrouvaient que 27 patients avaient bénéficié d'une optimisation de leurs lignes de psychotropes, ce qui représentait 37 lignes optimisées sur 51 (73%), et un total de 40 lignes de prescription à visée anxiolytique/hypnotique à la sortie. A 45 jours de la sortie, les prescriptions de ville étaient obtenues pour 23 patients sur 27 : 76% des lignes étaient toujours optimisées pour 19 patients.

7. Stratégies de priorisation de la conciliation médicamenteuse

7.1. Intérêts et réflexions de priorisation des activités de pharmacie clinique

Dans son rapport des résultats de l'enquête sur le déploiement de la CTM de 2015, la DGOS évoquait déjà la notion de priorisation (121). D'après les retours des établissements, les populations priorisées dans le cadre de cette activité étaient notamment les personnes de plus de 65 ans et les patients polymédicamentés. Le rapport citait certaines initiatives individuelles de priorisation entreprises par certains établissements : priorisation en

fonction de la maladie (chronique, psychiatrique, polyopathologique), de l'âge (enfant, personne âgée), de critères sociaux ou cognitifs (personnes isolées, ne parlant pas français, handicapées, en perte d'autonomie, en déclin cognitif), de services (SSR, EHPAD, chirurgie), de modes d'entrée (urgences, entrées programmées), des thérapeutiques (MAR, médicaments de la greffe), ou de scores (MEDREC, scores internes).

D'ailleurs l'expérimentation Med'Rec avait recours à la priorisation en ciblant spécifiquement la conciliation chez les patients de plus de 65 ans passés par les urgences et hospitalisés dans un service de court séjour.

La SFPC elle aussi, dans sa fiche mémo de préconisations pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux de 2015 (112), précisait que bien que tous les patients soient éligibles à cette activité, s'agissant d'une démarche nécessitant de dégager un certain nombre de ressources, il valait mieux commencer à déployer en pratique en se concentrant sur certains patients à risque et/ou certains services. Elle recommandait déjà le recours à des outils de CTM adaptés pour la prise en charge de populations ou de situations particulières pour prendre en compte ces spécificités.

La priorisation de la conciliation médicamenteuse est en adéquation avec les enjeux actuels de déploiement de la pharmacie clinique, pour développer et pérenniser les activités, dans un contexte de ressources humaines et financières souvent contraintes et des exigences réglementaires croissantes, afin de démontrer leur pertinence et leur efficacité dans une volonté d'optimisation et de valoriser ainsi le travail des équipes. La stratégie de pharmacie clinique doit ainsi être définie à partir d'une analyse de risques réalisée par une équipe pluridisciplinaire, permettant de repérer les patients pour lesquels ces activités seront les plus bénéfiques. La stratégie de pharmacie clinique doit ainsi être formalisée, validée et évolutive, associant des objectifs actuels et à venir, sur la base des critères d'objectifs SMART : spécifique, mesurable, atteignable, réaliste, temporellement défini. L'analyse des risques doit permettre d'identifier, dans le but de contribuer à la sécurisation de la PECM, les médicaments à risque (MAR), populations à risque (PAR) et les organisations à risque (OAR) (152). Il est possible de réaliser des combinaisons de MAR +/- PAR +/- OAR.

- Médicaments à risque (MAR) :

Dans 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, aussi appelé « arrêté RETEX » (11), les médicaments à risque sont définis ainsi : « Médicaments requérant une sécurisation de la prescription, de la dispensation, de la détention, du stockage, de l'administration et un suivi thérapeutique approprié, fondés sur le respect des données de référence afin d'éviter les erreurs pouvant avoir des conséquences graves sur la santé du patient (exemples : anticoagulants, antiarythmiques, agonistes adrénergiques IV,

digitaliques IV, insuline, anticancéreux, solutions d'électrolytes concentrées...). Il s'agit le plus souvent de médicaments à marge thérapeutique étroite. »

La liste des MAR, qui se veut non exhaustive, est construite sur une liste commune issue de sources telles que celle des « never events » ou encore la liste des médicaments de niveau d'alerte élevé de l'ISMP (Institute for Safe Medication Practices) (153), agrémentée de variantes, propre à chaque établissement et adaptée notamment sur la base de retours d'expériences d'événements indésirables médicamenteux.

La circulaire DGOS/PF2 n°2012-72 (154) définit la liste des 12 événements qui ne devraient jamais arriver, élaborée à partir de la démarche des « never events » du National Health Service en Grande-Bretagne et des accidents survenus en France :

- 1-Erreur lors de la prise en charge des patients traités avec des médicaments anticoagulants
- 2-Erreur lors de l'administration du chlorure de potassium injectable
- 3-Erreur de préparation de spécialités injectables pour lesquelles les modes de préparation est à risque
- 4-Erreur d'administration par injection intrathécale au lieu de la voie intraveineuse
- 5-Erreur d'administration par injection parentérale au lieu de la voie orale ou entérale
- 6-Erreur de rythme d'administration du méthotrexate par voie orale (hors cancérologie)
- 7-Erreur d'administration des anticancéreux, notamment en pédiatrie
- 8-Erreur d'administration d'insuline
- 9-Erreur d'administration de spécialités utilisées en anesthésie réanimation au bloc opératoire
- 10-Erreur d'administration de gaz à usage médical
- 11-Erreur de programmation des dispositifs d'administration (pompes à perfusion, seringues électriques...)
- 12-Erreur lors de l'administration ou l'utilisation de petits conditionnements unidoses en matière plastique (exemple : unidose de sérum physiologique, solution antiseptique...), notamment à la maternité ou en pédiatrie.

Au Canada, une liste de critères de vulnérabilité à la pharmacothérapie en établissement de santé a été publiée en 2019 (155).

- Populations à risque (PAR) :

Dans l'arrêté RETEX, le patient à risque est défini comme un patient plus à risque d'événements indésirables médicamenteux, avec un risque accru d'intolérance ou de surdosage relevant de mécanismes notamment pharmacocinétiques et pharmacodynamiques (insuffisance rénale, insuffisance hépatique, enfants, nouveau-nés et personnes âgées, femmes enceintes ou allaitantes...).

Exemples : patient âgés, patients polymédiqués, patients avec insuffisance fonctionnelle d'organe, patients ciblés à l'aide d'un score/grille.

- Organisation à risque (OAR) :

Il paraît essentiel, en plus des facteurs de risque inhérents au patient et à ses médicaments, de prendre en considération l'environnement dans lequel celui-ci évolue. En effet, des facteurs organisationnels du système peuvent constituer des conditions sous-jacentes à la survenue d'une EM (156).

Exemples : circuit chirurgical, hospitalisation non programmée en provenance du domicile, service de cardiologie, passage par les urgences.

7.2. Les outils de priorisation déployés et travaux menés en MCO

7.2.1. Les outils généraux de pharmacie clinique

Au CHU de Toulouse, A. Bigot a décrit l'élaboration d'un outil d'aide à la décision pour prioriser les activités de pharmacie clinique dans les unités de soins grâce à une étude d'analyse des risques (157). Les critères de l'étude étaient retenus sur la base des données bibliographiques et à partir de trois approches : les MAR, les PAR et les OAR. Les critères étaient validés par un consensus de pharmaciens cliniciens.

MAR		PAR		OAR	
Critère	Indicateur	Critère	Indicateur	Critère	Indicateur
Liste MAR	DDD/1000j (PUI)	Insuffisants rénaux sévères	% de séjours (BIO.)	Passage par les urgences	% de séjours (DIM)
		Patients cirrhotiques	% de séjours (DIM)	IPDMS 1,3	% de séjours (DIM)
		Patients traités par immunosuppresseurs	DDD/1000j (PUI)		
		Patients traités par chimiothérapie orale	DDD/1000j (PUI)		
		Personnes âgées : plus de 75ans	% de séjours (DIM)		
		Femmes enceintes	% de séjours (DIM)		
		Patients avec comorbidités élevées : GHM NIV 4	% de séjours (DIM)		

Tableau 9 : Critères de risque et méthode de recueil utilisés dans le cadre des travaux de A. Bigot

Plusieurs études ont été menées pour tenter de construire des outils prédictifs permettant de détecter la présence ou le risque de survenue d'évènements indésirables médicamenteux (158)(159)(160). Ces études se restreignaient fréquemment à une population spécifique (patients âgés) ou certains services.

L'équipe de TL. Nguyen et al a développé un modèle prédictif permettant d'identifier les patients à haut risque d'erreur médicamenteuse : l'outil PRISMOR (161). Dans cette étude, l'erreur médicamenteuse se définissait comme la survenue d'une DNI à la conciliation d'entrée ou une erreur de prescription (sous entendue une prescription en dehors de recommandations cliniques). Un total de 1408 patients ont été admis dans 21 services (4 services de chirurgie et 17 services de médecine). La moyenne d'âge était de 68 ans et 52% des patients inclus étaient des hommes. Au cours de l'étude, les pharmaciens ont identifié 609 EM dont la majorité étaient des DNI. La survenue d'EM était associée significativement à 5 classes ATC : agents antithrombotiques (B01), agents antibactériens pour usage systémique (J01), psycholeptiques (N05), dérivés sanguins et solutions de perfusion (B05) et antalgiques (N02). Le modèle multivarié intégrait 11 variables : l'âge, le nombre de médicaments prescrits, l'initiation de traitement avant l'admission, la disponibilité d'un BMO, la présence de psycholeptiques ou de dérivés sanguins, le type de spécialité d'admission (médicale ou chirurgicale), une hospitalisation dans les 30 derniers jours, une admission par les urgences, la période d'admission (jour ou nuit), l'admission par un transfert d'établissement.

En 2018, dans une volonté de dynamiser le déploiement des activités de pharmacie clinique au niveau de la région, l'OMEDIT Normandie a élaboré des outils de priorisation ainsi qu'un guide d'utilisation associé pour aider les établissements de santé à prioriser leurs activités (83). Les outils proposés permettent également de répondre aux indicateurs du volet obligatoire du CAQES relatifs au déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la PECM et de la CTM. La grille de priorisation par service proposée a pour but d'aider au déploiement de l'analyse pharmaceutique de niveau 2 (selon la SFPC), pour envisager dans un second temps de mettre en place une priorisation des patients à risque. Les critères retenus dans cette grille s'inspirent notamment des travaux de T-L Nguyen (161) et de A Bigot (157). Les critères ainsi sélectionnés sont : le pourcentage de séjours sur 1 mois avec passage par les urgences, le pourcentage de séjours sur 1 mois dont la durée est supérieure à la moyenne, le pourcentage de séjours sur 1 mois où le patient avait moins de 15 ans ou plus de 75 ans (âges extrêmes), le pourcentage de séjours sur 1 mois ayant un GHM (Groupe Homogène de Séjour) de niveau 4 (correspondant au niveau de sévérité maximal). Ces 4 premiers critères peuvent être extraits par le Département d'Information Médicale (DIM) des établissements. La grille comporte également deux critères binaires (oui/non) : le déploiement de la pharmacie clinique dans chacun des services et l'informatisation des prescriptions. Chaque établissement peut également intégrer un critère libre. Il peut aussi modifier ou supprimer certains des critères soumis, ou en ajouter, pour adapter l'outil à son activité. Chaque critère est pondéré de manière identique (100%=1 point), avec un score affiché calculé par sommation des points, permettant ainsi d'attribuer un rang de priorisation à chaque service.

L'OMEDIT Normandie propose également une liste (non exhaustive) de critères de priorisation par patient, pour aider à cibler les patients à risque pour lesquels une action de pharmacie clinique (analyse pharmaceutique clinique, CM, entretien pharmaceutique, conseils de bon usage) est à privilégier.

Les 10 critères proposés sont les suivants (auxquels l'établissement peut également ajouter un critère libre) :

1-Activités de pharmacie clinique demandée par l'équipe médicale (Conciliation, entretien pharmaceutique, ETP, ...) : afin de favoriser le développement des liens entre la pharmacie et le service.

2-Âge > 75 ans ou âge < 15 ans : prise en considération des âges extrêmes pour cibler le risque iatrogénique lié à l'âge.

3-Insuffisant rénal : pour cibler le risque iatrogénique lié à l'insuffisance rénale (notamment risque d'accumulation du médicament ou de ses métabolites dans l'organisme).

4-Patient cirrhotique : pour cibler le risque iatrogénique lié à l'insuffisance hépatique (risques liés aux conséquences de l'insuffisance hépatocellulaire, de l'hypertension portale avec formation de varices oesophagiennes à l'origine d'hémorragies digestives, états précancéreux).

5-Patient diabétique : pour cibler les risques iatrogéniques liés à l'insuline (never events) et aux diabétiques oraux (ISMP).

6-Patient atteint d'un cancer : pour cibler le risque iatrogénique lié au patient et à la chimiothérapie (toxicité importante des chimiothérapies anticancéreuses y compris aux doses thérapeutiques, marge thérapeutique étroite des Médicaments Anti-Cancéreux (MAC), polymédication importante des patients atteints de cancer (soins de support, traitement des comorbidités associées), risque élevé d'interactions, susceptibilité aux EIM importante).

7-Plus de 5 médicaments sur l'ordonnance « habituelle » : pour cibler le risque iatrogénique lié à la polymédication (facteur de risque établi de survenue d'effets indésirables médicamenteux).

8-Préscription d'anticoagulants oraux ou injectables (MAR).

9-Préscription d'immunosuppresseurs (MAR).

10-Préscription de Digoxine ou autres MAR.

Cette grille permet ainsi d'identifier au sein d'un service de soins, les patients les plus à risque (ceux comptabilisant le plus de critères d'orientation) pour lesquels il faut réaliser en priorité des activités de pharmacie clinique.

Le progiciel PharmaClass est un outil de pharmacie clinique développé pour collecter l'ensemble des flux de données des patients hospitalisés (analyses biologiques, prescriptions médicamenteuses, constantes physiologiques, diagnostics) et faciliter la détection de problèmes liés à la pharmacothérapie, capable d'alerter en temps réel sur les risques

d'événements indésirables médicamenteux sur la base de règles définies par les utilisateurs : interactions médicamenteuses, incompatibilités physico-chimiques, prescriptions inappropriées au regard des résultats biologiques, changement de dose, redondance de molécules, non-respect de la fréquence d'administration.

7.2.2. Les outils spécifiques de priorisation de la CTM en MCO

La réalisation de la CTM est une activité dont les bénéfices ont été largement démontrés dans la littérature mais qui présente comme défaut d'être chronophage, d'autant plus qu'elle s'ajoute aux missions quotidiennes déjà nombreuses des pharmaciens. Dans les établissements qui en ont la possibilité, l'activité de CTM repose en grande partie sur le travail des externes et des internes en pharmacie, sous la formation et l'encadrement d'un pharmacien plus expérimenté. La réalisation de la CTM, rendue obligatoire d'un point de vue réglementaire pour tous les établissements, quels que soient leur statut et leurs ressources humaines pharmaceutiques, rend le recours à des méthodes de priorisation incontournable.

Dans la littérature, certains facteurs de risque justifiant de l'intérêt de la conciliation pour des typologies de patients ont été identifiés. Etaient cités notamment les critères de l'âge (124)(162)(163), le nombre de médicaments pris à domicile (124)(163), l'hospitalisation prévue ou non (97), le mode de vie à domicile (autonomie, nécessité d'aides, maison de retraite ou institution) (124).

Les critères de priorisation retenus le plus fréquemment sont l'âge, la polymédication (à partir d'un nombre variable de médicaments en fonction des études), le passage par les urgences, la présence de médicaments à risque, la présence de plus de 3 comorbidités, la compréhension du traitement médicamenteux et l'adhésion thérapeutique du patient (100)(101)(107)(164).

A Toulouse, une étude relative à la conciliation médicamenteuse à l'admission visait à comparer la survenue de DNI entre un service de médecine et un service de chirurgie (165). Après une analyse multivariée intégrant un ajustement sur l'âge et le sexe, le taux de DNI était 2 fois plus élevé en chirurgie (OR=2,20 [1,16 ;4,17], p=0,016). Pour les patients de chirurgie, le traitement d'entrée est saisi par les anesthésistes en consultation, ce qui pouvait expliquer le taux de DNI plus important qu'en médecine. Suite à ce travail, la COMEDIMS a proposé de prioriser le déploiement du processus de CTM à l'admission dans le service de chirurgie. Ces données rejoignent les conclusions du travail de Unroe et al (166), qui consistait en une étude randomisée rétrospective qui a démontré, sur un faible nombre de patients (n=205) un taux de divergence par patient supérieur en chirurgie (35%) qu'en médecine interne (22%).

A la suite du projet Med'Rec, les Hôpitaux universitaires de Strasbourg et le CH de Lunéville ont animé et conduit un projet attenant dénommé Med'Rec Kappa (120) (167), en partenariat avec les établissements impliqués dans l'expérimentation Med'Rec. Ce projet ciblait toujours les patients âgés de plus de 65 ans, dans la continuité de Med'Rec.

Il se décomposait en 3 phases :

- La phase 1 consistait à créer et valider un outil de cotation sous la forme d'un algorithme clinique, permettant d'évaluer la gravité potentielle des EM interceptées grâce à la CTM.
- La phase 2 consistait en une étude prospective exploitant l'outil de cotation sur une cohorte importante de patients, permettant de constituer une base de données descriptive en vue notamment de définir plus précisément les profils de patients devant bénéficier prioritairement de la CTM.
- La phase 3 consistait en une étude de type médico-économique en vue de mettre en perspective les résultats de la CTM en terme de sinistralité évitée en regard des ressources consommées.

Ce projet avait donc comme objectifs de mettre à disposition un outil utilisable par les professionnels de santé pour évaluer les EM interceptées par la CTM, et permettant d'identifier la population « fragile » hospitalisée en ES, et également de permettre à un ES d'argumenter de l'intérêt de la CTM d'un point de vue médico-économique par le recours à la diminution éventuelle de la ré-hospitalisation et l'évitement de surcoûts associés.

Dans son guide pour mettre en œuvre la CTM en établissement de santé de 2018 (100), la HAS recommandait, notamment pour les établissements souhaitant initier et implanter l'activité de CTM, de définir la population la plus à risque en ayant recours à des critères d'éligibilité à la CTM comme par exemple : âge, pathologie chronique, patients handicapés, service de soins (comme par exemple unités de soins déclarant des événements indésirables fréquents), à la demande des prescripteurs, patients hospitalisés en urgence, patients ayant un recours récurrent à l'hospitalisation (dialysés, patients atteints de cancer, etc.), patients bénéficiant de médicaments à haut niveau de risque, etc. La priorisation peut également se faire selon les modalités d'accueil des patients au sein de l'établissement : hospitalisation programmée ou non programmée, hospitalisation en services de soins aigus, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, hospitalisation à domicile, ou admission en services de médecine, chirurgie, psychiatrie, gériatrie, pédiatrie, etc.

Au CH de Lunéville, l'équipe de Dufay et al (111) recommande elle aussi de s'orienter vers une approche visant à identifier un profil de patients pour lesquels le risque médicamenteux est majoré, pour rendre ainsi le processus de conciliation plus efficient. Les pistes proposées seraient de prioriser la conciliation à destination des patients confus, n'habitant pas le

secteur géographique de l'établissement d'admission, les patients étrangers, les patients ayant des pathologies nécessitant la prescription d'anticoagulants, de bêta-bloquants, de sulfamides hypoglycémisants et d'insuline (partant de l'argument que l'interruption de ces traitements serait susceptible de générer un risque significatif), et ceux pour lesquels il y a une demande expresse du médecin hospitalier, quel que soit l'âge du patient. En revanche, les pistes de recherche proposées seraient de ne pas inclure dans la population à concilier les patients provenant d'établissements pour hébergement de personnes âgées dépendantes ou de centres médico-sociaux.

Afin d'adapter la pratique de la CTM aux patients de cancérologie, la HAS a publié en 2019 un guide « Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en cancérologie » (168), complémentaire de son guide initial, dans lequel sont détaillés le contexte, les enjeux et la spécificité de la CTM pour les patients de cancérologie, qui constituent une population de patients à risque, traités par des médicaments très souvent à risque également.

Bien que la HAS estime qu'aucun score validé n'est disponible à ce jour pour l'identification de la population à concilier, certains outils développés par différentes équipes sont disponibles pour le ciblage des patients.

Pour la HAS, les critères retenus dans un tel score devraient être repérables aisément, et au mieux devraient pouvoir être extraits du système d'information afin de ne pas alourdir le processus de conciliation (100).

L'équipe belge de De Winter et al (169) a proposé en 2017 une règle de décision clinique permettant d'identifier les patients à risque de divergences lors de la réalisation de la CTM à l'admission aux urgences. Leur étude reposait sur l'analyse univariée de l'ensemble des données recueillies pour un total de 3592 conciliations à l'entrée. Cette population était ensuite séparée en deux sous-populations par randomisation : une sous-population pour le travail du modèle prédictif et une sous population pour la validation des modèles choisis.

Les variables étudiées étaient sélectionnées en fonction de leur association significative retrouvée dans la littérature avec la survenue de divergences au cours de la CTM, ou si la variable était considérée comme intéressante à analyser par l'équipe de recherche. L'équipe avait recours à la classification ATC. Les médicaments à haut risque étaient ceux appartenant à la liste d'alerte de l'ISMP (153) et de la North Carolina Narrow Therapeutic Index list (170).

Les variables retenues en analyse multivariée dans le modèle prédictif étaient les suivantes :

Facteurs	Variables
Patient dépendant	Sexe Âge Origine avant admission par les urgences
Médicament dépendant (sur la base de l'historique médicamenteux obtenu par le médecin)	Nombre de médicaments Nombre de médicaments à risque Nombre de médicaments classe ATC A (Système digestif et métabolisme) Nombre de médicaments classe ATC B (Sang et organes hématopoïétiques) Nombre de médicaments classe ATC C (Système cardiovasculaire) Nombre de médicaments classe ATC M (Système musculo-squelettique) Nombre de médicaments classe N (Système nerveux)
Contexte dépendant (à l'admission)	Discipline médicale du prescripteur réalisant l'historique médicamenteux du patient à l'admission Expérience du prescripteur (junior/sénior) Saison d'admission (printemps, été, automne, hiver)

Au total, l'équipe proposait trois règles de décision clinique permettant d'identifier les patients avec un nombre de divergences prédictif de une, deux ou trois divergences. Le modèle retenu dans l'étude était celui permettant de détecter les patients à risque de présenter deux divergences ou plus : sa valeur prédictive positive était de 74%, son taux d'alerte de 29%, avec une valeur prédictive négative de 48%, une sensibilité de 36% et une spécificité de 82%.

Au CH de Grasse, une équipe a développé un outil informatisé dénommé ConcilFinder, interfacé avec le DPI (Dossier Patient Informatisé), qui s'appuie sur le score belge de De Winter et al, le nombre de critères d'éligibilité à la CTM de la HAS et le score de risque d'EM par PRISMOR. L'outil prend les informations dans le dossier patient et applique les trois scores pour sélectionner les patients à concilier. L'avis de l'équipe médicale sur la priorisation des patients hospitalisés et également pris en compte.

Dans les travaux réalisés au Centre hospitalier affilié universitaire de Québec dans le cadre de l'implantation de la CTM à l'admission, les équipes ont eu recours au formulaire d'évaluation du risque permettant de cibler les patients les plus vulnérables aux EIM, aussi appelé communément « score Québec » (171), inspiré du formulaire de Calgary Health Région et de Von Korkk et al (172).

Âge	0 – 74 ans	0
	75 – 84 ans	1
	85 ans et plus	2
Nombre de médicaments pris à domicile selon le profil pharmacologique	0 – 3	0
	4 – 6	2
	7 et plus	4
Médicaments à haut risque pris avant l'admission	Anticoagulant (sauf l'acide acétylsalicylique) <i>warfarine, daltéparine, énoxaparine, etc.</i>	3
	Trois médicaments et plus pour le traitement des maladies cardiovasculaires (sauf les anticoagulants) <i>Antihypertenseur, digoxine, hypolipémiant, amiodarone, acide acétylsalicylique, clopidogrel, diurétique.</i>	5
	Médicaments pour le traitement du diabète	2
	Médicaments pour le traitement du cancer	3
	Médicaments pour le traitement de l'épilepsie <i>Phénytoïne, carbamazépine, acide valproïque, etc.</i>	2

Tableau 10 : Grille d'évaluation utilisée au Centre Hospitalier Affilié Universitaire de Québec, permettant de cibler les usagers les plus vulnérables aux événements iatrogènes liés à la médication (d'après Blanchet et al)

A l'admission, les patients ayant un score de 10 ou plus étaient priorisés pour la réalisation de CTM d'entrée.

En 2014, J. Cregut-Corbaton a proposé des critères de sélection de patients et d'ordonnances à risque à concilier en priorité à l'entrée et à la sortie de l'hôpital, afin d'optimiser le temps pharmacien et de pouvoir appliquer en routine la CTM au sein du CH de Chalon-sur-Saône (173). Il s'agissait d'une étude monocentrique prospective menée au sein de 2 services : 1 service de neurologie (23 lits) et un service de chirurgie orthopédique (42 lits, répartis en 2 unités). Sur la base d'une réflexion menée à partir de la littérature sur le sujet, l'équipe a choisi de tester les critères d'inclusion suivants à l'admission pour la CTME (127)(162)(174)(175) : présence d'une ALD, lieu de vie du patient, âge, maladie oculaire (DMLA, glaucome), mode d'admission, clairance de la créatinine MDRD, nombre de lignes de médicaments à l'OMA, consommation excessive d'alcool, diabète, type de service d'admission (chirurgie ou médecine), dyslipidémie, sexe, dysthyroïdie, syndrome anxiodépressif, HTA, trouble de la mémoire, IMC, trouble de la parole. Pour les 100 patients inclus, l'équipe identifiait 717 divergences, parmi lesquelles 23% étaient des DNI. En moyenne on dénombrait 1,64 DNI par patient, mais 40% des patients ne présentaient pas de DNI. Parmi les variables étudiées, l'âge et le nombre de médicaments à l'OMA étaient significativement associés au risque de survenue de DNI en analyse univariée. En dissociant la variable du nombre de médicaments à l'OMA en respectant les sous catégories définies dans le score Québec (0 à 3 lignes, 4 à 6 lignes, 7 lignes et plus), la sous catégorie « 7 lignes ou plus » était significative. Sur l'ensemble des patients inclus, le score Québec moyen était de 4,61.

Certains critères testés étaient significativement associés au nombre de divergences non intentionnelles à l'entrée : âge, tabac, nombre de lignes de l'ordonnance médicamenteuse à l'admission, troubles de la parole, score selon la grille Québec. Ces résultats ont permis

d'élaborer une grille de cotation inspirée du score Québec. Un score supérieur ou égal à 10 oriente vers la réalisation d'une CTME.

Critères	Cocher si applicable	Ne sais pas	Calcul du score (réservé à la pharmacie)
Âge			
0-74 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
≥75 ans	<input type="checkbox"/>		1
Nombre de traitements à domicile			
0-3 spécialités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
4-6 spécialités	<input type="checkbox"/>		2
≥7 spécialités	<input type="checkbox"/>		4
Médicaments et/ou antécédents à l'admission			
Anticoagulant (<i>héparine, AVK, AOD</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
≥3 médicaments de la maladie CV/antécédents d'HTA, d'IC (<i>AAP, antiarythmique, diurétique, hypolipémiant, antihypertenseur</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
Antidiabétique ou antécédent de diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Anticancéreux ou antécédent de cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
Antiépileptique ou antécédent d'épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Collyre et pommade ophtalmique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Autres			
Consommation de tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
TOTAL			

Tableau 11 : Score de priorisation selon Cregut-Corbaton (CH Chalon-sur-Saône) – version médecin

En 2016, P. Mondoloni a évalué le ciblage des patients les plus à risque dans la réalisation de la CTME toujours au CH de Chalon sur Saône à partir du score établi précédemment par J. Cregut-Corbaton (176).

Il s'agissait d'une étude prospective composée de 4 expérimentations :

- Expérimentation 1 : service d'urgences, remplissage de la grille de priorisation par les urgentistes
- Expérimentation 2 : service d'urgences, remplissage de la grille de priorisation par les infirmiers des urgences
- Expérimentation 3 : hospitalisation programmée en service d'hépto-gastro-entérologie, remplissage de la grille de priorisation par les médecins
- Expérimentation 4 : hospitalisation programmée en chirurgie orthopédique et viscérale, remplissage de la grille de priorisation par les internes en pharmacie

Expérimentations	Nombre de patients inclus	Patients éligibles à la CM/ patients inclus	Patients conciliés/ patients inclus	Patients conciliés/ patients éligibles
Expérimentation 1	n=503	n=121/503 24%	n=49/503 10%	n=49/121 40%
Expérimentation 2	n=80	n=9/80 11%	n=7/80 9%	n=7/9 78%
Expérimentation 3	n=16	n=1/16 6%	n=1/16 6%	n=1/1 100%
Expérimentation 4	n=170	n=42/170 25%	n=29/170 17%	n=29/42 69%
Expérimentations 1+2+3+4	n=769	n=173/769 22%	n=86/769 11%	n=86/173 50%

Tableau 12 : Bilan des résultats des expérimentations d'utilisation du score de priorisation du CH de Chalon sur Saône d'après l'étude de P. Mondoloni

Concernant la pertinence du ciblage des patients admis par la grille de priorisation testée, 57% des patients conciliés sur la base de la grille présentaient au moins une DNI pour les patients admis via les urgences (expérimentations 1 et 2). Pour les patients ciblés à l'aide de la grille en hospitalisation programmée (expérimentations 3 et 4), 40% d'entre eux présentaient au moins une DNI détectée grâce à la CTME. L'un des objectifs du travail était de déterminer quel était le professionnel de santé le mieux placé pour prioriser les patients avec la grille. La grille ne semblait pas adaptée à un remplissage par les IDE des urgences car un nombre important de réponses « ne sais pas » était coché. Le remplissage par l'interne en pharmacie lui demandait un surplus de travail par rapport aux médecins car un temps de consultation et d'analyse du dossier patient par l'interne était nécessaire en plus du temps de cotation. De plus, le score obtenu par l'interne de pharmacie était très certainement sous-estimé car certaines données médicales relatives aux patients pouvaient ne pas figurer dans le DPI. La limite identifiée à cette grille était qu'elle ne permet pas de détecter les patients pour qui aucune donnée n'est disponible : dans ce cas, il pourrait être envisagé d'engendrer une CTME prioritaire pour ces patients entrants sans informations disponibles les concernant. Au niveau de l'organisation dans l'établissement, il semblait impossible pour un seul pharmacien de concilier tous les patients admis dans l'établissement sélectionnés par la grille : dans l'étude, 50% des patients dont le score de risque était supérieur ou égal à 10 ont bénéficié d'une CTME. A l'issue de l'étude, il semblait plus judicieux de confier la détermination des patients à concilier en priorité aux médecins, et de cibler en priorité les patients admis via les urgences sur la base de l'utilisation du score.

Suite à ce travail préliminaire réalisé sur services pilotes, l'équipe de Chalon sur Saône a évalué la pertinence de l'activité de CTM orientée par la méthode de priorisation des patients à risque en fonction du mode d'admission (177), en incluant les patients

hospitalisés en chirurgie programmée, ou admis en service d'hospitalisation conventionnelle après un passage par les urgences, pour une période de recueil de 14 mois. Pour la priorisation, l'équipe avait recours à la grille établie auparavant dans l'établissement, et la CTM à l'entrée était réalisée dès que le score était supérieur ou égal à 10, avec un délai de conciliation inférieur à 48h. Le nombre de patients conciliés était plus élevé par les urgences (617 patients) que par la chirurgie programmée (234 patients). Le nombre de DNI était en moyenne de 1 par patient et un patient sur deux conciliés présentait au moins une DNI. Le taux de DNI était stable, et ce quel que soit le score obtenu avec la grille de priorisation. Les deux groupes (patients avec DNI et patients sans DNI) n'étaient pas significativement différents en termes d'âge, de score obtenu avec la grille de priorisation ou de nombre de lignes de médicaments au BMO. La grille de priorisation a permis de concilier 1 patient sur 7 prévus en chirurgie programmée et 1 patient sur 5 entrés par les urgences, ce qui semblait compatible avec le temps pharmaceutique disponible. La moyenne d'âge des patients conciliés était de 75 ans et le nombre moyen de médicaments au BMO était supérieur ou égal à 9. Le score de priorisation moyen était de 13 avec un maximum observé à 21. Cette étude confirmait l'intérêt de la priorisation des patients à concilier, permettant ainsi de réaliser cette activité à l'échelle de l'établissement en rationalisant les ressources pharmaceutiques et en assurant une efficacité en terme de prévention de la iatrogénie médicamenteuse.

PARTIE 3 : CONSTRUCTION D'UN SCORE DE PRIORISATION DE LA CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE D'ENTRÉE ADAPTÉ AUX ÉTABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES

1. Contexte et objectifs

La conciliation médicamenteuse favorise la sécurisation de la prise en charge du patient tout au long de son parcours de soins. Elle permet de prévenir ou corriger les erreurs médicamenteuses, potentiellement iatrogènes, en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes des médicaments du patient entre professionnels de santé ambulatoires et hospitaliers aux points de transition de son parcours de soins. Elle s'inscrit donc pleinement dans les exigences réglementaires actuelles relatives au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé. Elle figure également parmi les critères avancés de la version v2020 du manuel de certification des établissements et constitue un critère national du volet obligatoire du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES), applicable à tous les établissements de santé.

Afin de développer et pérenniser les activités de pharmacie clinique dans les établissements dans un contexte de ressources humaines et financières souvent contraintes et d'exigences réglementaires croissantes, le recours à une stratégie de priorisation est à privilégier, sur la base d'une analyse de risque permettant d'identifier des médicaments à risque (MAR), populations à risque (PAR) et organisations à risque (OAR). Le processus de conciliation médicamenteuse est une activité chronophage. De ce fait, le nombre de patients bénéficiant d'une CTM à l'entrée est de ce fait limité par les ressources humaines disponibles et la majorité des établissements ne réservent donc la CTM qu'à quelques patients ou services de soins. Les méthodes de priorisation des patients les plus à risque trouvent ici tout leur intérêt.

En France, la HAS estime qu'aucun score validé n'est disponible à ce jour pour l'identification de la population à concilier. Néanmoins, en MCO, la littérature fait état de nombreux facteurs identifiés et associés au risque de survenue de divergences non intentionnelles qui constituent des erreurs médicamenteuses pour le patient (personnes âgées, polymédicamentées, polypathologiques). Différents travaux menés dans des établissements de MCO ont abouti à la construction d'outils de priorisation permettant d'identifier, par le biais notamment de scores, les patients pour lesquels une mission de pharmacie telle que la conciliation médicamenteuse peut être bénéfique (157)(161)(169)(171).

Les outils de priorisation disponibles en MCO ne sont pas toujours applicables en établissements psychiatriques pour cibler efficacement les patients à risque d'erreurs

médicamenteuses. En effet, la majorité des outils se basent sur des critères de patients et de médicaments jugés à risque non totalement superposables à la population psychiatrique.

A notre connaissance, un tel outil ou score n'existe pas en psychiatrie. Il nous semble donc nécessaire de développer un outil approprié à la psychiatrie qui permettrait de faciliter l'implantation, la mise en œuvre et l'efficacité des conciliations d'entrée dans les établissements de santé mentale.

Il nous semble indispensable de pouvoir disposer d'un outil simple, validé et utilisable par l'ensemble des établissements, permettant de déterminer rapidement des priorités en matière d'allocation des ressources humaines vers les patients les plus à risque en terme de survenue d'erreurs médicamenteuses lors de l'admission dans un service de psychiatrie.

C'est dans cet objectif qu'a été imaginé, à l'initiative d'une collaboration de deux réseaux de soins et recherche en santé mentale, un programme d'envergure nationale de développement et de validation d'un outil spécifique à la conciliation d'entrée en psychiatrie, par le biais d'une étude multicentrique.

Dans le cadre de ce projet, l'accent est mis sur la CTM d'entrée. Ce projet vise à développer et améliorer l'activité de CTM à l'admission en psychiatrie au moyen de la construction d'un outil de priorisation applicable aux établissements psychiatriques et de procéder à la validation de cet outil au moyen d'une étude nationale multicentrique.

Ce travail de thèse s'inscrit dans le cadre de ce projet et se concentre sur l'élaboration de l'outil de priorisation spécifique à la conciliation médicamenteuse d'entrée en psychiatrie.

L'objectif est de définir les critères de priorisation pour le ciblage des patients à risque de divergences au cours de la réalisation de la conciliation médicamenteuse d'entrée en psychiatrie pour réaliser des CTM efficaces.

2. Etape préalable : revue de la littérature concernant les facteurs de risques identifiés en psychiatrie

Nous avons procédé à une revue de la littérature des travaux de conciliations médicamenteuses à l'entrée réalisées dans les structures de santé mentale en France, dans le but de recueillir les facteurs de risque identifiés par les auteurs pour les patients ayant présenté des DNI dans leurs études respectives.

Tableau 13 : Revue de la littérature : exemples d'expériences de conciliation médicamenteuse d'entrée en santé mentale en France (178) (179) (148) (108) (180) (140)

Titre de la publication/Auteur principal	Méthodologie/Critères de sélection	Principaux résultats
<p>Conciliation médicamenteuse à l'admission en santé mentale : cibler les patients à risque pour une démarche efficiente L. BARTHOD</p>	<p>Etude prospective monocentrique dans 1 service d'addictologie (26 lits) et 1 service de psychiatrie générale (23 lits) Critères d'inclusion : âge, polymédication (+ de 8 médicaments à l'OMA), présence d'un MAR (liste interne à l'établissement), d'un médicament à Marge Thérapeutique Etroite (MTE) ou d'un stupéfiant ou assimilé, ou d'un antirétroviral ou antiviral à action directe sur l'OMA</p>	<p>N=117 patients conciliés au total 72 DNI (24 DNI chez 13 patients en addictologie, 48DNI chez 20 patients en psychiatrie générale) Temps moyen CTM= 38 minutes Sur la totalité des patients entrants, 50% présentent au moins l'un des critères d'inclusion Classes ATC majoritaires des DNI : Système Nerveux Central (SNC) (35%), cardiovasculaire (25%), digestif et métabolique (18%) Critères associés significativement au risque de DNI : patients âgés, patients inconnus de l'unité d'admission, transfert d'un autre établissement, prescription d'un Médicament A Risque (MAR)</p>
<p>Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission des patients : expérimentation en établissement de santé mentale M. NOBLOT-ROSSIGNOL</p>	<p>Etude prospective monocentrique dans 2 unités d'hospitalisation complète (psychiatrie générale et géronto-psychiatrie) et 1 unité d'accueil d'urgences Critères d'inclusion : patients entrants ou transitant (hors transfert intra établissement)</p>	<p>N=200 patients conciliés au total 53 DNI (pour 32 patients) Temps moyen CTM= 24 minutes Classes ATC majoritaires des DNI : SNC (30%, avec 11 médicaments à visée psychiatrique sur 16), cardiovasculaire (23%), digestif et métabolique (13%) Critères associés significativement au risque de DNI : sexe féminin, motifs d'admission pour agitation/agressivité, état dépressif, état délirant manifeste ou consommation excessive d'alcool, score Québec > 4, critères somatiques : Hypertension Artérielle (HTA), dysthyroïdie, prise en charge en ALD (Affection de Longue Durée)</p>
<p>Conciliation médicamenteuse en psychiatrie générale adulte : résultats de 3 années d'expérience P. GARRIGUET</p>	<p>Etude monocentrique Critères d'inclusion : demande du médecin généraliste ou du psychiatre hospitalier, patient âgé de plus de 65 ans, patient présentant une maladie chronique (diabète, dysthyroïdie, cancer, glaucome, maladie cardiovasculaire, maladie respiratoire, insuffisance Rénale Chronique (IRC) ou Insuffisance Hépatique (IH), médicaments relevant d'un Plan de Gestion des Risques (PGR) national, à prescription restreinte, stupéfiants, anticoagulants, MTE, médicaments du métabolisme potassique</p>	<p>N=303 patients conciliés au total (sur 2604 entrées sur les 3 ans) Nb moyen de lignes au BMO=7 243 DNI (pour 127 patients), taux moyen de DNI/patient = 0,8 Types de DNI : 61% arrêt de traitement inopiné, 29% écart de posologie ou de dosage, 10% ajout fortuit 89% des DNI se rapportent à des spécialités à visée somatique (29% système cardiovasculaire, 26% voies digestives et métabolique, 11% SNC et 11% système respiratoire)</p>

Titre de la publication/Auteur principal	Méthodologie/Critères de sélection	Principaux résultats
<p>La conciliation médicamenteuse en psychiatrie : expérience pratique au centre hospitalier Gérard Marchant A. ARNAUD</p>	<p>Etude prospective monocentrique dans 3 unités de psychiatrie générale (20 lits dans chaque unité) Critères d'inclusion : tous les patients entrants Critères d'exclusion : patients transférés d'une autre unité de l'établissement ou admis depuis plus de 48h</p>	<p>N=98 patients conciliés au total (sur 118 patients éligibles, soit 83%) 30 DNI (pour 15 patients) Temps moyen CTM= 24 minutes Classes ATC majoritaires des DNI : 10% pour le SNC donc 90% pour le somatique, parmi lequel 26% digestif et métabolique, 20 cardiovasculaire et 17% respiratoire</p>
<p>La conciliation médicamenteuse : quelle place dans la stratégie de déploiement de la pharmacie clinique en santé mentale ? N. LONCA</p>	<p>Etude prospective monocentrique dans 5 unités de psychiatrie générale adulte (20 lits dans chaque unité) Critères d'inclusion : tous patients majeurs présentant au moins une comorbidité somatique</p>	<p>N=50 patients conciliés au total (sur 64 patients éligibles, soit 78%) Age médian = 56,5 ans 15 DNI (pour 10 patients) Temps moyen CTM= 44 minutes Nb moyen lignes de traitement à l'OMA = 7,56 (4,12 pour la pathologie psychiatrique et 3,44 pour le somatique, correcteurs des EI compris) Classes ATC majoritaires des DNI : SNC (53%, avec 5 médicaments à visée psychiatrique sur 8), digestif et métabolique (13%)</p>
<p>Conciliation des traitements médicamenteux : expérimentation du rapport Med'Rec 2015 de l'HAS dans un établissement psychiatrique M. BUICHE</p>	<p>Etude prospective monocentrique dans une unité test (24 lits) sur une période de 3 mois Critères d'inclusion : toutes les entrées dans l'unité test sans exception Conciliation d'entrée en rétroactif</p>	<p>N=67 patients conciliés (pour 88 patients éligibles) Moyenne d'âge des patients conciliés=45 ans Sex ratio H/F=0,86 22 DNI 91% des DNI concernent les médicaments somatiques Nb moyen de médicaments/patient=5,7 (un même médicament prescrit pour 2 voies d'administration différentes est comptabilisé comme 2 médicaments) Durée moyenne totale de CTM=57 minutes Classes ATC des DNI : 27% gastro entéro-hépatologie, 18% cardiologie, 18% métabolisme diabète nutrition Population à risque identifiée : patients dont l'OMA contient un médicament somatique, patients dont l'OMA comporte au moins 6 lignes de prescription</p>

En 2016, au CHS de la Savoie, dans son travail relatif à la CTM d'expérimentation du rapport Med'Rec 2015 de l'HAS dans un établissement psychiatrique, M. Buiche retrouve un ratio de 0,33 DNI par patient concilié, sans avoir recours à des critères d'éligibilité (140). Dans l'expérimentation Med'Rec, dont les critères d'éligibilité étaient les patients de plus de 65 ans admis par les urgences, la moyenne du même indicateur était de 0,9 DNI par patient concilié. Avec ces mêmes critères d'éligibilité appliqués à la population d'étude au CHS de la Savoie, le ratio n'était plus que de 0,14. Il semble donc important de mettre en évidence une population à cibler adaptée à la psychiatrie. L'étude met en avant 2 types de population à risque : les patients dont l'OMA contient un médicament somatique et les patients dont l'OMA comporte au moins 6 lignes de prescription. Les indicateurs obtenus sont alors respectivement de 0,61 et 0,71.

Ces dernières données confortent l'intérêt de notre projet de recherche et de mise à disposition d'un outil de priorisation des patients à cibler dans la démarche de CTME dans les établissements de santé mentale.

3. Elaboration et organisation du projet

3.1. Constitution de l'équipe projet et du groupe expert

Le projet est soutenu et accompagné par deux réseaux regroupant des professionnels de santé d'établissements psychiatriques : les réseaux FERREPSY Occitanie (Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et santé mentale) et PIC (Psychiatrie Information et Communication).

La FERREPSY Occitanie a pour vocation d'initier, encourager et fédérer les activités de recherche en psychiatrie et en santé mentale en région Occitane, de dynamiser les échanges de pratiques, promouvoir l'amélioration de la qualité des soins et la formation. La FERREPSY compte actuellement 24 établissements de santé de la région Occitanie. Ses missions sont notamment d'encourager et dynamiser l'échange des pratiques professionnelles et de promouvoir, développer, soutenir, renforcer les actions de recherche médicales et paramédicales, apporter un appui méthodologique aux cliniciens et chercheurs. C'est dans ce cadre que la FERREPSY Occitanie intervient dans ce projet en tant que structure d'accompagnement.

Le réseau PIC rassemble des professionnels sur l'ensemble du territoire national. Ses missions sont notamment de favoriser la communication, développer l'information sur les médicaments psychotropes auprès des patients, des familles et accompagnants pour favoriser le bon usage des médicaments, partager les informations, travaux, études entre les différents adhérents du réseau pour une meilleure prise en charge du patient et de son entourage.

Le partenariat établi avec ces deux réseaux constitue un atout dans le développement de ce projet afin de pouvoir élargir et enrichir la réflexion de la priorisation de la conciliation avec de nombreux professionnels issus d'établissements psychiatriques de profil et de localisation divers et d'envisager la réalisation d'une étude multicentrique.

Au moment de la genèse de ce travail, une équipe projet a été constituée. Elle est composée de 8 membres, issus de différentes structures, dont certains sont rattachés à l'un et/ou à l'autre des réseaux FERREPSY ou PIC :

- 1 pharmacien coordonnateur du projet
- 1 attaché de recherche
- 1 chargé de projet
- 3 pharmaciens
- 1 interne en pharmacie

La mise en œuvre de ce programme s'appuie sur un groupe expert, constitué en comité de pilotage (COFIL) pluri-professionnel. Ce COFIL a un rôle central dans la conduite du projet : il participe à la construction de chaque étape, intervient dans l'élaboration de l'outil de priorisation, valide les orientations prises et les documents produits.

Au total, 14 établissements sont représentés au sein du groupe expert. Ces établissements sont des membres des réseaux FERREPSY et/ou PIC. Le COFIL est pluridisciplinaire et se compose de pharmaciens, médecins généralistes, psychiatres.

Etablissement	Ville, Département
Bon Sauveur d'Alby	Albi, Tarn
Centre de santé mentale Angevin (CESAME)	Sainte Gemmes sur Loire, Maine-et-Loire
CH Charles Perrens	Bordeaux, Gironde
CH Esquirol	Limoges, Haute Vienne
CH Gérard Marchant	Toulouse, Haute-Garonne
CH Montauban	Montauban, Tarn-et-Garonne
CH Sainte Marie de Rodez	Rodez, Aveyron
GHU Paris psychiatrie Neurosciences Sainte Anne	Paris
CH Thuir	Thuir, Pyrénées Orientales
CHU Toulouse	Toulouse, Haute-Garonne
EPSM Caen	Caen, Calvados
Fondation Bégard Bon Sauveur	Bégard, Côtes-d'Armor
Nouvel Hôpital de Navarre	Evreux, Eure
USSAP Limoux (Union Sanitaire et Sociale Aude Pyrénées)	Limoux, Aude

Tableau 14 : Liste des établissements appartenant au groupe expert (comité de pilotage : COFIL) dans le cadre du projet d'optimisation de la conciliation médicamenteuse d'entrée en psychiatrie

3.2. Lancement du projet et déroulement de l'étude (planification)

Le lancement du projet a fait l'objet de la rédaction et diffusion à l'ensemble des membres des réseaux FERREPSY et PIC d'une lettre officielle, visant à énoncer les objectifs de l'étude envisagée ainsi que les principales étapes clés et éléments d'organisation (Annexe 5).

Le projet se décompose en 2 étapes principales :

- 1) La construction d'un outil de priorisation de la CTME spécifique à la psychiatrie
- 2) La validation de cet outil au moyen d'une étude multicentrique à grande échelle

Le déroulé et étapes clés du projet sont récapitulés dans la figure 10 ci-dessous :

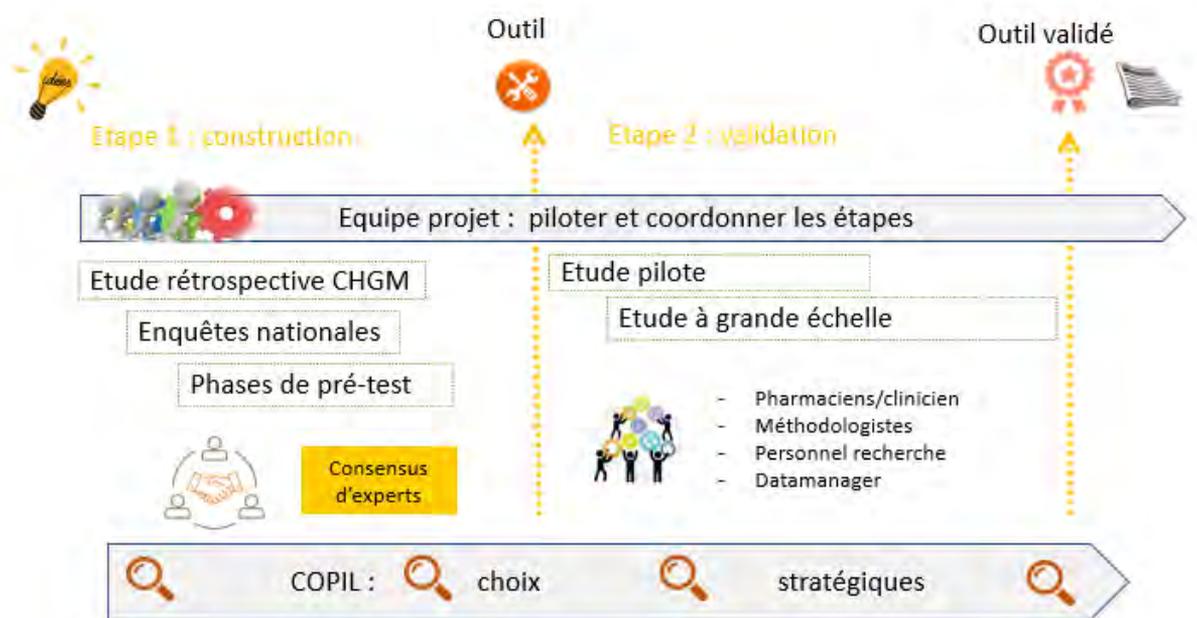


Figure 10 : Etapes clés du projet « Optimisation de la conciliation médicamenteuse d'entrée en psychiatrie »

L'étape 1 de construction de l'outil fait l'objet du travail présenté dans le cadre de cette thèse.

La méthodologie, les résultats et les discussions énoncés dans les paragraphes suivants se rapportent uniquement à la première étape : construction de l'outil.

Cette première étape se décompose en 4 phases :

	Descriptif	Objectif
Phase N°1	Etude monocentrique rétrospective CH Marchant (années 2018-2019)	Mise en évidence de critères associés à la présence de DNI lors de la CTME Comparaison avec les données de la littérature
Phase N°2	Enquête nationale N°1	Etat des lieux de la conciliation en psychiatrie dans les établissements Réflexion autour de la priorisation de la CTME et des items spécifiques à la psychiatrie Recueil de l'intérêt des établissements pour le projet
	Enquête nationale N°2	Etablir les profils établissements via données DIM Harmoniser les définitions en terme de CTME dans les établissements Identifier les pratiques de CTME et préciser les process de priorisation en place
Phase N°3	Construction du score	Réflexion sur le type d'outil à privilégier Sélection des items de priorisation pertinents
Phase N°4	Phase de pré-test du score	Utilisation en vie réelle des items de priorisation validés par le groupe expert Etude de la représentativité des items sélectionnés dans la population

Tableau 15 : Description des objectifs des étapes successives de l'élaboration de l'outil de priorisation

D'un point de vue chronologique, et pour mieux appréhender la succession des différentes phases et les réflexions qui en ont découlé, le calendrier ci-dessous détaille le déroulé des événements du projet :

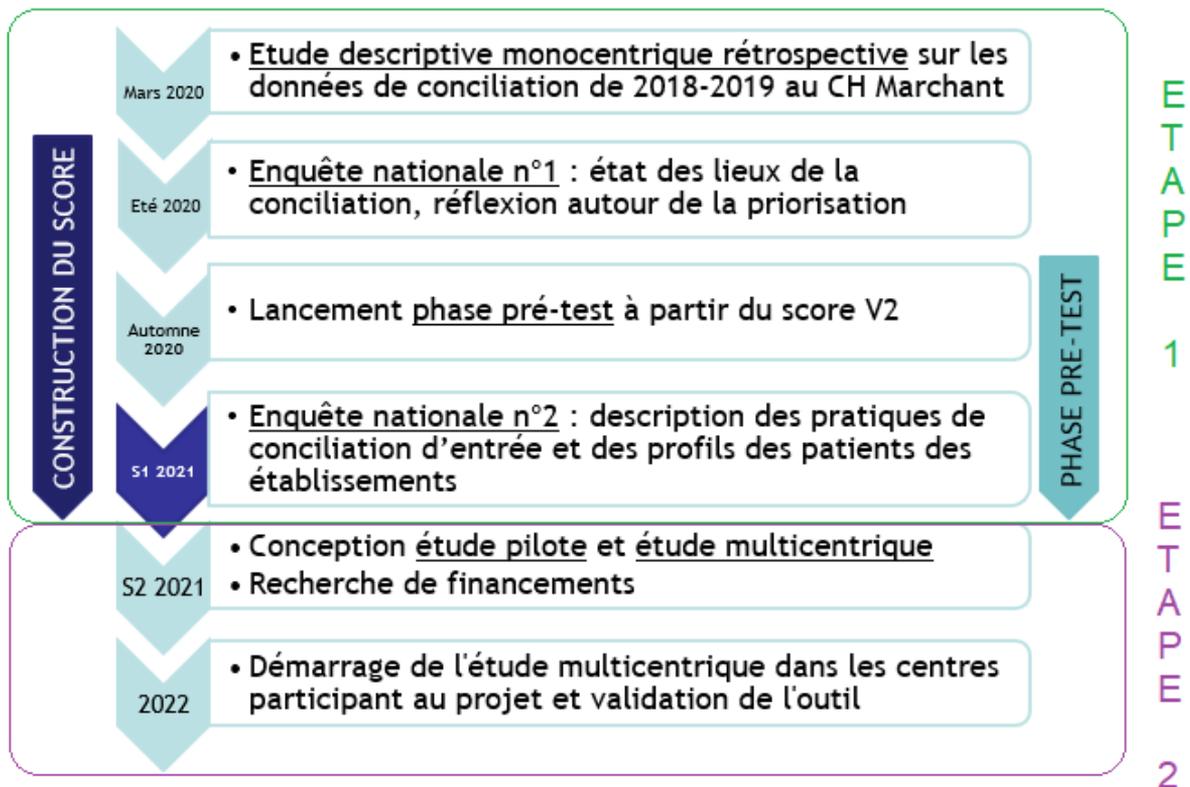


Figure 11 : Calendrier des différentes étapes et phases du projet d'optimisation de la conciliation médicamenteuse d'entrée en psychiatrie

3.3. Coordination du projet

Dans le cadre de ce projet dont la première étape de construction de l'outil de priorisation fait l'objet de ce mémoire de DES, j'interviens en tant que coordinatrice du projet et compte donc parmi les membres du groupe projet. J'ai contribué à ce travail en qualité de membre de l'équipe projet en prenant part à l'ensemble des réflexions et des choix d'orientation du projet. J'ai également pris part au travail en participant à la communication avec les réseaux, en animant les réunions du COPIL et en réalisant les différents supports destinés aux enquêtes nationales (questionnaires, restitutions de résultats). La revue bibliographique réalisée dans le cadre de cette thèse a bénéficié également au cheminement du projet.

3.4. Choix d'un score de référence

Dans le cadre de notre étude, nous avons envisagé deux possibilités d'approche pour l'élaboration d'un score de priorisation adapté à la psychiatrie :

- 1) Partir d'un score déjà existant, couramment employé, en adaptant ce qui, selon nous, pourrait permettre de rendre l'outil efficace et optimal en psychiatrie : par

exemple par la variation du seuil de déclenchement de la CTME, ou en intégrant, modifiant ou supprimant des items qui figurent dans le score original.

- 2) Construire un score ou un outil « de novo », sur la base des données de la littérature, d'études attenantes et du consensus d'experts.

Afin d'explorer la première option, nous avons choisi de travailler à partir du score Québec (171), utilisé au Centre Hospitalier Affilié Universitaire de Québec, et présenté plus haut dans ce mémoire (voir tableau 10). Cette grille d'évaluation, permettant de cibler les usagers les plus vulnérables aux événements iatrogènes liés à la médication, est notamment utilisé pour prioriser l'activité de CTME dans les services de MCO. Il a fait l'objet d'adaptation notamment dans les travaux de Cregut-Corbaton, Mondoloni et Donier (173)(176)(177). Les adaptations proposées concernaient les catégories d'âge, la reformulation des items relatifs aux antécédents et aux médicaments à l'admission, l'ajout d'items portant sur la consommation de tabac, les troubles de la mémoire et la prise de collyre ou pommade ophtalmique. Le seuil de déclenchement de la CTME restait quant à lui inchangé, c'est-à-dire pour un score supérieur ou égal à 10.

Dans l'étude de Noblot-Rossignol au CH de La Chartreuse (179), le score Québec a été évalué dans le contexte de la CTME en établissement de santé mentale. Parmi les critères étudiés en analyse univarié, le risque de présenter une DNI était statistiquement significatif pour un score Québec supérieur à 4.

4. Etape 1 : Etude monocentrique rétrospective des données de conciliation au CH Marchant

4.1. Méthodologie

Cette étape repose sur la réalisation d'une étude monocentrique rétrospective descriptive des données de conciliation 2018 et 2019 au CH Marchant dans l'objectif de mettre en évidence les critères associés à la présence de DNI lors de la CTME et de les confronter à la littérature.

Au CH Marchant, la CTME est réalisée pour les patients entrant en ciblant 3 à 4 unités d'hospitalisation adulte en temps plein où sont déployés les externes en pharmacie (en fonction du nombre d'externes attribués par périodes de stage). La conciliation d'entrée est réalisée de façon rétroactive.

Les critères d'inclusion et d'exclusion sont les suivants :

- **Critères d'inclusion :**
 - Patients entrants dans l'unité
 - Patients admis au CH Marchant depuis moins de 48h

- **Critères d'exclusion :**

- Patients transférés d'une autre unité ou admis au CH Marchant depuis plus de 48h
- Patients hospitalisés en retour de permission ou en séjour de rupture

Les externes réalisent l'étape de recueil des informations nécessaires à l'élaboration du BMO. Les divergences entre le BMO et l'OMA sont analysées avec l'interne en pharmacie ou avec un pharmacien.

Les supports utilisés dans l'établissement en 2018 et 2019 pour procéder au BMO et réaliser la conciliation médicamenteuse d'entrée à proprement parler sont disponibles en annexes (Annexes 1 et 2).

Dans le cadre de ce travail rétrospectif sur les conciliations d'entrées de 2018 et 2019, les données qui ont été étudiées sont issues du tableau de suivi des conciliations utilisé en routine par l'équipe pharmaceutique, présenté sous un format Excel.

Les données d'intérêt dans notre étude rétrospective sont les suivantes :

- Critères liés au patient : âge, sexe, origine d'admission.
- Critères liés à la conciliation d'entrée : nombre de lignes de médicaments au BMO, nombre et type de DNI, classes ATC des médicaments impliqués dans les DNI, temps nécessaire pour réaliser la conciliation médicamenteuse d'entrée.

Le calcul du score Québec a également été effectué de manière rétrospective pour chaque patient concerné par la présence d'au moins une DNI au cours de leur CTME.

4.2. Résultats

Caractéristiques de la population générale :

Un total de 201 conciliations médicamenteuses d'entrées ont été réalisées sur la période d'étude, pour un total de 184 patients (17 patients ont été conciliés deux fois sur la période d'étude sur deux admissions distinctes). La moyenne d'âge était de 40 ans, le sexe ratio H/F de 0,69 (139/62).

Descriptif des divergences identifiées :

Au total on dénombrait 19 DNI identifiées chez 11 patients, soit un ratio de 5,5% de conciliations présentant au moins une DNI.

Les DNI identifiées sont en majorité des oublis (80%). Les autres divergences correspondent à des erreurs de plan de prise (10%) ou des erreurs de posologie (10%).

Les classes ATC concernées par les DNI sont principalement le système respiratoire (n=8), le système nerveux (n=4), les voies digestive et métabolisme (n=3) à égalité avec le système génito-urinaire et hormones sexuelles (n=3) et le système cardiovasculaire (n=1).

Les patients DNI se répartissent selon les catégories d'âge suivantes (n total = 11) :

- Moins de 20 ans : n=0
- Entre 20 ans et 29 ans : n=2
- Entre 30 ans et 39 ans : n=2
- Entre 40 ans et 49 ans : n=2
- Entre 50 ans et 59 ans : n=2
- Entre 60 ans et 69 ans : n=3
- Plus de 70 ans : n=0

Comparatif de données entre la population générale et la population DNI :

Données	Population générale de l'étude (n=201)	Population DNI (n=11)
Moyenne d'âge	40 ans	46 ans
Origine d'admission des patients		
<i>Domicile/lieu de vie</i>	36% (n=72)	36,5% (n=4)
<i>Transfert autre établissement</i>	48% (n=96)	36,5% (n=4)
<i>Urgences</i>	16% (n=33)	27% (n=3)
Nombre de lignes de prescription en moyenne au BMO	4,7 lignes	7,5 lignes

Tableau 16 : Comparatif des données relatives à l'âge, l'origine d'admission et le nombre de lignes de prescription moyenne au BMO entre la population totale (n=201) et les patients DNI (n=11)

Tableau 17 : Calcul du score Québec en rétrospectif pour les patients présentant au moins une DNI au cours de l'étude rétrospective au CH Marchant sur les années 2018 et 2019 (n=11)

Numéro patient	Age 0-74 ans = 0 pt 75-84 ans = 1 pt +85 ans = 2 pts	Nb de médicaments pris à domicile (BMO) 0-3 = 0 pt 4-6 = 2 pts 7+ = 4 pts	Anticoagulant (sauf acide acétylsalicylique) warfarine, daltéparine, enoxaparine,...	3 médicaments ou + traitement cardiovasculaire (hors anticoagulants) anti HTA, digoxine, hypolipémiant, amiodarone, acide acétylsalicylique, clopidogrel, diurétique	Médicament traitement du diabète	Médicament traitement cancer	Médicament traitement épilepsie phénytoïne, carbamazépine, acide valproïque, etc.	Total score Québec
1	0	4	0	0	0	0	2	6
2	0	4	0	0	0	0	0	4
3	0	2	0	0	0	0	0	2
4	0	2	0	0	0	0	0	2
5	0	4	0	0	0	0	0	4
6	0	4	0	0	0	0	2	6
7	0	4	0	0	0	0	0	4
8	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	4	0	0	0	0	0	4
10	0	4	3	0	2	0	0	9
11	0	2	0	0	0	0	0	2

4.3. Discussion

Cette étude rétrospective permet de retrouver des données concordantes avec la littérature :

- Le type de DNI la plus fréquente est l'oubli. Que la CTME soit pratiquée en services de MCO ou en services de psychiatrie, l'oubli de prescription hospitalière d'un traitement pris par le patient à domicile est la DNI la plus courante.
- Les médicaments à visée somatique sont plus fréquemment impliqués dans les DNI au cours de la CTME en psychiatrie : les classes ATC les plus souvent retrouvées sont le système cardiovasculaire, le système digestif et métabolique, le système respiratoire, le système nerveux hors psychiatrie (178)(179)(148)(108)(180)(140).
- Les patients présentant des DNI semblent présenter un BMO comportant un nombre plus important de médicaments que les patients sans DNI. Dans la littérature, la polymédication apparaît comme étant un critère de risque de DNI, en MCO comme en psychiatrie (148)(180)(140).
- Le temps moyen nécessaire à la réalisation d'une conciliation médicamenteuse d'entrée en psychiatrie est conséquent (178)(180)(140).

En revanche, certains résultats divergent avec la littérature sur les points suivants :

- Dans notre population d'étude, l'influence de l'âge ou de l'origine du patient avant admission ne sont pas retrouvées.
- La proportion de DNI identifiée est faible comparée à celle retrouvée dans les études.

Le score Québec est inférieur à 10 pour la totalité de nos patients DNI. Il est supérieur à 4 pour 3 patients sur 11. Sur notre population d'étude, le seuil proposé de significativité en psychiatrie (conciliation permettant de détecter des DNI pour un score > 4) aurait écarté 73% de nos patients DNI. De plus, la visualisation de la répartition des points attribués aux patients DNI avec l'outil Québec permet de mettre en évidence que certains items sont peu représentés et donc peu pertinents dans notre population :

- Tous nos patients DNI ont moins de 75 ans, ce qui ne rapporte aucun point sur l'item « âge ».
- Peu de patients sont concernés par les items relatifs aux traitements anticoagulants, antidiabétiques ou antiépileptiques.
- Aucun patient n'est concerné par les items « médicaments cardiovasculaires » ou par les médicaments anticancéreux.

En revanche, l’item relatif au nombre de médicaments pris à domicile (BMO) est celui entrant le plus en jeu dans les scores finaux de chaque patient, puisque 10 patients DNI sur 11 ont 2 ou 4 points attribués.

Enfin, à l’usage dans le cadre de cette étude rétrospective, la formulation des critères figurant dans le score Québec original nous ont semblé relativement ambiguës et non totalement adaptés à la pratique d’une priorisation de la CTME, puisque les critères relatifs au nombre de médicaments et à la présence de médicaments à risque se rapportent aux traitements pris au domicile ou avant l’admission, ce qui sous-entend que la CTME doit déjà être initiée avec la réalisation d’un BMO pour pouvoir procéder à la cotation du score Québec pour un patient donné.

Ces résultats nous amènent à penser que la population hospitalisée au CH Marchant présente des spécificités, notamment en terme d’âge, qui ne sont peut être pas extrapolables aux autres établissements de psychiatrie. De plus, l’échantillon recueilli sur ces 2 années est faible. Ces résultats ne permettent pas à eux seuls de pouvoir établir un profil type de patients à risque. Il serait nécessaire de disposer d’un plus grand échantillon.

Dans notre réflexion de recherche d’un outil de priorisation, il nous semble important de se questionner sur les biais potentiels liés aux spécificités des établissements, notamment relatives à la prise en charge avec des DMS très différentes d’un établissement à un autre, ou le profil des patients admis.

Cette étude monocentrique laisse penser que le score Québec, même avec le seuil abaissé à 4 comme retrouvé au CH de La Chartreuse (179), n’est pas assez efficace pour cibler les patients les plus à risque de divergences au cours de la CTME en psychiatrie.

Cette 1^{ère} étape permet de dresser un aperçu des éléments à investiguer auprès des établissements participant au projet dans le but de pouvoir envisager un score utilisable par un maximum de structures.

5. Etape 2 : Enquêtes nationales

5.1. Place des enquêtes dans le projet

S’agissant d’un projet à visée d’application nationale, il nous semblait essentiel de dresser un état des lieux de la conciliation médicamenteuse mise en œuvre dans les établissements de santé mentale en France, et d’enrichir la réflexion concernant la mise à disposition d’un outil de ciblage adapté à la psychiatrie en prenant en considération les expériences et les avis d’un nombre important de professionnels de santé évoluant dans ce milieu.

L'enquête N°1 a été réalisée durant l'été 2020 et l'enquête N°2 pendant la période estivale 2021.

5.2. Enquête nationale N°1

5.2.1. Méthodologie

A l'occasion du lancement du projet auprès des établissements membres des réseaux FERREPSY Occitanie et PIC, nous avons adressé une lettre officielle de présentation du projet, associée à un questionnaire sous la forme d'une enquête, afin de dresser un état des lieux de la conciliation médicamenteuse d'entrée des établissements, d'entamer une discussion autour de la priorisation des patients à concilier et la construction et mise à disposition d'un outil d'aide, et enfin, de connaître les établissements intéressés pour prendre part au projet. Le formulaire d'enquête était disponible en format WORD et GOOGLEFORM, adressé aux contacts des membres des réseaux FERREPSY Occitanie et PIC (Annexe 6).

5.2.2. Résultats

5.2.2.1. Vue globale des réponses à l'enquête N°1

Au total, à l'issue de la période de sondage, trente établissements ont répondu à l'enquête N°1, avec 19 réponses par le biais du GoogleForm (63%) et 11 réponses par retour du formulaire Word complété (37%).

Le détail des établissements ayant pris part à cette première enquête est précisé ci-dessous :

Etablissement	Ville, Département	Etablissement COFIL
Bon Sauveur d'Alby	Albi, Tarn	OUI
Centre de santé mentale Angevin (CESAME)	Sainte Gemmes sur Loire, Maine-et-Loire	OUI
CH Charles Perrens	Bordeaux, Gironde	OUI
CH Esquirol	Limoges, Haute Vienne	OUI
CH Gérard Marchant	Toulouse, Haute-Garonne	OUI
CH Sainte Marie de Rodez	Rodez, Aveyron	OUI
GHU Paris psychiatrie Neurosciences Sainte Anne	Paris	OUI
CH Thuir	Thuir, Pyrénées Orientales	OUI
CHU Toulouse	Toulouse, Haute-Garonne	OUI
EPSM Caen	Caen, Calvados	OUI
Fondation Bégard Bon Sauveur	Bégard, Côtes-d'Armor	OUI
USSAP Limoux (Union Sanitaire et Sociale Aude Pyrénées)	Limoux, Aude	OUI

Hôpitaux Saint Maurice	Saint-Maurice, Val-de-Marne	NON
GHU Paris Maison Blanche	Paris	NON
Clinique Le Ryonval	Sainte-Catherine, Pas-de-Calais	NON
EPSM Lille Métropole	Armentières, Nord	NON
CHS Sarreguemines	Sarreguemines, Moselle	NON
CHI Clermont de l'Oise	Clermont de l'Oise, Oise	NON
CH Saint-Cyr au Mont d'Or	Saint-Cyr au Mont d'Or, Métropole de Lyon	NON
CH Edouard Toulouse	Marseille, Bouches-du-Rhône	NON
CH Jonzac	Jonzac, Charente-Maritime	NON
CH des Pyrénées	Pau, Pyrénées Atlantique	NON
EPSM Sarthe	Allonnes, Sarthe	NON
Clinique Château de Seysses	Seysses, Haute-Garonne	NON
CHS Lannemezan	Lannemezan, Hautes-Pyrénées	NON
Fondation John Bost	Montauban, Tarn-et-Garonne	NON
CH du Gers	Auch, Gers	NON
Clinique des Cèdres	Cornebarrieu, Haute-Garonne	NON
CH Lavour	Lavour, Tarn	NON
Institut Camille Miret	Leyme, Lot	NON

Tableau 18 : Liste des établissements ayant participé à l'enquête nationale N°1 dans le cadre du projet d'optimisation de la conciliation médicamenteuse en psychiatrie

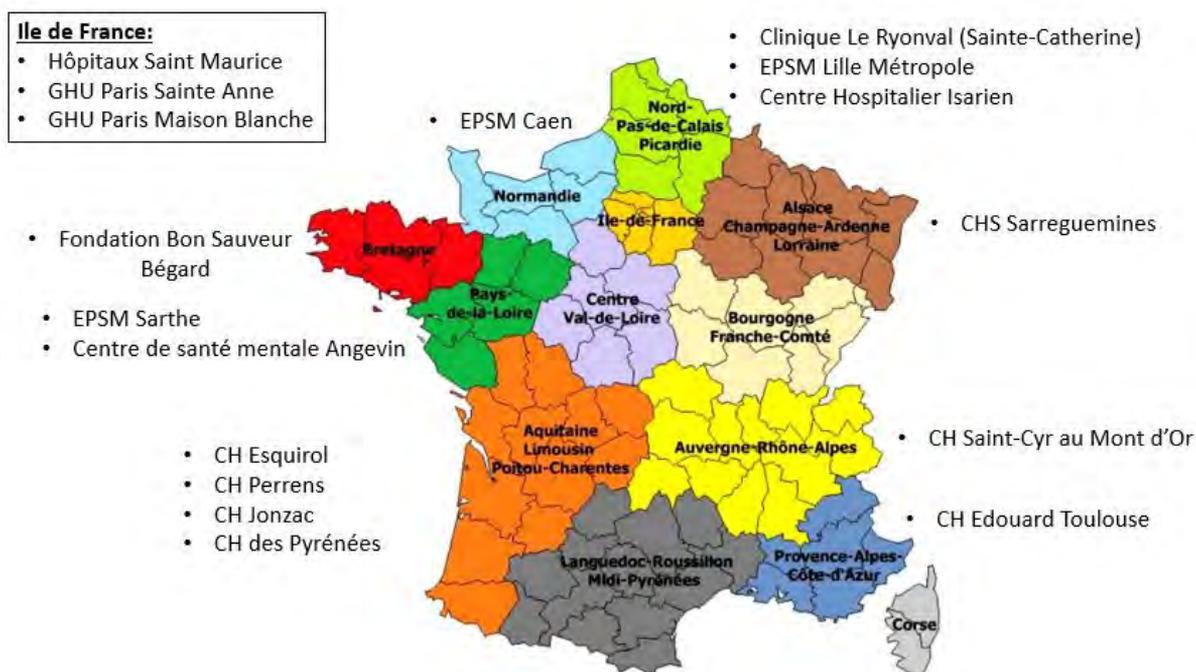


Figure 12 : Etablissements ayant participé à l'enquête N°1 (territoire national)

- CH Sainte-Marie de Rodez
- Bon Sauveur Alby
- Institut Camille Miret
- CH Lavour

- Clinique Château de Seysses
- CH Lannemezan
- CH Marchant
- CH du Gers
- CHU Toulouse
- Fondation John Bost
- Clinique des Cèdres



- USSAP Limoux
- CH Thuir

Figure 13 : établissements ayant participé à l'enquête N°1 (territoire Occitanie)

Sur les 14 établissements appartenant au COFIL, 12 établissements ont répondu au sondage (85,7%).

5.2.2.2. Etat des lieux de la CTM dans les établissements

- **Conciliation médicamenteuse à l'entrée :**

La CTME est pratiquée par 70% des établissements ayant participé à l'enquête (n=21).

La répartition du nombre de CTME réalisées par les établissements sur les années 2018 et 2019 sont détaillées dans les figures 14 et 15 ci-après :

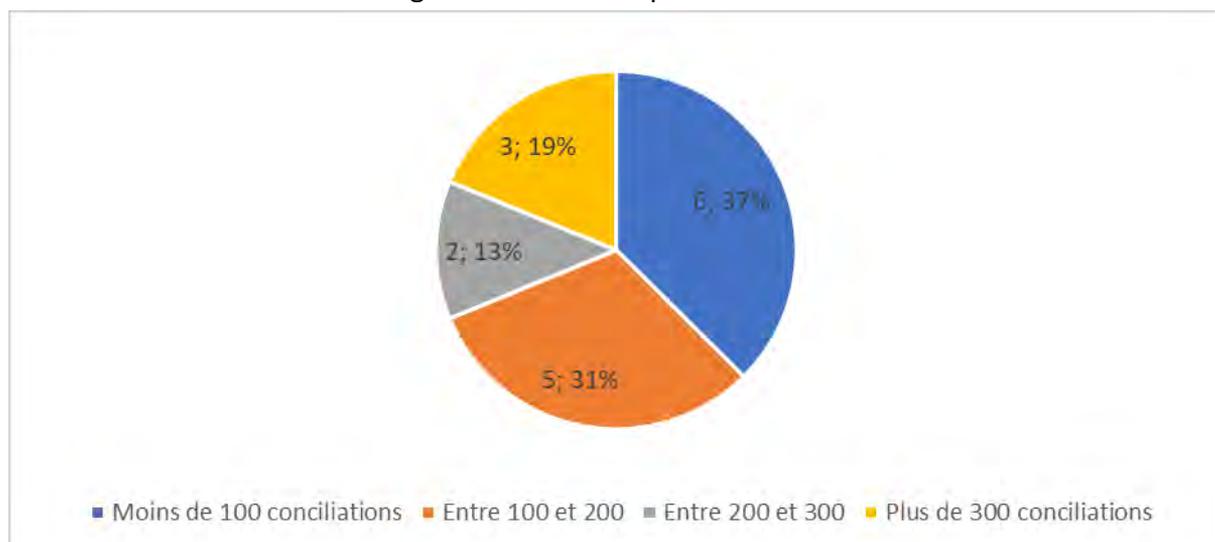


Figure 14 : Répartition du nombre de CTM d'entrée par établissement en 2018

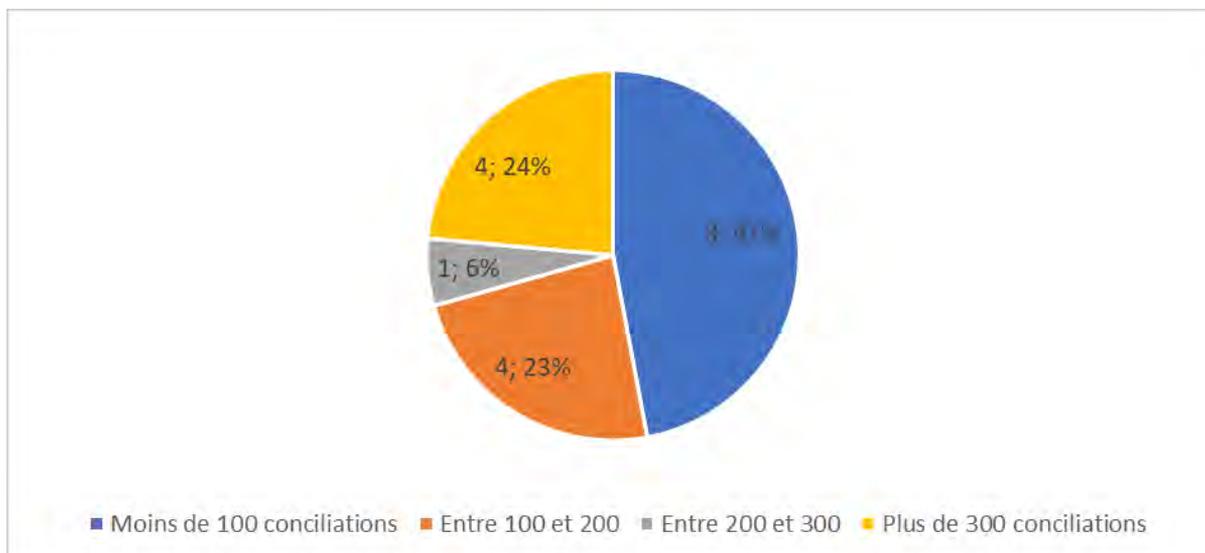


Figure 15 : Répartition du nombre de CTM d'entrée par établissement en 2019

Les résultats concernant les données de conciliation des établissements au premier semestre de 2020 ne sont pas restitués car jugés non représentatifs ni pertinents dans le cadre du projet au vu de la situation sanitaire COVID susceptible d'avoir perturbé les activités de conciliation médicamenteuse sur cette période.

Le pourcentage de CTME réalisées comportant au moins 1 DNI était de 33% en 2018 (avec une fourchette de pourcentages allant de 5 à 60%, et une médiane à 34%) et de 42% (avec une fourchette de pourcentages allant de 5 à 71%, et une médiane à 45%) en 2019.

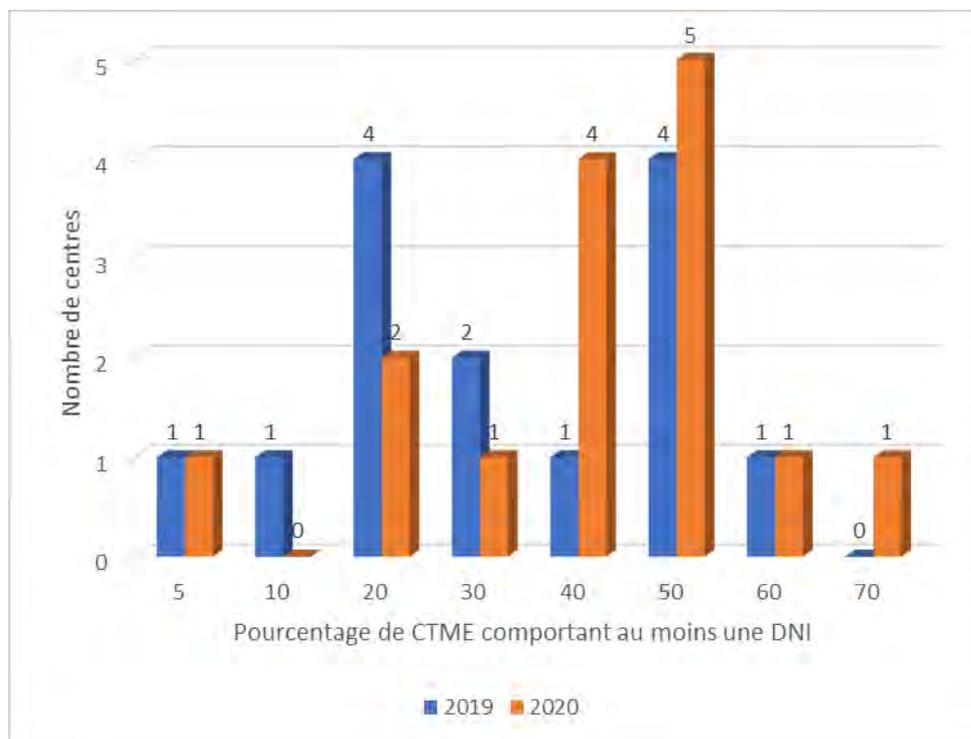


Figure 16 : Répartition du nombre d'établissements en fonction de leur pourcentage de CTME comportant au moins une DNI sur les années 2018 et 2019, selon les réponses à l'enquête nationale N°1

La durée moyenne de réalisation de la CTME par les établissements était de 57 minutes en 2018 et 61 minutes en 2019.

Une majorité des établissements dédie 1 à 2 personnes à la réalisation de la CTME (62%). Pour 29% des établissements pratiquant la CTME, le recueil d'informations est réalisé par 5 personnes ou plus, associant les internes, externes et préparateurs en pharmacie dans la démarche.

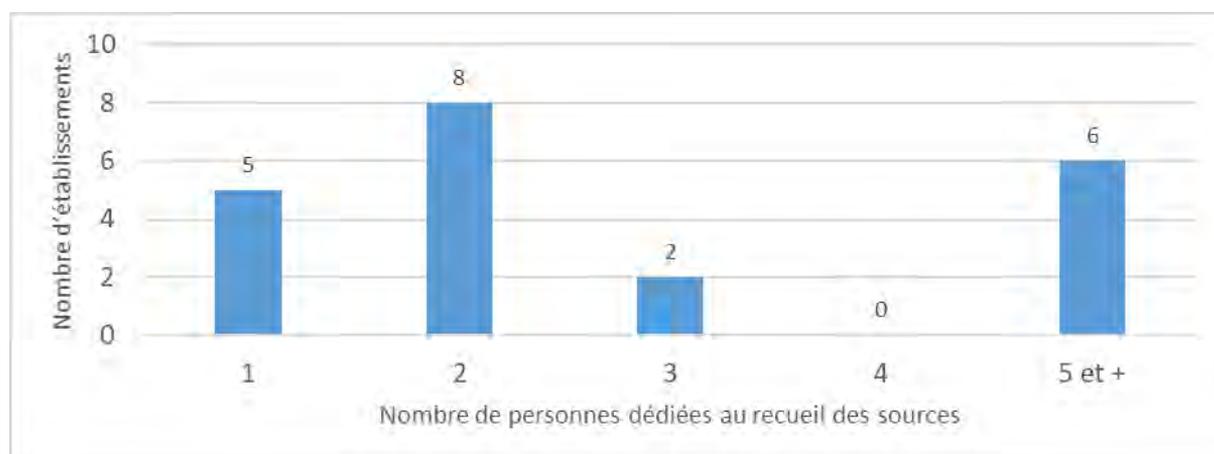


Figure 17 : Répartition du nombre de personnes dédiées à la réalisation de la CTME par établissement

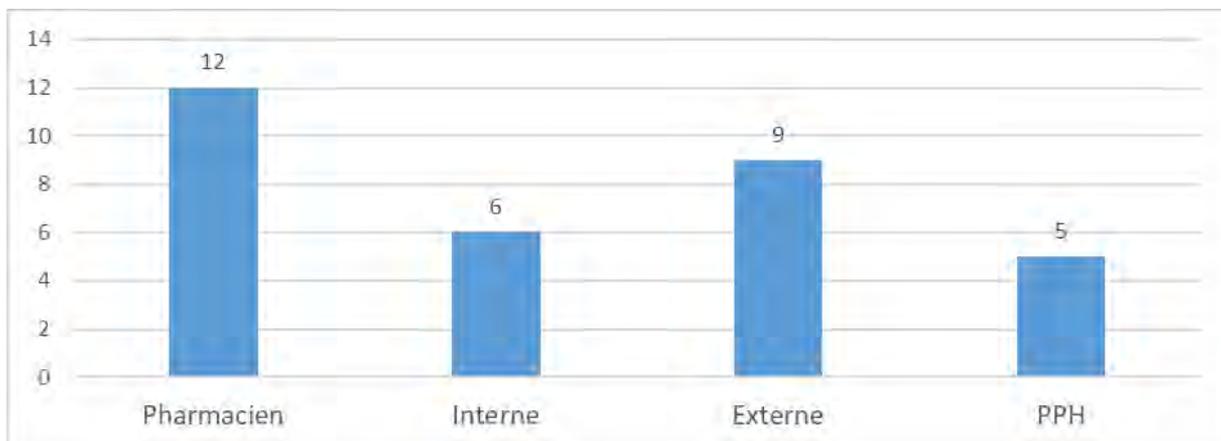


Figure 18 : Répartition des ressources humaines dédiées au recueil des sources dans le cadre de la CTME dans les établissements

Les sources d'information préférentiellement utilisées par les établissements sont l'appel à l'officine habituelle du patient, la consultation du DPI, l'entretien avec le patient et la consultation des ordonnances apportées par le patient.

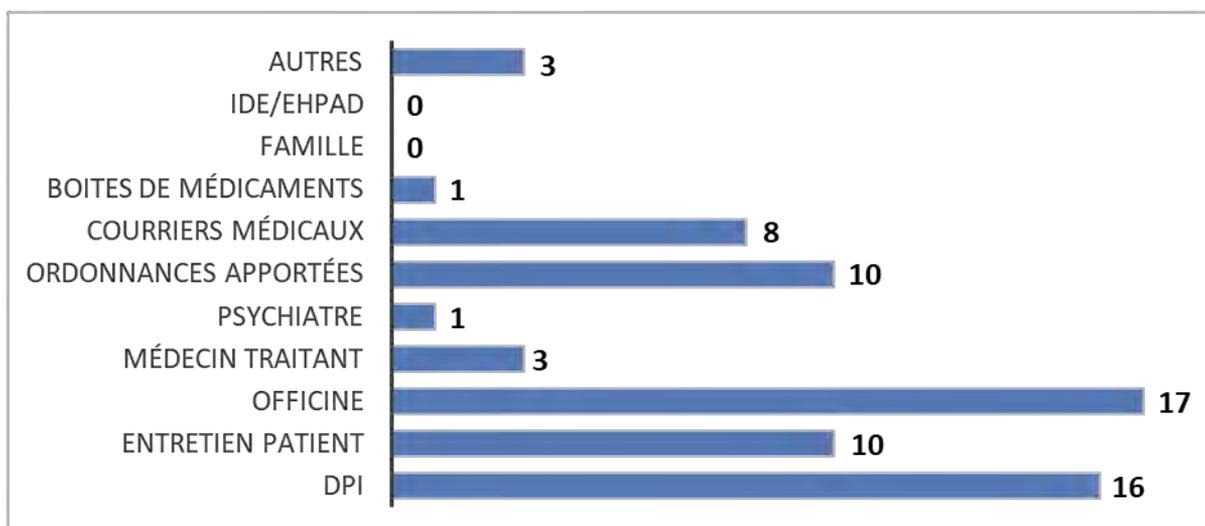


Figure 19 : Répartition des trois sources utilisées préférentiellement par les établissements dans le cadre du recueil des sources dans leur processus de CTME

Dans la catégorie « autres » les réponses retrouvées étaient le recours au DP ou à la carte vitale du patient, la prise de contact avec l'hôpital de transfert du patient (y compris le pharmacien hospitalier de l'établissement de transfert) et le contact du médecin spécialiste pour compléter les sources d'informations et établir un BMO le plus exhaustif possible.

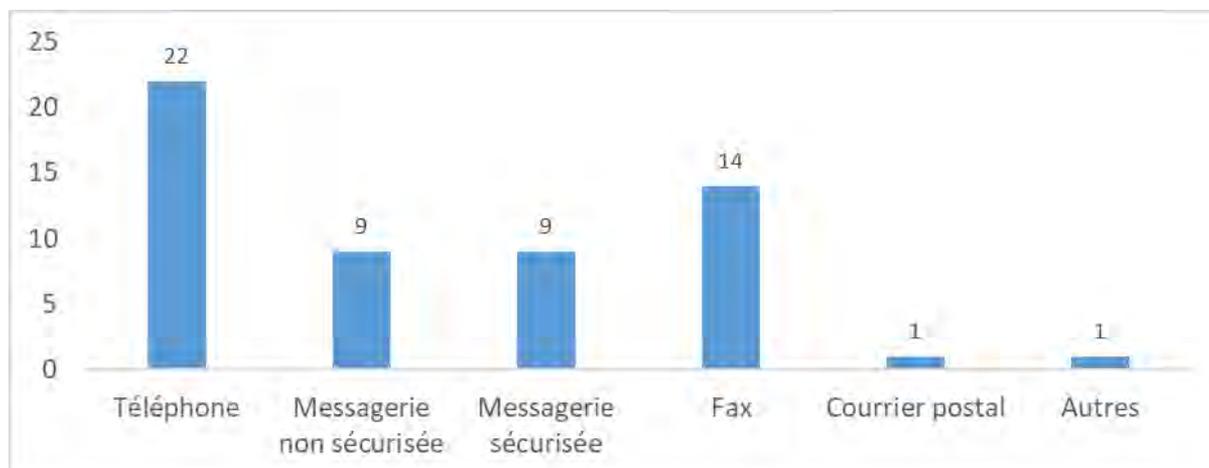


Figure 20 : Répartition des moyens de communication utilisés par les établissements dans le cadre du recueil des sources dans leur processus de CTME

Suite à l'étape de recueil des informations, le BMO est réalisé en grande majorité par les pharmaciens (81%). Dans une proportion moins importante, le BMO est également réalisé par les externes en pharmacie (43%), par les internes en pharmacie (23,8%) et/ou par les PPH (23,8%).

De manière générale sur l'ensemble des établissements pratiquant la conciliation médicamenteuse d'entrée, même si le travail d'analyse de divergences est parfois initié par les externes ou les préparateurs hospitaliers, la validation finale est systématiquement réalisée par un interne en pharmacie ou un pharmacien.

Parmi les établissements pratiquant la conciliation médicamenteuse à l'admission, 90% possèdent un tableau de suivi de leurs CTME réalisées (n=19).

- **Conciliation médicamenteuse à la sortie :**

La CTM de sortie est pratiquée par 33% des établissements ayant participé à l'enquête (n=10).

5.2.2.3. Identification des patients à risque de DNI

Parmi les établissements réalisant de la CTME, 76% d'entre eux identifient un profil de patients à risque de présenter des DNI (n=16).

Les critères de risque énoncés par les établissements dans le questionnaire peuvent être regroupés en plusieurs catégories (les établissements pouvaient énoncer plusieurs critères) :

- Patients âgés (+65 ans) : n=14
- Polymédication (+ de 5 traitements) : n=8
- Prescription contenant un MAR : n=4
- Patient avec traitement somatique (notamment anticoagulant et/ou insuline et/ou médicament immunomodulateur) : n=4

- Patient avec maladie somatique chronique (notamment risque cardiologique et/ou diabétique) : n=4
- Première hospitalisation sur l'établissement : n=2
- Polypathologie : n=1

5.2.2.4. Recours aux outils de priorisation dans les établissements

Parmi les établissements réalisant de la CTME, 24% d'entre eux utilisent ou ont mis en place un outil d'aide à la priorisation des patients (n=5).

Les méthodes de priorisation énoncées par les établissements dans le questionnaire sont les suivantes :

- 1) Score d'analyse de risque : patients âgés, prescription contenant un MAR, poly médication
- 2) Patient de plus de 65 ans admis dans les 3 derniers jours
- 3) Patients âgés ne venant pas d'EHPAD
- 4) Liste interne des MAR, âge, poly-médication
- 5) Utilisation des items du score Québec pour cibler la population à risque

5.2.2.5. Réflexion de mise à disposition d'un outil de priorisation spécifique à la psychiatrie

Sur l'ensemble des établissements ayant participé à l'enquête N°1, 33% d'entre eux (n=10) considèrent le score Québec comme pertinent en l'état sans modification, 57% (n=17) estiment que cet outil est intéressant mais que des révisions seraient nécessaires pour l'adapter à la psychiatrie et 10% ne le trouvent pas pertinent (n=3).

Les établissements ont ensuite émis des propositions d'adaptation du score et de critères à faire figurer dans un outil de priorisation spécifique à la CTME en psychiatrie.

Les propositions énoncées par les établissements des items à faire figurer dans le score de priorisation de CTME en psychiatrie sont résumées dans le tableau 19 et peuvent être classées en 5 grandes catégories :

- Items relatifs à la PATHOLOGIE
- Items relatifs au TRAITEMENT
- Items relatifs au PARCOURS DE SOINS
- Items relatifs à la BIOLOGIE
- Items relatifs au PATIENT

PATHOLOGIE	TRAITEMENT	PARCOURS DE SOINS	BIOLOGIE	PATIENT
-Comorbidités somatiques/ Pathologies chroniques somatiques (ex: VIH, asthme, BPCO) : n=4 -Type de trouble psychiatrique : n=1	-Inclusion des psychotropes (NAP, antidépresseurs, MAR psychotropes tels que clozapine, lithium, valproate,...) : n=8 -Prise en compte de la non observance du traitement : n=1 -Médicaments somatiques : n=1	-Provenance du patient à l'admission (domicile, établissement autre, passage par les urgences...) : n=3 -Horaire d'admission du patient (sous-entendu « entrée sur le temps de garde ou non ») : n=2 -Mode d'hospitalisation (SL, SPDT, SPDRE) : n=2 -Hospitalisation non programmée : n=1 -Situation rupture de soins/rupture de suivi (somatique et/ou psychiatrique) : n=1 -Flux d'activité structure d'accueil à l'entrée (sous-entendu « activité importante dans le service au moment de l'entrée patient ») : n=1 -Absence d'historique médical/médicamenteux au sein de l'établissement = 1ère hospitalisation dans l'ETS : n=1	-Taux d'imprégnation anticholinergique : n=1 -Fonction rénale : n=1 -Fonction hépatique : n=1	-Addictions, consommation de substances psycho actives : n=1 -Qualité de communication du patient : n=1 -Présence d'un accompagnant/aidant : n=1 -Patients en rechutes : n=1

Tableau 19 : Récapitulatif des propositions énoncées par les établissements des items à faire figurer dans le score de priorisation de CTME en psychiatrie, d'après les réponses à l'enquête nationale N°1

(SL : soins libres / SPDT : soins psychiatriques à la demande d'un tiers / SPDRE : soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat)

Les établissements prenant part à l'enquête ont également émis les commentaires suivants en lien avec la réflexion de recherche et construction d'un score de priorisation en psychiatrie :

- « Augmenter ou modifier le seuil de décision sur le score Québec »
- « La pondération des antiépileptiques est jugée trop importante, ou proposition de supprimer les antiépileptiques du score Québec »
- « L'outil score Québec permet de cibler des divergences avec risque d'impact clinique important mais en psychiatrie nous sommes principalement concernés par des divergences qui concernent les psychotropes (qui ont souvent moins d'impacts cliniques immédiats a priori) »
- « Le fait de se baser sur l'OMA peut entraîner un biais car les DNI les plus courantes sont des omissions ou des oublis de prescription »
- « Le score Québec ne prend pas en compte les antécédents somatiques et les comorbidités somatiques (le score ne se base que sur des médicaments) »

- « La liste des MAR est à adapter à la population psychiatrique »

5.2.2.6. Intérêt des établissements pour le projet

A l'issue de cette première enquête, 28 établissements, sur les 30 ayant participé au sondage, ont manifesté leur intérêt pour participer au projet, sur la base des informations relatives aux objectifs et d'organisation prévisionnelle énoncées.

5.2.3. Discussion

Les établissements ayant participé à cette enquête N°1 proviennent de plusieurs régions géographiques et permettent ainsi de couvrir une partie importante du territoire national, ce qui permet de représenter à travers l'ensemble des réponses une diversité importante de structures hospitalières de santé mentale. Les deux réseaux FERREPSY Occitanie et PIC sont tous deux représentés à travers les retours des participants à l'enquête, et des établissements à la fois publics et privés ont pris part à ce sondage.

Tous les établissements n'ont pas encore mis en œuvre l'activité de conciliation médicamenteuse dans leurs services et certains n'ont développé la démarche de son implantation que très récemment. On constate une grande variabilité dans le nombre de CTME réalisées parmi les établissements, ce qui peut s'expliquer notamment par l'état d'avancée et de déploiement de l'activité, mais également par le nombre de personnes qui y sont dédiées et par les ressources humaines qui y sont allouées (présence d'internes et d'externes en pharmacie, participation des PPH à la CTME). Cette variabilité peut également être corrélée aux capacités d'accueil des différents établissements, du nombre de lits et à la durée moyenne des séjours qui serait en faveur d'un turn-over plus ou moins important des patients.

La proportion de CTME comportant au moins une DNI est elle aussi très variable entre les établissements, puisque la fourchette s'étend en moyenne de 5 à 70%. Ce résultat est en faveur du constat suivant : les établissements pour lesquels cette proportion est faible réalisent une majorité de CTME pour des patients pour lesquels aucune DNI n'est détectée, peut-être au détriment de patients à risque de DNI mais qui ne sont pas conciliés, et à l'inverse, les établissements pour lesquels cette proportion est élevée semblent cibler correctement leurs patients, de façon volontaire ou non.

Au vu de la durée moyenne de réalisation de la CTME estimée par cette enquête, d'environ 60 minutes, et de la proportion importante d'établissements ne dédiant que 1 à 2 personnes à la réalisation de cette activité (62%), principalement par manque de ressources humaines, la nécessité d'un ciblage efficace des patients les plus à risque nous semble ressortir comme une priorité.

Un quart des établissements (n=5) réalisant de la CTME déclarent avoir recours à une méthode ou un outil de priorisation, en ciblant les patients âgés, polymédiqués ou dont la prescription comporte un MAR. Un établissement a précisé qu'il utilisait anciennement le score Québec comme outil de priorisation, mais qu'à l'usage, il constatait avoir recours à cet outil pour cibler les patients grâce aux items figurant dans sa grille, mais pas pour l'outil en lui-même avec le calcul du score.

Il nous semble que ces éléments de ciblage, à eux seuls, ne suffisent pas à expliquer l'étendue des écarts entre les proportions de CTME comportant au moins une DNI entre les établissements. En effet, d'autres formes de priorisation sont possibles et n'ont pas figuré parmi les réponses : le déploiement de la CTME dans des services à risque (exemples : gérontopsychiatrie, services d'urgences, services avec présence d'internes de psychiatrie en début de cursus) ou encore réalisation de CTME sur demande du prescripteur pour les cas de patients plus à risque pour diverses raisons (comorbidités particulières, nombre important de médicaments, difficultés à recueillir des informations).

En abordant ces questionnements à l'occasion d'une réunion du COPIL, nous avons pu constater que les pratiques de réalisation de la CTME étaient différentes d'un établissement à un autre, du point de vue de l'organisation du processus, de la cotation des divergences. En effet, bien que des référentiels de mise en pratique de la CTME soient mis à disposition par la HAS et la SFPC notamment, il n'y a pas une seule et unique manière de procéder et chaque établissement a pu adapter la théorie de la CTME à sa pratique quotidienne. Ces différences peuvent elles aussi en partie expliquer cette variabilité importante du pourcentage de CTME comportant au moins 1 DNI entre les établissements.

Les variations importantes des pourcentages de CTME identifiant au moins 1 DNI entre les établissements laissent suggérer trois hypothèses, non mutuellement exclusives :

- Une hétérogénéité de la population d'un établissement à un autre, expliquant un nombre plus élevé de DNI retrouvées parmi une population avec un profil plus à risque.
- Des méthodes de comptabilisation des DNI différentes d'un établissement à un autre : formalisation plus ou moins exhaustive et formalisée des DNI, attente de validation médicale ou non avant la cotation d'une DNI, définition d'une divergence variable à l'étape de comparaison du BMO à l'OMA.
- Mise en place d'une priorisation, formalisée ou non, dans certains centres : seulement 5 centres ont décrit des méthodes de priorisation. D'autres critères de priorisation « cachée » sont à explorer plus en profondeur.

En vue de pouvoir procéder, une fois l'outil de priorisation spécifique à la psychiatrie choisi, à une étude multicentrique de validation de cet outil, il est essentiel de faire préciser aux

établissements plus en détail leurs pratiques de CTME et leurs modalités de cotation des divergences. En effet, toutes ces informations doivent être connues en vue de dresser la méthodologie de l'étude multicentrique afin de définir, dans le cadre de ce travail, une méthodologie unique de cotation des divergences afin de limiter les biais. De la même façon, le profil des patients hospitalisés dans les différents établissements doit être connu afin de pouvoir estimer la représentativité parmi les structures, des items du score qui seront sélectionnés et procéder à la validation de l'outil à l'aide d'un échantillon d'établissements le plus représentatif de l'ensemble des établissements de santé mentale du territoire national.

Parmi l'ensemble des établissements ayant participé à ce questionnaire, 67% d'entre eux souhaitent un score de priorisation adapté à la population psychiatrique, soit par l'adaptation d'un score de MCO soit par la création d'un nouveau score, dédié à la priorisation en psychiatrie.

Sur la base des éléments discutés à l'issue de l'analyse des réponses à cette enquête nationale N°1, nous avons entrepris l'étape de construction du score (se référer au paragraphe détaillant la phase 3 relative à la construction du score à proprement parler) et en parallèle nous avons entrepris la création d'une seconde enquête nationale afin d'obtenir des informations de la part des établissements concernant les profils des patients hospitalisés en service de psychiatrie au sein de leur structure et de préciser les pratiques de CTME et de priorisation.

5.3. Enquête nationale N°2

En mai 2021, nous avons procédé à la diffusion de la seconde enquête nationale à l'attention des membres du COPIL et des établissements ayant manifesté leur intérêt pour le projet.

5.3.1. Méthodologie

L'enquête nationale N°2 a été adressée au format WORD (Annexe 7).

Ce second questionnaire se décompose en 2 parties :

❖ Partie 1 : Profil des patients hospitalisés en psychiatrie (données DIM)

La partie 1 a pour objectif de dresser le profil des patients hospitalisés en services de psychiatrie dans les différents établissements sollicités, grâce au recueil des données issues des DIM (Départements d'Information Médicale). Cette partie de questionnaire est à compléter par tous les établissements.

Les questions se rapportent uniquement aux hospitalisations temps plein dans les services de psychiatrie adulte sur l'année 2019. Les données recueillies sont la répartition des patients hospitalisés en psychiatrie (en nombre) par établissement selon des tranches d'âges de 10 ans, de 16 ans à plus de 95 ans, la répartition des patients selon le sexe, la Durée Moyenne de Séjour (DMS) et la Durée Moyenne d'Hospitalisation (DMH).

❖ **Partie 2 : Descriptif des pratiques de conciliation médicamenteuse d'entrée**

La partie 2 a pour objectif de mieux connaître les pratiques propres à chaque établissement en matière de conciliation d'entrée. Cette partie est à compléter uniquement par les établissements mettant en œuvre la conciliation médicamenteuse d'entrée en services de psychiatrie.

Les questions se rapportent uniquement à la conciliation médicamenteuse d'entrée. L'objectif est tout d'abord de faire préciser dans le détail aux établissements leur déploiement de la CTME cible des services ou des patients spécifiques, et dans un second temps de connaître précisément la démarche de CTME mise en œuvre par les établissements et les modalités de cotations des divergences utilisées.

Les éléments recueillis à travers cette enquête nationale N°2 permettront d'adapter la méthodologie de l'étude multicentrique.

5.3.2. Résultats

5.3.2.1. Vue globale des réponses à l'enquête N°2

Au total, à l'issue de la période de sondage, 19 établissements ont répondu à l'enquête N°2. Le détail des établissements ayant pris part à cette seconde enquête est précisé ci-dessous :

Etablissement	Ville, Département	Etablissement COPIL
Centre de santé mentale Angevin (CESAME)	Sainte Gemmes sur Loire, Maine-et-Loire	OUI
CH Charles Perrrens	Bordeaux, Gironde	OUI
CH Esquirol	Limoges, Haute Vienne	OUI
CH Gérard Marchant	Toulouse, Haute-Garonne	OUI
CH Sainte Marie de Rodez	Rodez, Aveyron	OUI
GHU Paris psychiatrie Neurosciences Sainte Anne	Paris	OUI
CH Thuir	Thuir, Pyrénées Orientales	OUI
CHU Toulouse	Toulouse, Haute-Garonne	OUI
EPSM Caen	Caen, Calvados	OUI
Fondation Bégard Bon Sauveur	Bégard, Côtes-d'Armor	OUI
Hôpitaux Saint Maurice	Saint-Maurice, Val-de-Marne	NON
GHU Paris Maison Blanche	Paris	NON

Clinique Le Ryonval	Sainte-Catherine, Pas-de-Calais	NON
EPSM Lille Métropole	Armentières, Nord	NON
CHS Sarreguemines	Sarreguemines, Moselle	NON
CH Saint-Cyr au Mont d'Or	Saint-Cyr au Mont d'Or, Métropole de Lyon	NON
CH des Pyrénées	Pau, Pyrénées Atlantique	NON
EPSM Sarthe	Allonnes, Sarthe	NON
CH Guillaume Régnier	Rennes, Ille-et-Vilaine	NON

Tableau 20 : Liste des établissements ayant participé à l'enquête nationale N°2 dans le cadre du projet d'optimisation de la conciliation médicamenteuse en psychiatrie

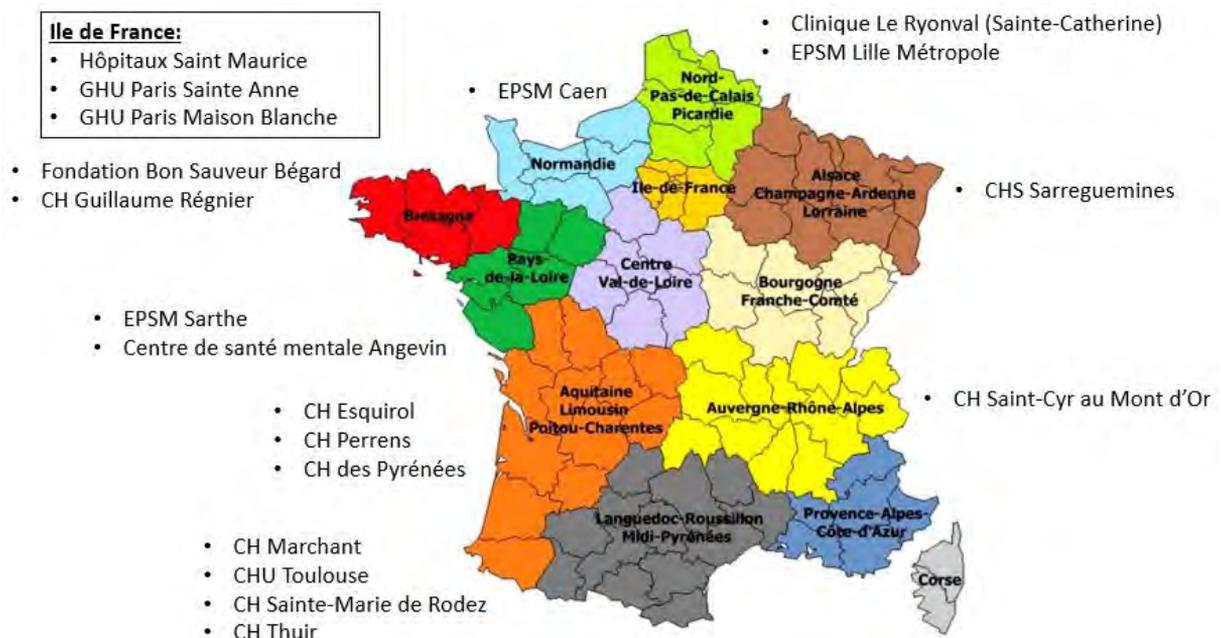


Figure 21 : Etablissements ayant participé à l'enquête N°2 sur le territoire national

Sur les 14 établissements appartenant au COPIL, 10 ont répondu au sondage (71%).

5.3.2.2. Partie 1 : profil des patients hospitalisés en psychiatrie des différents établissements

La partie 1 de l'enquête N°2 a été complétée par l'ensemble des 19 établissements.

Le nombre d'hospitalisations de patients adultes en service de psychiatrie en 2019 dans les établissements ayant participé au sondage est détaillé dans la figure 22 :

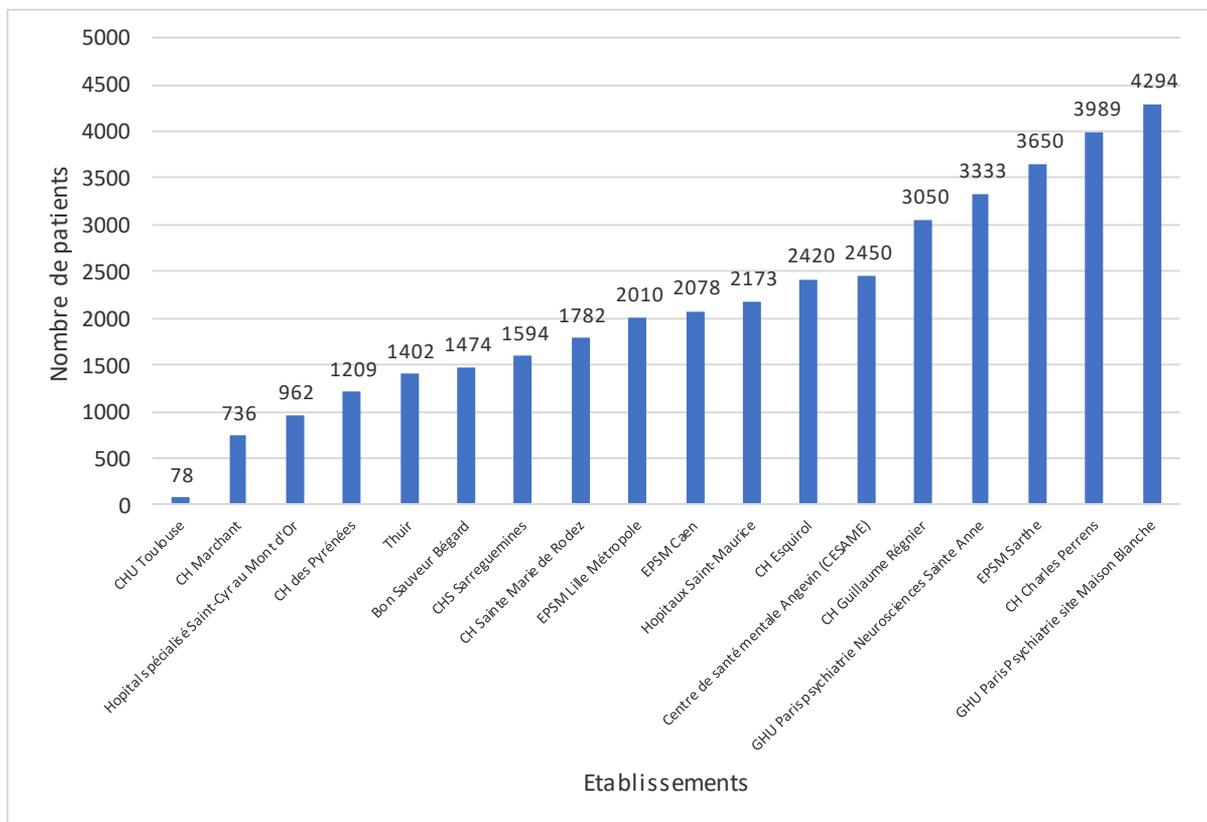


Figure 22 : Nombre d'hospitalisations temps plein en psychiatrie adulte en 2019 des établissements ayant participé à l'enquête nationale N°2

La répartition, en fonction de leur tranche d'âge, des patients hospitalisés en service de psychiatrie adulte en 2019 des établissements est détaillée dans la figure 23 :

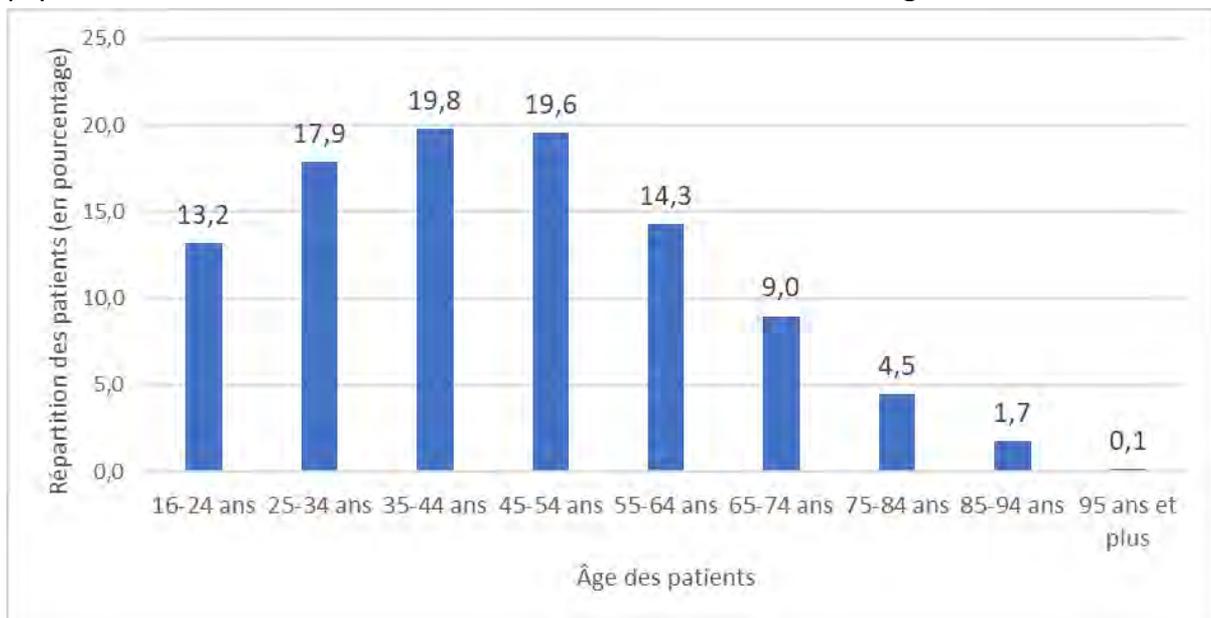


Figure 23 : Répartition des patients hospitalisés en service de psychiatrie adulte selon leur tranche d'âge en 2019 parmi les établissements ayant participé à l'enquête N°2

Pour l'ensemble des patients hospitalisés en 2019 dans les établissements du sondage, 53,5% étaient de sexe masculin et 46,5% de sexe féminin.

Parmi les établissements, la durée moyenne de séjour était en moyenne de 40,9 jours, avec une médiane à 30,9 jours.

Concernant la durée moyenne d'hospitalisation, la moyenne était de 46,5 jours, avec une médiane à 42,1 jours.

5.3.2.3. Partie 2 : descriptif des pratiques de conciliation médicamenteuse d'entrée

Cette seconde partie était à compléter uniquement par les établissements mettant en œuvre la CTME dans leurs services de psychiatrie. Au total, 15 établissements ont répondu à cette seconde partie de questionnaire (78,9%).

La totalité des établissements réalisent de la CTME de manière rétroactive et 1 seul établissement, le CH Perrens, réalise également de la CTME de manière proactive.

- **Méthodologie de priorisation de la CTME dans les établissements :**

Sur les 15 établissements réalisant de la CTME, 1 établissement procède à la conciliation d'entrée de l'ensemble des patients admis en services de psychiatrie. Sur les 14 autres établissements, 13 d'entre eux déclarent avoir recours à une méthode de priorisation (87%). Un établissement ne procède pas à la conciliation systématique de l'ensemble des patients admis, mais ne détaille pas de méthode de priorisation.

Parmi les 13 établissements réalisant la CTME par méthode de ciblage, 77% priorisent des services spécifiques (n=10) et 85% priorisent des patients spécifiques (n=11). Huit établissements ont recours à la fois à de la priorisation service spécifique et patient spécifique (61,5%).

Critères de priorisation SERVICES	Critères de priorisation PATIENTS
<p>Services ciblés en lien avec le déploiement de la pharmacie clinique et la présence pharmaceutique déployée dans ces unités (externes, internes) et la limitation des ressources humaines nécessitant une focalisation sur un nombre restreint de services : n=4</p> <p>Services ciblés par leur spécialité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urgences, UHCD, SECOP : n=2 - Services d'admission : n=1 - Gériopsychiatrie : n=2 - Addictologie : n=1 	<ul style="list-style-type: none"> • Age : n=8 • Nombre de médicaments : n=4 • Présence de médicaments somatiques sur l'OMA : n=3 • Présence de MAR sur l'OMA : n=3 • Comorbidités somatiques : n=5 • Polypathologie : n=1 • Profils de patients particuliers : insuffisant rénal, insuffisant hépatique, femme enceinte : n=1 • Rechute de psychose : n=1 • Score Québec > 4 : n=1 • Absence d'informations sur le patient : n=1

(UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée - SECOP : Service d'Evaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique)

Les MAR à visée somatique cités étaient les suivants : antidiabétiques (n=2), médicaments cardiovasculaires (n=2), anticoagulants (n=2), anti-épileptiques (=2), immunomodulateurs ou immunosuppresseurs (n=2), antirétroviraux ou trithérapie (n=2), substituts morphiniques (n=1), anti-asthmatiques (n=1), anticancéreux (n=1), méthotrexate (n=1).

Les MAR à visée psychiatriques cités étaient les suivants : lamotrigine, méthadone, clozapine et lithium (n=1).

- **Descriptif du processus de CTME mis en œuvre dans les établissements :**

Sur les 15 établissements pratiquant de la CTME, d'un point de vue chronologique, 2 procèdent à la CTME avant l'analyse de la prescription du patient, 11 procèdent d'abord à l'analyse de la prescription avant de réaliser la CTME. Deux établissements n'ont pas répondu à cette question du sondage.

Sur les 15 établissements, 60% considèrent que dans leur pratique, la CTME et l'analyse pharmaceutique de la prescription sont deux processus indépendants (n=9), 27% réalisent les activités de CTME et d'analyse pharmaceutique de manière dépendante (n=4) et 2 établissements considèrent que les deux activités peuvent être à la fois dépendantes et indépendantes.

A l'étape de cotation des divergences, 100% des établissements emploient le terme de Divergence Non Intentionnelle (DNI) et 93% emploient le terme de Divergence Intentionnelle (DI) (n=14). La cotation des divergences en Divergence Intentionnelle Documentée (DID) et Divergence Intentionnelle Non Documentée (DIND) est pratiquée respectivement par 47% des établissements (n=7) et 53% des établissements (n=8).

Lors de l'étape de comparaison du BMO à l'OMA, les établissements considèrent la présence d'une divergence (intentionnelle ou non) lorsque le statut d'une ligne de prescription est :

- Un arrêt : OUI pour 100% des répondants (n=15)
- Une suspension : OUI pour 87% des répondants (n=13)
- Une modification : OUI pour 100% des répondants (n=15)
- Une substitution : OUI pour 53% des répondants (n=8)
- Un ajout : OUI pour 100% des répondants (n=15)

Onze établissements (73%) attendent le retour et la validation médicale du prescripteur avant de qualifier définitivement une divergence de DNI.

Éléments notables des processus de CTME décrits par les établissements :

- Le repérage des patients pour procéder à la CTME est notamment réalisé :
 - Au cours de l'analyse pharmaceutique.
 - Directement dans le service avec l'équipe soignante.

- A l'aide d'une requête informatique ou par analyse des dossiers des entrées de la veille.
- La mise en œuvre du processus de CTME dans les établissements :
 - Est protocolisée pour un établissement, intégrant le rôle de chacun et la succession des étapes.
 - Nécessite la signature médicale à l'issue de la réalisation de la CTME pour certains établissements.
 - Inclut l'intégration des documents de CTME (FCT +/- BMO) dans le DPI pour de nombreux établissements.

5.3.3. Discussion

Sur cette seconde enquête nationale, bien que le nombre de réponses soit moins important qu'à la première enquête, les établissements de diverses régions géographiques ont participé, ce qui nous permet de disposer d'une diversité de retours issus de structures variées.

Le nombre d'hospitalisations temps plein en psychiatrie se répartit selon un intervalle très large, ce qui reflète, en association avec les DMS de chacun, des capacités d'accueil très différentes d'une structure à une autre.

Concernant le profil des patients hospitalisés, la médiane d'âge se situe autour de 45 ans et seulement 15,3% des patients ont plus de 65 ans. La population admise dans ces établissements de santé mentale est donc très majoritairement jeune.

Ce second questionnaire nous a permis de mieux appréhender les méthodes de priorisation employées par les établissements, puisque 87% d'entre eux sont concernés par au moins un type de ciblage particulier. Ce ciblage peut être contraint par les ressources humaines disponibles, mais peut également en ce sens être une bonne continuité au développement de la pratique de la pharmacie clinique en association avec les services volontaires et les équipes médicales motivées pour s'impliquer dans cette démarche. L'autre type de ciblage rencontré permet de mettre en évidence des services à risques (urgences, gérontopsychiatrie) ou des profils de patients à risque, par leur âge, leurs comorbidités, leur polymédication principalement.

D'un point de vue chronologique, la majorité des établissements procèdent d'abord à l'analyse pharmaceutique du patient, avant de procéder à sa CTME. Ce choix peut s'expliquer notamment par les modalités de dispensation des traitements médicamenteux établies par les établissements, qui pour certains ne procèdent à la délivrance qu'après une

validation de la prescription hospitalière du patient, ce qui ne permet pas d'attendre la réalisation complète de la CTME. Dans certains établissements, l'analyse pharmaceutique de la prescription et l'initiation de la CTME à travers la formalisation du BMO sont deux activités réalisées par des acteurs différents. Ces éléments permettent d'expliquer que pour 60% des établissements, ces deux activités soient indépendantes. Cette dissociation peut avoir un impact sur la cotation des divergences. En effet, selon les établissements, l'analyse pharmaceutique de la première ordonnance hospitalière d'un patient à son admission peut déjà permettre de détecter des divergences, avant même la finalisation de la CTME du patient, qui ne sont pas toujours comptabilisées dans les DNI par la suite.

Lors de l'étape de comparaison du BMO à l'OMA, les établissements ne considèrent pas l'existence d'une divergence de façon identique. Quand l'arrêt, la modification et l'ajout d'un médicament sont considérés unanimement comme des divergences par les établissements, la suspension et la substitution sont considérées comme des divergences par respectivement 87% et 53% des établissements. De la même façon, le retour de la validation médicale pour la qualification des DNI est attendue dans 73% des cas.

Il est précisé dans le mémo « Conciliation des traitements médicamenteux » de la SFPC, que « en pratique courante, le pharmacien clinicien expérimenté, impliqué dans cette activité (de CTME), n'intervient que sur les divergences qu'il juge non intentionnelles. Son expertise lui permet d'intégrer et d'extrapoler les données issues du dossier patient » (112). Cette notion d'expérimentation du pharmacien a son importance dans l'identification des DNI au cours de la CTME, puisqu'en fonction du profil des acteurs procédant à l'analyse des divergences en comparant le BMO et l'OMA, la cotation finale ne sera pas identique pour un même patient.

L'ensemble de ces éléments a donc un impact sur l'identification, la cotation et le calcul des DNI au cours de la CTME.

Il est essentiel de prendre en considération ces différents points dans notre réflexion méthodologique en vue de la mise en place de l'étude multicentrique à grande échelle, en rédigeant un protocole de réalisation de la CTME dans le cadre du projet de recherche unique pour l'ensemble des établissements inclus, afin de limiter les biais potentiels.

6. Etape 3 : Construction du score

6.1. Méthodologie et réflexions de construction

6.1.1. Cahier des charges de l'outil de priorisation idéal

Nous avons défini les caractéristiques de l'outil de priorisation idéal selon nous en établissant un cahier des charges.

L'outil de priorisation idéal devrait :

- Reposer sur un score facile et rapide d'utilisation
- Comprendre un nombre d'items limité
- Être adapté au plus grand nombre de profils d'établissements
- Être adapté aux ressources humaines dédiées à l'activité de CTME dans les établissements
- Pouvoir, à terme, être utilisé au moyen d'une extraction automatique ou semi-automatique dans le DPI

Nous avons tenu compte, autant que possible, de ce cahier des charges dans notre réflexion de recherche et de construction d'un outil de priorisation.

6.1.2. Éléments d'aiguillage de construction du score

Dans notre réflexion de construction du score, nous avons pris en considération un faisceau d'éléments d'aiguillage au cours de notre sélection des items d'intérêt, à partir de la littérature et des résultats issus de l'étude monocentrique rétrospective du CH Marchant et de l'enquête nationale N°1.

6.1.3. Critique du score Québec dans l'application à la psychiatrie

Les critiques du score Québec formulées dans le cadre de ce projet se rapportent spécifiquement à son utilisation dans le cadre d'un ciblage efficace des patients à risque relevant d'une prise en charge en établissement de santé mentale et n'ont pas vocation à discuter la démonstration établie de son intérêt en dehors de la CTME en psychiatrie.

6.1.3.1. Analyse des items proposés dans le score Québec et propositions d'adaptations à la psychiatrie

Le score Québec distingue trois grandes catégories dans sa grille :

- L'âge
- Le nombre de médicaments pris à domicile selon le profil pharmacologique

- Les médicaments à haut risque pris avant l'admission

Nous avons étudié chacune de ces trois catégories séparément et mis en regard les données obtenues à l'aide de la littérature des facteurs de risque identifiés en psychiatrie et des étapes 1 et 2 précédemment menées dans le cadre de la phase de construction de l'outil, afin d'estimer si selon nous, les items proposés dans le score Québec seraient à conserver, modifier ou écarter.

❖ Catégorie « Âge » :

L'âge avancé est le critère le plus cité parmi les facteurs de risque de divergence identifiés par les établissements ayant participé à l'enquête n°1. C'est un facteur de risque bien identifié dans le procédé de CTME à la fois en MCO, mais également en psychiatrie (178).

En revanche, les sous catégories d'âges proposées nous semblent peu adaptées dans l'objectif d'élaboration d'un outil utilisable par l'ensemble des établissements de psychiatrie. En effet, d'après les résultats obtenus aux cours des phases 1 et 2 de construction, la moyenne d'âge des patients hospitalisés en psychiatrie est majoritairement de l'ordre de 40 à 50 ans, ce qui est nettement inférieur à la limite basse du score Québec qui définit un facteur de risque à partir de 75 ans. Les sous catégories d'âges du score Québec ne seraient donc que peu représentées dans la population admise en psychiatrie et ne seraient donc pas dans une fourchette d'âges pertinente dans notre cas.

En conclusion, la catégorie « Âge » est, d'après nous, à conserver, mais les tranches d'âges figurant dans un score de priorisation spécifique à la psychiatrie doivent être adaptées au profil des patients qui y sont admis.

❖ Catégorie « Nombre de médicaments pris à domicile selon le profil pharmacologique » :

La polymédication est le second critère le plus cité parmi les facteurs de risque de divergence identifiés par les établissements ayant participé à l'enquête n°1. Ce facteur de risque est également associé au risque de survenue de divergences au cours de la CTME pratiquée en MCO et en services de psychiatrie (140).

Ce critère a été retrouvé à travers les résultats de notre phase 1 sur la population hospitalisée au CH Marchant en 2018 et 2019. Avec une moyenne de 7,5 lignes de prescriptions, la majorité des patients DNI étaient donc correctement ciblés par les sous catégories de nombre de médicaments figurant au score Québec.

En revanche, l'intitulé de cette catégorie dans le score Québec nous semble complexe, autant dans sa définition que dans son interprétation. En effet, le nombre de médicaments

pris à domicile renvoie aux traitements pris en ambulatoire par le patient et non aux médicaments prescrits à l'hôpital, ce qui implique de procéder à l'établissement du BMO du patient pour pouvoir répondre à ce critère.

Cette notion est d'ailleurs abordée dans le guide de conciliation médicamenteuse de la HAS de 2018 : « Le nombre de médicaments habituels du patient est un des critères décrits dans la littérature. Il n'est pas le plus judicieux lors d'une conciliation des traitements médicamenteux à l'admission. En effet, le nombre de médicaments n'est connu qu'après formalisation du bilan médicamenteux. »

De même, dans l'objectif à long terme d'adaptation de notre outil en version informatisée avec des extractions réalisables directement à partir de la prescription hospitalière des patients, le critère de la polymédication doit se rapporter, d'après nous, aux lignes de prescription hospitalière donc à l'OMA et non au BMO.

Le calcul d'après le profil pharmacologique nous semble ambigu car très variable d'un opérateur à un autre. De plus, en psychiatrie, il est courant de voir cohabiter sur une même ordonnance, un médicament, principalement neuroleptique ou anxiolytique, prescrit en administration systématique, en administration si besoin, et sous plusieurs formes galéniques différentes, par exemple sous forme orale et sous forme injectable en cas de refus de la forme orale par le patient.

Face à cette particularité, il nous semble important de préciser dans notre intitulé une règle simple pour procéder au décompte du nombre de lignes de médicaments.

Enfin, nous nous questionnons sur les fourchettes de nombre de médicaments à privilégier dans notre outil. En effet, les prescriptions de psychiatrie comportent fréquemment des correcteurs et un ou plusieurs laxatifs, qui ont donc un impact sur le nombre total de médicaments prescrits. Néanmoins, ces traitements ne sont pas dénués de risque. Les différentes fourchettes proposées pour le nombre de médicaments prescrits pourraient donc être adaptées à la hausse dans un outil spécifique à la psychiatrie.

En conclusion, la catégorie « Nombre de médicaments pris à domicile selon le profil pharmacologique » est à conserver pour la notion ciblée de polymédication, mais son intitulé doit être, selon nous, reformulé sous le terme « Nombre de lignes de médicaments à l'OMA », en précisant que le décompte doit se baser sur le nombre de molécules prescrites et non sur le nombre de lignes de prescription. Les sous-catégories correspondant aux fourchettes du nombre de médicaments restent à définir pour notre score.

❖ Catégorie « Médicaments à haut risque pris avant l'admission » :

Le critère des médicaments à visée somatique est intéressant à conserver dans un score de priorisation spécifique à la psychiatrie. En effet, les études de conciliation menées en psychiatrie retrouvent une proportion importante de DNI en lien avec des médicaments à visée somatique, majoritairement des systèmes cardiovasculaire, respiratoire, nerveux (hors psychiatrie) et digestif/métabolique. Le constat est identique dans notre étude monocentrique rétrospective menée au CH Marchant.

Le score Québec, présenté comme tel, fait figurer dans cette catégorie uniquement la notion de médicaments présents et ne prend pas en considération la notion d'antécédent médical associé. Or l'oubli de reprise d'un traitement habituel du patient est le type de DNI le plus couramment rencontré, en MCO comme en psychiatrie. Un score n'intégrant que la notion de médicament sans prise en compte des antécédents nous semble donc à risque d'exclure du ciblage des patients pourtant à risque de par leurs comorbidités, principalement en cas d'oubli de prescription hospitalière d'un traitement anticoagulant, antidiabétique, antiépileptique, immunosuppresseur, antirétroviral ou anticancéreux, pour ne citer que ces exemples.

Dans les travaux de Crégut-Corbaton, Mondoloni et Donier, cette subtilité est intégrée à la grille adaptée du score Québec et précise que chaque ligne fait référence à la présence des « médicaments et/ou antécédents à l'admission ».

L'importance de faire figurer les médicaments somatiques et les comorbidités des patients est soulignée par les établissements ayant participé à l'enquête nationale N°1 : les participants citent cet item en troisième rang d'importance parmi les facteurs de risque de divergence identifiés en psychiatrie.

Les MAR proposés dans le score Québec appartiennent pour la plupart aux listes de MAR retrouvées dans la littérature. Que les patients relèvent d'une prise en charge médicale, chirurgicale ou psychiatrique, la présence de l'un de ces MAR doit être associée à une vigilance particulière. En revanche, comme il est souligné dans les résultats de l'enquête nationale N°1, la liste des MAR proposées dans le score n'intègre aucun médicament à visée psychiatrique. Il nous semble essentiel, en vue de disposer d'un outil spécifique à la psychiatrie, d'intégrer des MAR de la sphère psychiatrique à notre score.

6.1.3.2. Analyse de la pondération des items et du seuil de décision dans le score Québec

La pondération des items de la grille Québec n'a que peu été discutée à travers nos précédentes phases de construction. L'un des établissements estimait dans ses remarques

que la pondération attribuée aux antiépileptiques était selon lui trop importante. La pondération ne faisait par ailleurs pas partie des questionnements formulés dans notre enquête N°1.

Le seuil de 10, fixé dans le score Québec était en revanche déjà discuté dans le travail de Noblot-Rossignol, qui retrouvait que le score Québec était significatif dans la pratique de la CTME en psychiatrie à partir d'un seuil abaissé à 4.

L'analyse effectuée sur les patients DNI conciliés au CH Marchant en 2018 et 2019 par calcul rétrospectif de leur score Québec nous montre que le seuil à 10 ne concernait aucun des patients DNI, quand le seuil à 4 n'en concernait que 27%.

Dans l'enquête nationale N°1, l'un des établissements proposait de recourir à une modification du seuil de décision du score Québec pour mieux s'adapter au repérage des patients à concilier.

6.1.4. Sélection des items à faire figurer dans un score spécifique à la psychiatrie

Nous avons ensuite analysé les critères de priorisation à faire figurer, d'après nous, dans une grille de priorisation spécifique à la psychiatrie. A partir des réponses obtenues dans l'enquête N°1, nous avons discuté chaque proposition d'items soumise parmi les 5 catégories définies : pathologie, traitement, parcours de soins, biologie et patient.

- **PATHOLOGIE :**
 - Comorbidités somatiques ou pathologies chroniques somatiques : comme discuté plus haut, cet item nous semble incontournable à intégrer dans notre score. A travers ce critère, ne sont ciblées que les pathologies somatiques chroniques relevant d'une prise en charge médicamenteuse. Nous avons envisagé d'associer la notion d'Affection de Longue Durée (ALD) à ce critère, mais elle nous semble peu pertinente à l'usage dans l'élaboration d'un score rapide et simple d'utilisation.
 - Type de trouble psychiatrique (exemple : schizophrénie, trouble bipolaire, dépression) : dans notre réflexion, nous avons la volonté de considérer tous les patients de psychiatrie à travers notre score. Il nous semblerait réducteur d'exclure certains patients de la priorisation en psychiatrie sur ce critère. De plus, le diagnostic établi à l'admission d'un patient en psychiatrie n'est pas forcément définitif et est voué à être étayé au cours de sa prise en charge.

- **TRAITEMENT :**

- Inclusion des médicaments à visée psychiatrique dans les MAR : dans un score spécifique à la psychiatrie, il nous semble également incontournable d'intégrer une liste de MAR à visée psychiatrique.
- Prise en compte de la non observance du traitement : concernant cette proposition, s'il est question d'une non observance en lien avec une rupture de traitement, cet item est considéré dans une autre catégorie. S'il est question d'une mauvaise observance de nature épisodique (oubli d'une prise, prise aléatoire, mauvaise condition de prise), cette notion relève selon nous plus d'une activité d'entretien pharmaceutique avec le patient, d'optimisation pharmaceutique de la prescription et d'éducation thérapeutique. De plus, à moins que cette mauvaise observance ne soit rapportée directement par l'équipe soignante, cette information nous semble peu évidente à trouver et sa recherche serait chronophage et peu pertinente dans le cadre d'un ciblage rapide des patients à concilier.

- **PARCOURS DE SOINS :**

- Provenance (domicile, transfert d'établissement, passage par les urgences) : la provenance du patient peut avoir son importance dans le risque de survenue d'une DNI à la conciliation. C'est d'ailleurs pour cela que certains établissements font le choix de privilégier la mise en œuvre de la CTME dans les services d'urgences, ou de patients entrant en service traditionnel à partir des urgences. Ce critère ne relèverait pas spécifiquement d'une particularité en lien avec la prise en charge en psychiatrie, puisqu'il est également valable en MCO, mais pourrait tout de même être un critère pertinent à intégrer dans notre score.
- Horaire d'arrivée patient (temps de garde ou hors temps de garde) : les patients entrant sur un temps de garde sont pris en charge en priorité sur leurs symptomatologies psychiatriques aiguës. Si le patient est connu de l'établissement d'accueil, son DPI permet le plus souvent au prescripteur de garde de connaître les derniers traitements médicamenteux du patient et ses principales comorbidités. En fonction de l'organisation des établissements, les patients admis dans un service de psychiatrie au cours d'une période de garde sont très souvent pris en charge en premier lieu par un professionnel de santé de spécialité psychiatrique. Sauf en cas de présentation de symptômes cliniques somatiques aigus nécessitant l'intervention urgente d'un médecin somaticien ou d'un médecin spécialiste, la prise en charge globale du patient sur le versant somatique se déroule le plus souvent au prochain jour ouvré. Les professionnels de santé prenant en charge le patient en ambulatoire sont également contactés à cette occasion. De plus, qu'il s'agisse d'une hospitalisation en service de MCO ou de psychiatrie, le temps de garde représente une organisation à risque de par la

réduction de l'effectif et le stress potentiellement associé à cette période. Les patients entrant sur un temps de garde sont donc selon nous plus à risque de présenter des divergences au cours de la CTME, particulièrement sur le versant somatique pour ce qui est des entrées en psychiatrie.

- Mode d'hospitalisation (SL, SPDT, SPDRE) : selon nous, le mode d'hospitalisation de psychiatrie du patient n'a que peu d'impact sur la CTME et sur le risque de présenter des DNI.
- Hospitalisation non programmée : cet item nous semble peu accessible rapidement dans le dossier du patient et pas toujours renseigné. De plus, que l'hospitalisation soit programmée ou non pour le patient, il nous semble que le risque de survenue de DNI n'est pas atténué par une entrée programmée, d'autant plus dans le cadre d'une CTME réalisée sur un mode rétroactif, ce qui est le cas de notre étude.
- Situation de rupture de soins et/ou de rupture de suivi : de par leurs pathologies, les patients relevant d'une prise en charge psychiatrie sont plus à risque de mauvaise observance et de rupture de soins et de suivis. Dans le cas d'un patient admis en service de psychiatrie, il nous semble important d'intervenir au moyen de la réalisation d'une CTME pour recueillir les éléments d'information des traitements à prendre par le patient et de ses dernières prescriptions et délivrances en ville, pour limiter et corriger les DNI à l'entrée.
- Flux d'activité structure d'accueil à l'entrée (sous-entendu « activité importante dans le service au moment de l'entrée patient ») : cette proposition, relevant de la mise en évidence d'une organisation à risque liée à une charge de travail importante pour le service, nous semble peu quantifiable, plutôt subjective donc à fort risque de biais, et également très établissement dépendante. Nous privilégions l'item de l'entrée sur le temps de garde, où l'admission est dans la plupart des cas réalisée par un interne de psychiatrie sous la supervision d'un sénior, présent sur place ou joignable au moyen d'une astreinte téléphonique.
- Absence d'historique médical/ médicamenteux au sein de l'établissement = 1ère hospitalisation dans l'ETS : lors de l'admission d'un patient à l'hôpital, lorsque celui-ci n'est pas connu de l'établissement, il n'est pas toujours aisé de recueillir exhaustivement les antécédents du patients et ses traitements médicamenteux habituels, et ce d'autant plus au cours d'une entrée en service de psychiatrie ou la symptomatologie aiguë du patient ce moment-là peut rendre le recueil peu concluant. Un patient connu de l'établissement devra tout de même attirer attention et vigilance, car la prise en charge aura bien évidemment pu être modifiée depuis la dernière venue du patient dans l'établissement, mais les principaux antécédents seront connus et tracés dans le DPI. Les patients inconnus de l'établissement nous semblent donc être un critère de ciblage pertinent.

- **BIOLOGIE :**

- Taux d'imprégnation anticholinergique : les médicaments présentant des propriétés anticholinergiques sont susceptibles d'entraîner des effets indésirables périphériques ou centraux. Ce taux, permettant d'évaluer le potentiel anticholinergique des médicaments est utilisé particulièrement en gériatrie, où ces médicaments appartiennent à la liste des médicaments potentiellement inappropriés, et en psychiatrie où les correcteurs anticholinergiques sont couramment prescrits. Cette proposition relève selon nous d'une analyse pharmaceutique globale de la prescription du patient et trouve sa place en vue d'une optimisation de la prescription mais n'entre pas dans le cadre d'un ciblage de patient à risque au cours d'une CTME.
- Fonction rénale et fonction hépatique : ces critères biologiques ne sont pas systématiquement disponibles lors de l'admission du patient en service de psychiatrie. Il nous semble plus pertinent d'intégrer ces notions à travers l'item des comorbidités somatiques du patient.

- **PATIENT :**

- Addictions, consommation de substances psycho actives : il peut être intéressant d'intégrer cette notion dans notre score puisque la prise en charge de telles addictions peut relever d'une prescription médicamenteuse qui peut constituer une DNI. Dans le travail de N. Lonca au CH de Thuir en 2017, les co-addictions rapportées par les patients conciliés retrouvent comme substances le tabac à 72%, la consommation d'alcool régulier à 58% et la consommation de drogues (majoritairement du cannabis) à 36% (180).
- Qualité de communication patient, présence d'un accompagnant ou d'un aidant : selon nous, ces items ne sont pas systématiquement tracés dans le dossier du patient.
- Patients en rechute : cet item peut rejoindre la notion de patient en rupture de traitement ou en rupture de suivi ou de soins. En cas de rechute non reliée à une situation de rupture, il n'est pas démontré que ces patients puissent être à risque de présenter préférentiellement de DNI en psychiatrie. De plus, la notion de rechute n'est pas systématiquement mentionnée dans le DPI à l'entrée.

6.1.5. Adaptation d'un score pré-existant en MCO ou création d'un score « de novo » ?

En prenant en considération les discussions précédentes concernant les axes d'adaptation du score Québec soumis et les propositions de critères à intégrer dans un score de priorisation pour le ciblage en psychiatrie, nous avons validé avec le groupe expert le choix de la création d'un nouveau score propre à la psychiatrie et non une version modifiée d'un score pré-existant.

6.1.6. Construction des catégories et détails des critères retenus

Sur le modèle des critères de risque qui distinguent les Médicaments A Risque (MAR), Patient A Risque (PAR) et Organisation A Risque (OAR), nous avons considéré quatre catégories dans la construction de notre score :

- Catégorie « PATIENT »
- Catégorie « PATHOLOGIES »
- Catégorie « TRAITEMENTS »
- Catégorie « PARCOURS DE SOINS »

La catégorie « BIOLOGIE » n'a pas été conservée car nous avons privilégié l'intégration de ces notions à travers la catégorie « PATHOLOGIE ».

Pour chaque item proposé, nous nous sommes posés les questions suivantes dans le choix de l'intégrer ou non au score :

- Le critère est-il facilement accessible dans le dossier du patient, peut-on y répondre rapidement ?
- Le critère est-il adaptable au plus grand nombre d'établissements ?
- Le critère est-il soumis à un biais de cotation et d'interprétation ?
- Le critère relève t'il bien de la priorisation de la conciliation et d'un facteur à risque de DNI pour le patient, et non de l'analyse pharmaceutique et de l'optimisation pharmaceutique de l'ordonnance ?
- Le critère pourrait-il à terme faire l'objet d'une informatisation à partir du DPI et d'un calcul du score de priorisation au moyen d'une requête informatique automatisée ou semi-automatisée ?

En plus de ces questionnements, il faut, dans une vision globale des items à sélectionner, limiter le nombre de critères à intégrer au score dans le but de disposer d'un outil qui reste facile, simple et rapide d'utilisation.

Nous avons ainsi validé les items suivants avec le groupe expert à l'occasion d'une réunion du COPIL :

Catégorie	Items sélectionnés
PATIENT	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Age
PARCOURS DE SOINS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1^{ère} hospitalisation dans l'établissement ➤ Entrée à risque : temps de garde, provenance (à définir ultérieurement) ➤ Situation de rupture de soins, de traitement, de suivi
PATHOLOGIE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pathologies somatiques chroniques ➤ Présence d'addictions à des substances
MEDICAMENTS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre de lignes de médicaments à l'OMA ➤ Présence de MAR à visée psychiatrique* ➤ Présence de MAR à visée somatique*

Tableau 21 : Critères sélectionnés et validés avec le groupe expert du score de priorisation spécifique à la psychiatrie

*A noter que les MAR à visée psychiatrique et somatique sont à définir au préalable.

Une fois ces items validés, nous avons considéré chaque item indépendamment afin de le définir plus en détail et de déterminer les modalités envisagées de sa cotation.

Catégories	Items sélectionnés	Méthode de cotation proposée
PATIENT	Age	Subdivision en catégories d'âge par tranche de 10 ans à partir de 65 ans Pondération croissante avec l'âge
PARCOURS DE SOINS	1 ^{ère} hospitalisation dans l'établissement	Item à réponse dichotomique OUI/NON Pondération simple
	Entrée à risque : temps de garde, provenance	Item à réponse dichotomique OUI/NON Pondération simple Type de provenance à définir (urgences ou domicile)
	Situation de rupture de soins, de traitement, de suivi	Item à réponse dichotomique OUI/NON Pondération simple
PATHOLOGIE	Pathologies somatiques chroniques	Dénombrement des comorbidités chroniques relevant d'une prise en charge médicamenteuse → construction de fourchette d'intervalle avec pondération croissante ou attribution d'une pondération si présence d'au moins une pathologie somatique chronique Majoration de la pondération en cas de présence de pathologies à risque particulières : cancer, greffe d'organe ?
	Présence d'addictions à des substances	Item à réponse dichotomique OUI/NON Pondération simple
MEDICAMENTS	Nombre de lignes de médicaments à l'OMA Nombre de médicaments = nombre de DCI	Subdivision en catégories par tranches de nombre de médicaments. Proposition : <ul style="list-style-type: none"> ○ Moins de 5 médicaments ○ 5 à 9 médicaments ○ 10 médicaments et plus Pondération croissante avec le nombre de médicaments
	Présence de MAR à visée psychiatrique	Analyse des listes de MAR (associant des MAR psy et somatiques) de différents établissements
	Présence de MAR à visée somatique	

Tableau 22 : Méthodes de cotation proposées des critères sélectionnés en vue de l'élaboration du score de priorisation spécifique à la psychiatrie

Détermination des listes de MAR à visée somatique et à visée psychiatrique :

Les listes de MAR à visée somatique et à visée psychiatrique que nous proposons dans notre score se basent sur les médicaments à haut risque figurant dans l'arrêté RETEX, parmi la liste des never events, la liste des médicaments de niveau d'alerte élevé de l'ISMP ou encore la liste des critères de vulnérabilité à la pharmacothérapie en établissement de santé du Canada.

Afin d'intégrer plus spécifiquement les MAR à visée psychiatrique, nous avons considéré les listes des MAR établies par les structures de santé mentale du projet qui ont accepté de nous communiquer leurs documents internes.

6.1.7. Quels types d'outils privilégier ?

Nous nous sommes questionnés sur le type d'outil à privilégier pour procéder à un ciblage des patients à risque de présenter des DNI de manière à la fois efficace et adaptée à l'ensemble des établissements. L'un des critères requis selon notre cahier des charges est d'aboutir à un score utilisable par tous, ce qui sous-tend de pouvoir correspondre et s'adapter aux ressources humaines disponibles et dédiées à la CTME dans les établissements.

Nous avons initialement envisagé deux types d'outils :

- Un outil avec une lecture en colonne : à chaque item correspond une pondération unique définie dans la grille de score, et la somme de points de chaque item permettent d'obtenir un score global. La grille fonctionne avec un seuil prédéfini de déclenchement de la conciliation. C'est le cas par exemple du score Québec, dans lequel la présence ou non de chacun des critères proposés est associé à un nombre de points à additionner pour obtenir un score total. Si ce score est supérieur ou égal à 10, la réalisation d'une conciliation est recommandée. Dans une variante de ce type de score, il pourrait également être envisageable de définir des critères spécifiques de déclenchement systématique d'une CTME en cas de présence de l'item chez le patient.
 - o Ce type d'outil présente comme avantage d'être de construction plus accessible et abordable, et d'être simple et rapide d'utilisation une fois construit.
 - o En revanche, l'attribution de la pondération à chaque item est plus ardue, d'autant plus pour pouvoir répondre à de multiples profils d'établissements. Le recours à un seuil prédéfini de déclenchement rend l'outil peu adaptable à des établissements de ressources humaines différentes.
- Un outil avec une lecture plus linéaire avec une cotation des items indépendamment les uns des autres pour un résultat sur la base d'un cumul de risques. Le calcul du risque à 10 de décès par maladie cardio-vasculaire selon la Table SCORE (d'après les recommandations 2019 de la Société Européenne de Cardiologie) pourrait être un

exemple pour illustrer ce type d'outil (voir en Annexe 8) (181). Il serait possible d'envisager une cotation du risque par « blocs dimension », par exemple en choisissant nos 4 catégories sélectionnées (PATHOLOGIE, PATIENT, PARCOURS DE SOINS, TRAITEMENT). Le risque lié à chaque catégorie serait donc estimé indépendamment, permettant ainsi d'obtenir un résultat final global pour un patient donné, avec un risque diminué de déséquilibre de certains critères par rapport à d'autres.

- Ce type d'outil présente comme avantage d'apporter une réflexion supplémentaire en échelle de risque, ce qui pourrait permettre d'orienter les établissements vers un déclenchement recommandé de CTME en priorité vers les patients déterminés les plus à risque.
- En contrepartie, ce type de score relève d'une plus grande complexité, principalement dans sa construction, avec la nécessité préalable d'estimer les différents niveaux de risque associés à chaque item. Une fois l'item construit, le recours à un fichier excel de calcul du score favoriserait le calcul automatique du risque par patient.

A l'occasion d'une réunion du COPIL, les membres se sont prononcés en faveur d'un outil intégrant une utilisation sur la base d'une échelle de risques et non d'un seuil défini.

6.2. Résultats

Le choix des critères sélectionnés est basé sur la pertinence des critères, l'accès rapide et facile à ces données et doit cependant permettre une discrimination suffisante des patients. La grille proposée en tableau 23, dénommée grille de score version 2 (V2) est construite à partir des items sélectionnés et validés avec le COPIL. La grille version 1 (V1) n'a pas été exposée au COPIL et ne figure donc pas dans ce travail. Elle constituait uniquement une grille de test pour l'équipe projet.

Les sous catégories (tranches) proposées permettent de donner un premier aperçu mais ne sont pas définitives et nécessitent une étude plus approfondie de représentativité.

Tableau 23 : Grille de score version V2 des items proposés pour le ciblage des patients à risque au cours de la CTME en psychiatrie

PATIENT	<ul style="list-style-type: none"> Age 	<input type="radio"/> <65 ans <input type="radio"/> 65-74 ans <input type="radio"/> 75-84 ans <input type="radio"/> ≥85 ans	
	PARCOURS DE SOINS	<ul style="list-style-type: none"> Première hospitalisation temps complet sur l'établissement 	
		<ul style="list-style-type: none"> Entrée d'hospitalisation jugée à risque : patient entrant sur un temps de garde et/ou en provenance des urgences 	
<ul style="list-style-type: none"> Patient en situation de rupture de traitement, rupture de suivi, rupture de soins 			
PATHOLOGIES	<ul style="list-style-type: none"> Pathologie(s) somatique(s) chronique(s) active(s) <u>relevant</u> d'une prise en charge <u>médicamenteuse</u> 	<input type="radio"/> Nombre total	
	<ul style="list-style-type: none"> Notion d'addiction à une ou plusieurs substances 		
MEDICAMENTS	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de lignes de médicaments à l'OMA (en nombre de DCI) 	<input type="radio"/> <5 médicaments <input type="radio"/> 5 à 9 médicaments <input type="radio"/> ≥10 médicaments	
	<ul style="list-style-type: none"> Présence d'un ou plusieurs des médicaments à risque suivants sur l'OMA (listes non exhaustives) : <i>(dénombrer)</i> 	<input type="radio"/> <u>MAR somatiques</u> : Anticoagulants oraux : AVK, NACO Antidiabétiques : insulines Médicaments à rythme d'administration non quotidien (methotrexate, biphosphonates,...) Digoxine Méthadone <input type="radio"/> <u>MAR psychiatriques</u> : NAP, lithium, clozapine	

6.3. Discussion

Le score de priorisation V2 proposé correspond à la première version aboutie d'une grille intégrant l'ensemble des items retenus en vue d'établir un outil de priorisation de la CTME en psychiatrie.

Selon nous, un outil de priorisation efficient doit pouvoir répondre aux deux dimensions suivantes :

- Être capable de détecter une probabilité de DNI avec un recueil de minimum d'informations.
- Être capable de détecter les DNI avec un impact ou une incidence clinique potentiellement grave pour le patient de façon imminente ou à très court terme. Pour nous permettre d'avoir une action correctrice rapide grâce à la CTME, nous avons choisi d'intégrer les MAR à notre score.

Cette proposition de grille V2 présente notamment comme limite de se baser sur les médicaments figurant sur l'OMA du patient, lorsque l'on sait que les DNI les plus courantes sont l'omission ou l'oubli de prescription d'un traitement médicamenteux habituellement pris par le patient. Néanmoins, il nous semble qu'utiliser l'OMA comme source d'identification d'un facteur de risque de polymédication ou de prescription d'un MAR soit la meilleure solution à envisager en vue d'établir un ciblage rapide et avec la possibilité à terme de rendre ce critère automatisable.

Pour contourner cette difficulté, M. Buiche proposait de cibler les patients avec au moins un médicament somatique à l'OMA, pour permettre tout de même de cibler des patients polymédiqués pour lesquels d'autres médicaments somatiques auraient pu être oubliés, et dans un second temps, de concilier les patients qui n'ont jamais été hospitalisés dans l'établissement ou dont la dernière hospitalisation date de plus de 6 mois, quel que soit son âge (140).

Parmi nos réflexions d'amélioration de cette grille en vue de l'élaboration d'une version V3, concernant le facteur de risque lié à la polymédication, il nous semblerait plus pertinent de séparer les médicaments en nombre de médicaments de la sphère psychiatrique et nombre de médicaments de la sphère somatique de façon distincte, afin d'avoir une estimation plus précise sur le type de médicaments pris par le patient et ne pas « cacher » un nombre de médicaments à visée somatique important chez un patient en ne prenant en compte qu'un nombre de médicaments global.

En ce qui concerne les pondérations de chaque item, il est difficile de pouvoir les estimer les uns vis-à-vis des autres sans un approfondissement préalable de la représentativité dans la population de chacun des critères retenus dans notre score.

En 2016, au CH de Mâcon les Chanaux (182), Taouk et al ont évalué la pertinence de leur grille de score de priorisation mis en place spécifiquement dans leur établissement afin de repérer les patients les plus à risque d'erreur médicamenteuse pour cibler l'activité de conciliation. Ils ont ainsi constaté que leur screening établi à partir de leur grille selon les cotations qu'ils avaient déterminées n'était pas totalement adapté à leurs capacités de réalisation en nombre de conciliations. Ils ont ainsi proposé des ajustements à intégrer à une version de score ultérieure afin d'optimiser la sélectivité de leur grille.

Nous nous questionnons sur la représentativité des items sélectionnés pour une application dans la population générale admise en soins de psychiatrie : en effet, un item peut être à risque mais ne concerner peut-être que 10% de la totalité des patients et donc ne serait pas discriminant dans 90% des cas.

Pour avoir des éléments de réponse et vérifier la représentativité des items dans la population, deux approches sont menées en parallèle :

- La réalisation d'une enquête auprès des DIM pour établir des profils établissement. Nous avons intégré ce recueil d'informations dans la première partie de notre enquête nationale N°2).
- L'évaluation de la présence des items dans un échantillon de patients admis en psychiatrie à partir d'une étude prospective, dénommée ici « phase pré-test », menée au sein d'un nombre restreint de centres volontaires.

A noter que les listes de MAR à visée somatique et à visée psychiatrie sont non exhaustives et sont données à titre indicative, notamment pour la réalisation de la phase pré-test.

7. Etape 4 : Phase de pré-test du score construit

7.1. Contexte

Une fois notre ossature de grille de priorisation établie et les items sélectionnés avec le groupe expert, nous avons entrepris, à partir de l'automne 2020, d'utiliser en vie réelle notre score dans sa version V2.

L'objectif principal était d'étudier la représentativité des items sélectionnés dans notre outil dans la population générale admise en services de psychiatrie adulte temps plein à partir d'un échantillon de patients conciliés hospitalisés dans des établissements de profils distincts afin d'être le plus représentatif possible de la réalité. Cette étude vise à identifier les variables (items) les plus discriminantes et permettant ainsi d'identifier les dossiers les plus à risque de présenter une DNI.

Un second objectif était de faire utiliser l'outil par plusieurs personnes, dans la pratique courante de plusieurs établissements afin d'estimer la bonne compréhension de l'outil par

les utilisateurs et de pouvoir adapter ou éclaircir les éléments du score qui pourraient être à l'origine de biais dans l'interprétation dans l'utilisation de l'outil.

7.2. Méthodologie

7.2.1. Type d'étude, établissements participants et patients inclus

Il s'agit d'une étude prospective multicentrique réalisée dans un total de 6 établissements pilotes.

Ces établissements ont été choisis pour permettre d'obtenir un échantillon hétérogène de patients hospitalisés en services de psychiatrie sur le territoire national.

Au cours de cette phase de pré-test, les établissements participants ont procédé à l'activité de conciliation médicamenteuse à l'entrée selon leur protocole habituel. Nous leur avons demandé, pour chaque patient concilié, de compléter les données relatives aux items du score V2, au moyen d'un tableur de suivi élaboré pour l'occasion.

Le critère principal retenu est le nombre de conciliations comportant au moins une DNI car il est, selon nous, le meilleur reflet de l'intérêt de la CTM.

S'agissant d'un travail de suivi relativement chronophage pour les établissements volontaires, la période d'étude s'est déroulée de façon discontinue et échelonnée entre novembre 2020 et août 2021 dans les différents centres.

Dans le cadre de cette thèse, nous avons choisi de présenter et discuter les données recueillies uniquement entre novembre 2020 et février 2021 au sein des 3 centres qui procédaient à la phase pré-test durant cette période, pour des raisons de faisabilité dans les délais en terme de présentation des résultats.

7.2.2. Recueil des données et critères analysés

Chaque établissement disposait d'un tableau de recueil de données intégrant les items de priorisation validé au préalable par le groupe expert (voir en Annexe 9).

Les données recueillies étaient les suivantes :

- PATIENT :
- Sexe
- Âge

- PARCOURS DE SOINS :
 - Provenance :
 - Domicile/lieu de vie
 - Urgences
 - Transfert hospitalier
 - Arrivées sur la garde : OUI/NON
 - 1^{ère} hospitalisation dans l'établissement : OUI/NON
 - Situation de rupture de soins ou de suivi : OUI/NON
- PATHOLOGIES :
 - Nombre de comorbidités ou de pathologies somatiques
 - Détails des pathologies
 - Addiction à une ou plusieurs substances : OUI/NON
- TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX :
 - Nombre de lignes de médicaments à visée psychiatrique sur l'OMA
 - Présence de MAR à visée psychiatrique sur l'OMA : OUI/NON
 - Présence d'un NAP sur l'OMA : OUI/NON
 - Détail des MAR à visée psychiatrique sur l'OMA
 - Nombre de lignes de médicaments à visée somatique sur l'OMA
 - Présence de MAR à visée somatique sur l'OMA : OUI/NON
 - Détail des MAR à visée somatique sur l'OMA
- DIVERGENCES :
 - DNI identifiée(s) : OUI/ NON
 - Nombre de DNI identifiée(s)
 - Description des DNI identifiée(s)

Les champs relatifs aux détails des pathologies et aux MAR (somatiques et psychiatriques) étaient à compléter sur un mode de champ libre, étant donné que nous n'avions pas fourni de liste exhaustive pour accompagner la cotation de ces items. Les éléments recueillis à travers ces champs nous permettaient également de dresser les caractéristiques de notre population d'étude sur ces items, et d'appréhender l'interprétation des critères comme formulés dans la grille de score V2 par les établissements participants.

Le recueil de description des DNI identifié(e)s était également à compléter librement par l'utilisateur, nous permettant ainsi d'appréhender les cotations et les DNI identifiées dans les différents établissements.

7.2.3. Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées grâce à l'appui de l'équipe de méthodologie et de statistique d'appui associée au projet (S.Tessier, Unité MéDatAS – CIC du CHU de Toulouse).

Pour l'analyse descriptive des caractéristiques de la population, le test du Chi deux a été utilisé pour les variables catégorielles, et le test paramétrique de Student pour comparaison

de moyennes pour les variables quantitatives (test exact de Fisher et test de Mann Whitney Wilcoxon si les conditions d'application n'étaient pas respectées).

Pour l'analyse statistique de corrélation, une première méthode, celle de l'arbre décisionnel « Decision Tree » a été employée pour analyser les données et identifier les variables clés pour prédire la présence d'au moins une DNI.

Cette méthode s'appuie sur un algorithme supervisé qui permet de prédire une valeur ou une catégorie. On observe ainsi toutes les variables pour déterminer laquelle est la plus discriminante et permet ainsi de séparer au mieux la population DNI de la population non DNI. Dans ce modèle, le « nœud » correspond donc à la variable la plus discriminante parmi les variables étudiées, la branche de l'arbre correspond au chemin suivi par les patients selon la variable du nœud, et les feuilles terminales correspondent aux résultats observés pour chaque chemin emprunté dans l'arbre.

La même opération est ainsi réitérée dans chaque branche, jusqu'à s'arrêter en fonction de :

- Taux de mauvais classement le plus bas,
- Nombre d'étages maximum de l'arbre,
- Nombre de patients minimum dans chaque feuille terminale.

A la suite, une seconde méthode, celle de la forêt aléatoire, correspondant à un ensemble de plusieurs arbres de décision, a été employée en vue d'obtenir des résultats plus robustes. Cette méthode consiste à créer des centaines d'arbres mais en cherchant les liens entre les items de façon aléatoire.

Pour chaque arbre, le jeu de données est séparé en deux :

- Les données de 75% des patients sont utilisées pour la construction de l'arbre
- Les 25% des patients restant permettent de procéder à l'évaluation de l'arbre

La forêt est réalisée en fonction du nombre d'arbres dans la forêt aléatoire, et du nombre de variables choisies aléatoirement à chaque division d'un nœud de chaque arbre.

Ainsi, chaque patient participera plusieurs fois à l'évaluation d'un arbre (par exemple, si parmi les 500 arbres de la forêt aléatoire, un patient participe à l'évaluation d'un arbre 125 fois, et que dans ces 125 fois il a été classé 75 fois « 0 » et 50 fois « 1 », cet individu sera classé comme « 0 » pour la forêt aléatoire)

La qualité des forêts est évaluée à l'aide d'une matrice de confusion qui contient les résultats de l'ensemble des patients de la population d'étude.

7.3. Résultats

Elle a porté sur 156 dossiers (155 complets) à partir du recueil des conciliations effectuées à Charles Perrens, Sainte-Anne et Marchant, 12 variables disponibles et un taux de DNI global de 37%.

Analyse descriptive (caractéristiques de la population) :

Variable	N	Global, N = 156	Pas de DNI, N = 98	Au moins une DNI, N = 58	p-value
Age - années	156				0.72
Moyenne (Ecart-type)		49.7 (19.6)	49.2 (20.3)	50.4 (18.4)	
Etendue		16.6, 95.0	16.6, 95.0	21.7, 90.0	
Sexe	156				0.70
Femmes		91 (58%)	56 (57%)	35 (60%)	
Hommes		65 (42%)	42 (43%)	23 (40%)	
Provenance	156				0.35
Domicile/lieu de vie		70 (45%)	46 (47%)	24 (41%)	
Urgences		58 (37%)	35 (36%)	23 (40%)	
Transfert hospitalier		24 (15%)	13 (13%)	11 (19%)	
CMP		4 (3%)	4 (4%)	0 (0%)	
Arrivée sur la garde	156				0.030
Non		115 (74%)	78 (80%)	37 (64%)	
Oui		41 (26%)	20 (20%)	21 (36%)	
Première hospitalisation	156				0.95
Non		126 (81%)	79 (81%)	47 (81%)	
Oui		30 (19%)	19 (19%)	11 (19%)	
Situation rupture	155				0.80
Non		116 (75%)	74 (76%)	42 (74%)	
Oui		39 (25%)	24 (24%)	15 (26%)	
Comorbidités/pathologies somatiques	156				0.15
Aucune		68 (44%)	49 (50%)	19 (33%)	
1		44 (28%)	26 (27%)	18 (31%)	
2		16 (10%)	8 (8%)	8 (14%)	
3		20 (13%)	12 (12%)	8 (14%)	
4		5 (3%)	1 (1%)	4 (7%)	
5		1 (1%)	1 (1%)	0 (0%)	
8		2 (1%)	1 (1%)	1 (2%)	
Comorbidités/pathologies somatiques	156				0.029
Médiane [IQR]		1.0 [0.0, 2.0]	0.5 [0.0, 1.0]	1.0 [0.0, 2.0]	
Addiction substance(s)	156				0.88
Non		90 (58%)	57 (58%)	33 (57%)	
Oui		66 (42%)	41 (42%)	25 (43%)	
Nombre de lignes thérapeutiques à l'OMA	156				0.11
Médiane [IQR]		5.0 [3.0, 8.0]	5.0 [3.0, 7.0]	5.0 [4.0, 9.0]	
Neuroleptique à action prolongée	156				<0.001
Non		126 (81%)	87 (89%)	39 (67%)	
Oui		30 (19%)	11 (11%)	19 (33%)	

Tableau 24 : Caractéristiques démographiques et cliniques des patients inclus selon la détection ou non d'au moins une DNI

(Légende : N=Nombre ; IQR=Intervalle Interquartile ; p-value=Probabilité critique des test)

Comorbidités :

Type de comorbidités	Nombre	Pourcentage (%)	Type de comorbidités	Nombre	Pourcentage (%)
HTA	30	17.65	DILATATION BRONCHIQUE	1	0.59
DIABETE	16	9.41	DYSTHYROIDIE	1	0.59
HYPOTHYR	12	7.06	ENDOMETRIOSE	1	0.59
ASTHME	8	4.71	GLIOBLASTOME	1	0.59
BPCO	8	4.71	GOUTTE	1	0.59
DYSLIPIDEMIE	8	4.71	INSUFFISANCE RESPIRATOIRE	1	0.59
CARDIO	7	4.12	EJUNOSTOMIE	1	0.59
HBP	6	3.53	KYSTE OVARIEN	1	0.59
ARYTHMIE	4	2.35	LEUCOPENIE	1	0.59
EPILEPSIE	4	2.35	MALADIE VAQUEZ	1	0.59
IC	3	1.76	MIGRAINE OPHTALMIQUE	1	0.59
IDM	3	1.76	NEUROPATHIES	1	0.59
OBESITE	3	1.76	NEUTROPENIE	1	0.59
VIH	3	1.76	NODULES POUMON	1	0.59
ANGOR	2	1.18	OSTEOPOROSE	1	0.59
AOMI	2	1.18	PANCREATITE	1	0.59
CANCER POUMON	2	1.18	PHLEGMON AMYGDALÉ	1	0.59
CANCER SEIN	2	1.18	PSORIASIS	1	0.59
CONSTIPATION	2	1.18	RISQUE THROMBOSE	1	0.59
FA	2	1.18	SAS	1	0.59
INSUFFISANCE HEPATIQUE	2	1.18	SIDA	1	0.59
IRC	2	1.18	SPA	1	0.59
LOMBALGIE	2	1.18	STENOSE SIGMOIDE	1	0.59
AIT	1	0.59	SYN PARKINSON	1	0.59
ANDROGENIE	1	0.59	TABAGISME	1	0.59
ANGIOCHOLITE	1	0.59	TUBERCULOSE	1	0.59
AVC	1	0.59	TUMEUR SEIN	1	0.59
CANCER OVAIRE	1	0.59	ULCERE GASTRIQUE	1	0.59
DIABETE ID	1	0.59	UVEITE	1	0.59
DIABETE INSIPIDE	1	0.59			
DIARRHEE	1	0.59			

Tableau 25 : Comorbidités répertoriées chez les patients inclus selon la détection ou non d'au moins une DNI à l'aide de la grille de priorisation V2

MAR à visée psychiatrique :

Médicaments à risque psy	Nombre	Pourcentage %
LITHIUM	15	22.39
CLOZAPINE	13	19.40
ARIPIRAZOLE	7	10.45
PALIPERIDONE	7	10.45
VALPROATE	7	10.45
NAP	4	5.97
HALOPERIDOL	3	4.48
LAMOTRIGINE	3	4.48
ZUCLOPENTHIXOL	3	4.48
BUPRENORPHINE	1	1.49
FLUPENTHIXOL	1	1.49
METHADONE	1	1.49
OLANZAPINE	1	1.49
PIPOTIAZINE	1	1.49

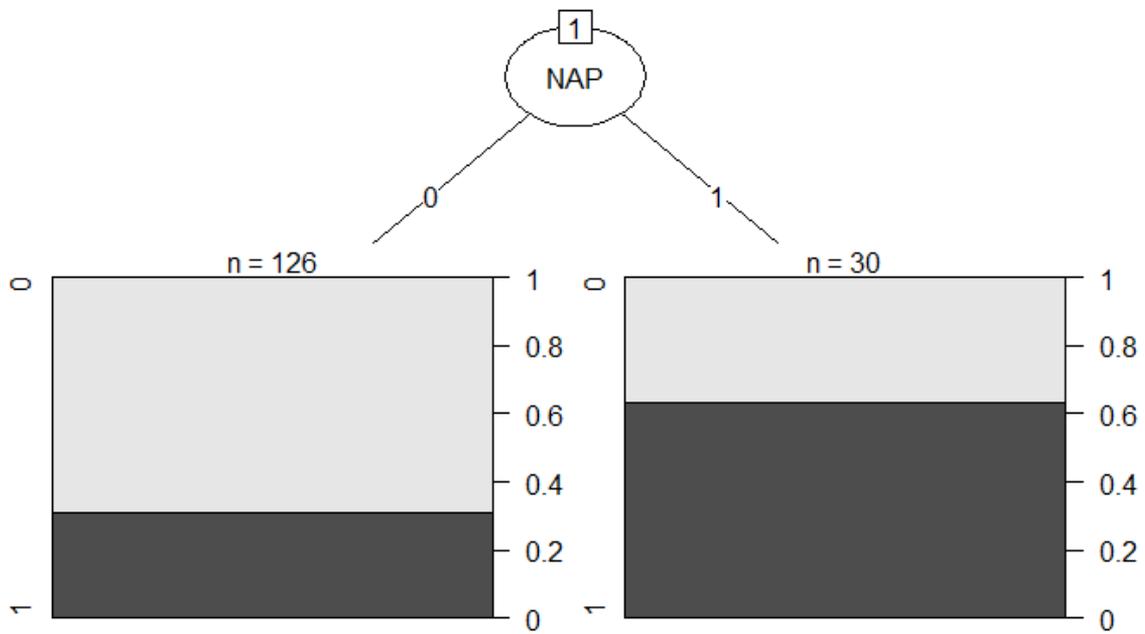
Tableau 26 : Répartition des différents médicaments à risque psychiatriques

MAR à visée somatique :

Médicaments à risque somatiques	Nombre	Pourcentage %
INSULINE	3	27.27
APIXABAN	2	18.18
BUPRENORPHINE	2	18.18
RIVAROXABAN	2	18.18
MORPHINE	1	9.09
RISEDRONATE	1	9.09

Tableau 27 : Répartition des différents médicaments à risque somatiques

❖ Méthode arbre décisionnel :



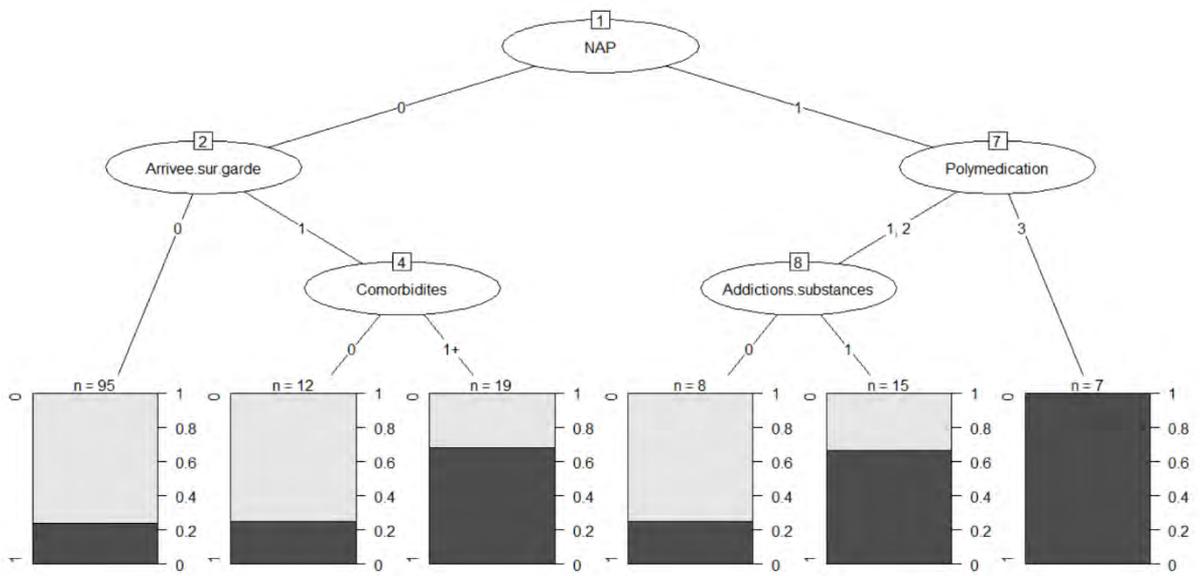
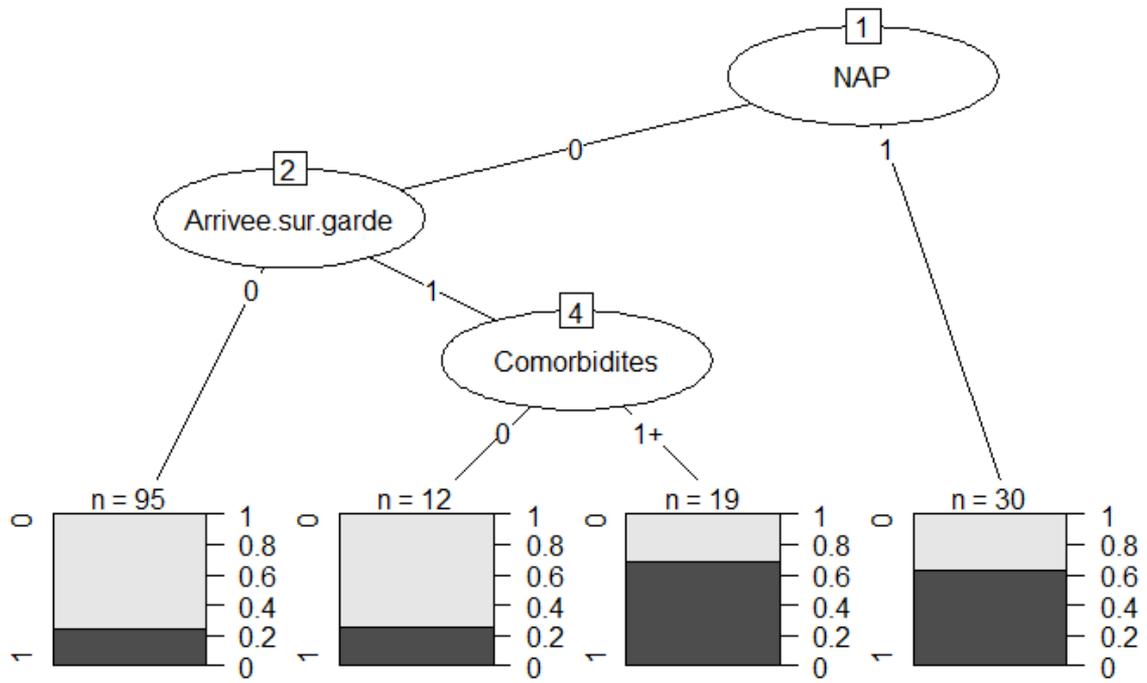


Figure 24 (a, b, c) : Arbres décisionnels obtenus à partir des données issues de la période de phase pré-test de la grille de score version V2 (n=156)

❖ Méthode forêt aléatoire :

Les forêts aléatoires les plus probantes permettent d'obtenir une performance avec un taux d'erreur de 30 à 35% :

		Valeurs prédites	
		0	1
Valeurs réelles	0	84	14
	1	32	25

 Mal classés
 Bien classés

Tableau 28 : Matrice de confusion issue de l'analyse par la méthode des forêts aléatoires

La méthode des forêts aléatoires a permis d'extraire le top 6 des variables les plus discriminantes :

1. Polymédication
2. Provenance
3. Age
4. NAP
5. Arrivée sur garde
6. Comorbidités

7.4. Discussion

Dans cette analyse réalisée à mi-chemin au cours de la phase de pré-test avec la grille de priorisation dans sa version V2, notre attention s'est ici concentrée sur l'analyse de corrélation statistique réalisée à travers les méthodes des arbres décisionnels et des forêts aléatoires afin d'obtenir un premier aperçu des variables les plus discriminantes et de nous conforter dans nos choix pour la réflexion de la suite du projet. Une analyse finale, intégrant l'ensemble des centres ayant pris part à la phase pré-test et l'ensemble de leurs données recueillies dans le cadre de cette phase nous permettra d'affiner et de confirmer, le cas échéant, l'intérêt des variables sélectionnées.

Le détail des comorbidités renseignées par les centres volontaires dans le cadre de nos études préliminaires met en avant le biais d'interprétation possible d'un utilisateur du score à un autre puisque les pathologies chroniques citées relèvent de prises en charge médicamenteuses plus ou moins complexes et à risque de court terme en cas de DNI associées identifiées au cours de la CTME. Le degré de risque et l'impact clinique associés à cette grande diversité de comorbidités somatiques expliquent également la difficulté que nous rencontrons dans la cotation de ce critère dans notre score de priorisation spécifique à la psychiatrie.

La méthode des arbres décisionnels, dont découle ensuite la méthode des forêts aléatoires, nous permet de séparer notre population totale de patients à l'aide des variables les plus discriminantes pour distinguer les patients DNI des patients non DNI. La représentation de ces résultats sous la forme des feuilles terminales illustre bien la problématique principale rencontrée dans notre cheminement d'élaboration d'un score : comment sélectionner les variables les plus pertinentes dans la population admise en soins de santé mentale pour cibler les patients les plus à risque de DNI, sans risquer l'exclusion de patients à risque à la CTME (faux négatifs) ou l'inclusion à la CTME de patients non à risque de DNI (faux positifs) ?

Dans la poursuite de ce travail, il est nécessaire d'engranger un nombre plus conséquent de données dans le cadre de cette phase pré-test. Compte tenu du nombre de données traitées à ce mi-parcours, la marge d'erreur associée aux forêts aléatoires d'intérêt identifiées est importante (30 à 35% d'erreur) et reflète donc une précision à optimiser.

Afin de confirmer ou non ces 6 variables identifiées, il est nécessaire d'augmenter les données à analyser et de diversifier les centres. Il a donc été décidé de poursuivre le recueil des données de phase pré-test avec plus de centres participants jusqu'à fin août 2021, en intégrant les données de Rennes, Caen et Toulouse, qui ont manifesté leur intérêt pour participer à la phase pré-test de notre outil.

8. Perspectives

Les données complémentaires recueillies au cours de la phase de pré-test de l'outil dans sa version V2 par les centres volontaires vont être prochainement analysées dans le but de confirmer nos variables les plus discriminantes pour détecter avec le taux d'erreur le plus faible, les patients les plus à risque de présenter une ou plusieurs DNI à l'admission. Les résultats et conclusions de cette phase pré-test, devraient nous permettre de proposer une version V3 d'un score de priorisation, prenant en compte l'ensemble de nos réflexions issues des phases 1, 2 et 3.

Au vu des données actuelles, une fois l'outil développé, nous envisageons de mener une étude pilote parmi quelques centres volontaires afin de vérifier et ajuster le score des items, et de valider la reproductibilité et repérer les biais d'interprétation dans l'utilisation de l'outil, avant de lancer l'étude nationale à grande échelle.

A l'issue de cette phase pilote, l'outil devra être validé dans le cadre d'une étude multicentrique à l'échelle nationale.

Dans le cadre de ces deux études (pilote et multicentrique), il nous semble essentiel de mettre en place les deux éléments suivants :

- L'harmonisation des pratiques : les pratiques et l'interprétation des définitions (DNI, urgence, ...) pouvant varier d'un centre à l'autre, il est essentiel de définir précisément dans le cadre de la recherche les conditions de réalisation, les définitions afin d'avoir des données de qualité et d'éviter des biais liés aux types de pratiques, et/ou les biais d'interprétation des définitions.
- L'utilisation standardisée de l'outil de priorisation : même compréhension des items, même cotation. L'étude pilote se fera avec 2 utilisateurs par centre pour permettre d'identifier les biais d'interprétation possible.

En vue d'obtenir des financements pour la mise en place et la réalisation de l'étude randomisée nationale, nous avons procédé à la rédaction et à la soumission d'une lettre d'intention pour concourir à un PREPS (Programme de REcherche sur la Performance du Système des Soins) auprès de la DGOS. La psychiatrie est une des 3 thématiques prioritaires en 2021.

Pour notre étude multicentrique nationale, nous envisageons une étude randomisée en cross-over. La valeur du critère de jugement (Nombre de dossiers présentant au moins 1 DNI) est mesurée à la fin de chaque période. Chaque établissement sera son propre témoin pour éviter l'effet centre : la différence observée, le cas échéant, est uniquement due à la méthode utilisée.

Quatorze établissements prendront part à cette étude multicentrique, dont la durée prévue est d'environ 5 mois selon le schéma suivant :

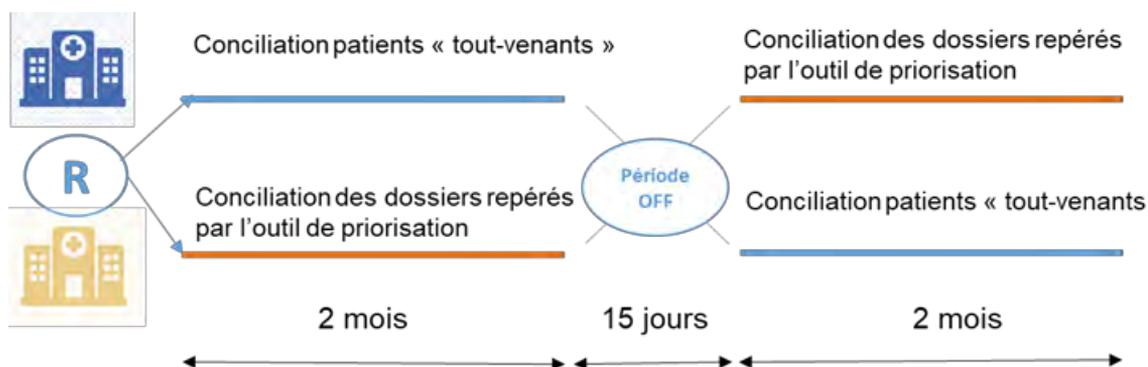


Figure 25 : Schéma d'étude multicentrique retenu dans le cadre du projet : étude randomisée en cross-over

Chaque établissement utilisera successivement les deux méthodes : outils de priorisation versus conciliation des patients « tout-venants ». L'ordre d'utilisation sera déterminé de façon aléatoire (randomisation). Ainsi, les deux méthodes sont comparées dans le même établissement au cours de deux périodes différentes.

Une fois validé, la mise à disposition de l'outil permettra d'encourager les établissements à développer l'activité de conciliation grâce à la détection des patients à concilier les plus à risque (gain de temps, efficacité).

L'optimisation de la mise en œuvre de la pratique de la CTM d'entrée, grâce à cet outil, permettrait de cibler efficacement les patients les plus à risque en optimisant le temps soignant dédié. Dans certains hôpitaux, elle pourrait aboutir à une réorganisation des ressources humaines pour déployer d'autres activités de pharmacie clinique telle la CTM de sortie. En effet, cette activité, qui ne peut être réalisée qu'avec une conciliation d'entrée préalable, serait un atout supplémentaire dans la stratégie de prise en charge des patients au cours de la transition vers la ville, en favorisant l'observance des patients et la transmission des informations entre professionnels des soins primaires et d'établissements de santé.

CONCLUSION

Cette première étape de notre projet collaboratif de développement d'un outil de priorisation a permis de lancer une dynamique originale autour de travaux de recherche en pharmacie clinique et psychiatrie, rassemblant les expertises complémentaires de deux réseaux psychiatriques.

Ce travail est innovant, car il mène à l'élaboration d'un outil de priorisation qui, en plus d'être spécifique à la psychiatrie, est issu d'une réflexion pluridisciplinaire d'un groupe d'experts spécialisés exerçant dans des structures de santé mentale de profils variés. Notre outil a vocation à être utilisable par tous types d'établissements de santé mentale (publics, privés, quel que soit les différents profils patients) et de pouvoir s'adapter à leurs ressources humaines. Il permettra ainsi de rendre la démarche de CTM plus pertinente et efficiente.

Les bénéfices attendus de ce projet d'optimisation de la CTM en psychiatrie sont d'ordre clinique et économique : sécurisation du parcours de soins patient, réduction de la survenue d'erreurs, maîtrise des dépenses de santé par la diminution des coûts associés à la survenue d'évènements indésirables médicamenteux et à leur prise en charge, optimisation du temps dédié à cette activité.

L'optimisation de la mise en œuvre de la pratique de la CTM d'entrée, grâce à cet outil, permettrait de cibler efficacement les patients les plus à risque en optimisant le temps soignant dédié. Dans certains hôpitaux, elle pourrait aboutir à une réorganisation des ressources humaines pour déployer d'autres activités de pharmacie clinique telle la CTM de sortie. En effet, cette activité, qui ne peut être réalisée qu'avec une conciliation d'entrée préalable, serait un atout supplémentaire dans la stratégie de prise en charge des patients au cours de la transition vers la ville. Elle favorise l'observance des patients et la transmission des informations entre professionnels des soins primaires et d'établissements de santé.

Ce projet s'inscrit donc totalement dans la dynamique du développement des pratiques pluridisciplinaires et du renforcement de la coordination entre les secteurs hospitaliers et ambulatoires, améliorant ainsi la communication entre les professionnels de santé et la transmission d'informations entre la ville et l'hôpital, pour le bénéfice du patient.

BIBLIOGRAPHIE

1. Miller RR. History of Clinical Pharmacy and Clinical Pharmacology. The Journal of Clinical Pharmacology. avr 1981;21(4):195-7.
2. Mikeal RL, Lazarus HL, Vinson MC, Brown TR. Quality of pharmaceutical care in hospitals. American Journal of Health-System Pharmacy. 1 juin 1975;32(6):567-74.
3. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm. mars 1990;47(3):533-43.
4. ANEPC. PHARMACIE CLINIQUE ET THRAPEUTIQUE. EDUCA Books; 2018.
5. Allemann SS, van Mil JWF, Botermann L, Berger K, Griese N, Hersberger KE. Pharmaceutical Care: the PCNE definition 2013. Int J Clin Pharm. juin 2014;36(3):544-55.
6. Hersberger KE, Griese-Mammen N, Cordina M, Tully MP, Foulon V, Rossing C. PHARMACEUTICAL CARE NETWORK EUROPE. :2.
7. LOI no 92-1279 du 8 décembre 1992 modifiant le livre V du code de la santé publique et relative à la pharmacie et au médicament (1). 92-1279 déc 8, 1992.
8. Présentation de la Société Française de Pharmacie Clinique [Internet]. SFPC. [cité 18 janv 2021]. Disponible sur: <https://sfpc.eu/presentation/>
9. ESCP Mission & Vision | ESCP [Internet]. [cité 20 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.escpweb.org/content/escp-mission-vision>
10. The Definition of Clinical Pharmacy. Pharmacotherapy. juin 2008;28(6):816-7.
11. 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.
12. La_loi_HPST.pdf [Internet]. [cité 10 mars 2021]. Disponible sur: https://snohp.fr/wp-content/uploads/2017/09/La_loi_HPST.pdf
13. Instruction no DGOS/PF2/2016-49 du 19 février 2016 relative à l'appel à projet de mise en œuvre de la pharmacie clinique en Établissement de santé [Internet]. [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-03/ste_20160003_0000_0072.pdf
14. Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur.
15. Référentiel de Pharmacie Hospitalière (version 2010) - Société Française de Pharmacie Clinique [Internet]. [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: <https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2020/10/Re%CC%81fe%CC%81rentiel-de-Pharmacie-Hospitalie%CC%80re.pdf>
16. Wiedenmayer K, Summers RS, Mackie CA, Gous AGS, Everard M. HANDBOOK – 2006 EDITION. :97.
17. Article R4235-48 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913703

18. Juste M. Recommandation de bonne pratique en pharmacie clinique. Analyse d'ordonnance et niveaux d'analyse pharmaceutique. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. déc 2012;47(4):293-5.
19. Lexique de la Pharmacie Clinique - Société Française de Pharmacie Clinique [Internet]. [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: <https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/11/1-s2.0-S2211104218302005-mmc1.pdf>
20. Inspection Générale des Affaires Sociales. Le circuit du médicament à l'hôpital - Rapport: Tome I. 2011 [Internet]. [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Circuit_du_medicament.pdf
21. Société française de pharmacie clinique. Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse. Paris: Société française de pharmacie clinique; 2006.
22. Décret no 95-278 du 13 mars 1995 relatif à la pharmacovigilance et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). 95-278 mars 13, 1995.
23. Décret n° 2004-99 du 29 janvier 2004 relatif à la pharmacovigilance et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). 2004-99 janv 29, 2004.
24. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 18 mars 2000;320(7237):768-70.
25. Morimoto T, Gandhi TK, Seger AC, Hsieh TC, Bates DW. Adverse drug events and medication errors: detection and classification methods. *Qual Saf Health Care*. août 2004;13(4):306-14.
26. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. *JAMA*. 15 avr 1998;279(15):1200-5.
27. 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. ADE Prevention Study Group. *JAMA*. 5 juill 1995;274(1):29-34.
28. Bates DW, Spell N, Cullen DJ, Burdick E, Laird N, Petersen LA, et al. The costs of adverse drug events in hospitalized patients. Adverse Drug Events Prevention Study Group. *JAMA*. 22 janv 1997;277(4):307-11.
29. Leendertse AJ, Egberts ACG, Stoker LJ, van den Bemt PMLA, HARM Study Group. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. *Arch Intern Med*. 22 sept 2008;168(17):1890-6.
30. Leendertse AJ, Van Den Bemt PMLA, Poolman JB, Stoker LJ, Egberts ACG, Postma MJ. Preventable hospital admissions related to medication (HARM): cost analysis of the HARM study. *Value Health*. janv 2011;14(1):34-40.
31. Evaluation des 100 objectifs de la Loi Santé Publique 2004 « scannographie » en décembre 2009 [Internet]. [cité 21 mars 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Annexe4_-_Scannographie_des_100_objectifs_de_sante_publique.pdf
32. Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé - Résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004 [Internet]. [cité 21 mars 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dss17.pdf>

33. DREES - Les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité - Etudes et résultats n°761 (mai 2011) [Internet]. [cité 21 mars 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er761.pdf>
34. Société Française de Pharmacie Clinique. La REMED : La revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs associés, Une méthode d'amélioration de la qualité des soins. 2013 [Internet]. [cité 13 juin 2021]. Disponible sur: https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/11/Manuel_de_la_remed-jan_2013_-_version_dfinitive_300114-copie.pdf
35. Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé. 2010-1408 nov 12, 2010.
36. LOI n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 (1). 2014-1554 déc 22, 2014.
37. Stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf
38. 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. 21 oct 1998;280(15):1311-6.
39. Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical pharmacy services and hospital mortality rates. Pharmacotherapy. mai 1999;19(5):556-64.
40. Bond CA, Raehl CL. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and hospital mortality rates. Pharmacotherapy. avr 2007;27(4):481-93.
41. Leape LL. Pharmacist Participation on Physician Rounds and Adverse Drug Events in the Intensive Care Unit. JAMA. 21 juill 1999;282(3):267.
42. Scarsi KK, Fotis MA, Noskin GA. Pharmacist participation in medical rounds reduces medication errors. American Journal of Health-System Pharmacy. 1 nov 2002;59(21):2089-92.
43. Kucukarslan SN, Peters M, Mlynarek M, Nafziger DA. Pharmacists on Rounding Teams Reduce Preventable Adverse Drug Events in Hospital General Medicine Units. Arch Intern Med. 22 sept 2003;163(17):2014.
44. Léger S, Allenet B, Calop J, Bosson JL. [Therapeutic education of patients receiving anticoagulants for thromboembolic venous disease: description of the Educ'AVK program]. J Mal Vasc. juill 2004;29(3):145-51.
45. P Bedouch, B Charpiat, R Roubille, M Juste, F-X Rose, L Escofier, et al. Site internet de la Société française de pharmacie clinique pour l'analyse des interventions pharmaceutiques : finalité, mode d'emploi et perspectives. Journal de Pharmacie Clinique. 1 janv 2007;26(1):40-4.
46. O Conort, P Bedouch, M Juste, L Augereau, B Charpiat, R Roubille, et al. Validation d'un outil de codification des interventions de pharmacie clinique. Journal de Pharmacie Clinique. 1 juill 2004;23(3):141-7.

47. Hatoum HT, Hutchinson RA, Elliott LR, Kendzierski DL. Physicians' Review of Significant Interventions by Clinical Pharmacists in Inpatient Care. *Drug Intelligence & Clinical Pharmacy*. déc 1988;22(12):980-2.
48. Vo HT, Charpiat B, Chanoine S, Juste M, Roubille R, Rose F-X, et al. CLEO: a multidimensional tool to assess clinical, economic and organisational impacts of pharmacists' interventions. *Eur J Hosp Pharm*. juill 2021;28(4):193-200.
49. P Benoit, K Mangerel, I Garreau, P Vonna, M Juste. Évaluation des moyens mis en œuvre et acceptation d'une présence pharmaceutique dans les services de soins. *Journal de Pharmacie Clinique*. 1 avr 2007;26(2):83-90.
50. F. GRAIN, E. BRUDIEU, C. GUIMIER, J. CALOP. Analyse des erreurs de prescription et de l'activité de pharmacie clinique dans une unité de soins informatisée. *Journal de Pharmacie Clinique*. 14 mai 1999;18(1):56-7.
51. A.M. GUIGNON, F. GRAIN, B. ALLENET, E. BRUDIEU, C. BARJHOUX, J.-L. BOSSON, et al. Evaluation de l'impact clinique des opinions pharmaceutiques dans un service de médecine spécialisée. *Journal de Pharmacie Clinique*. 27 juill 2001;20(2):118-23.
52. Bedouch P, Allenet B, Labarere J, Brudieu E, Chen C, Chevrot D, et al. Diffusion des opinions pharmaceutiques dans le cadre d'une activité de pharmacie clinique en unité de soins. *Therapies*. sept 2005;60(5):515-22.
53. Jennings P, Lotito A, Baysson H, Pineau-Blondel E, Berlioz J. La pharmacie clinique en milieu hospitalier : une enquête de satisfaction auprès des prescripteurs. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. mars 2017;75(2):144-51.
54. Kaboli PJ, Hoth AB, McClimon BJ, Schnipper JL. Clinical Pharmacists and Inpatient Medical Care: A Systematic Review. *Arch Intern Med*. 8 mai 2006;166(9):955.
55. Montazeri M, Cook DJ. Impact of a clinical pharmacist in a multidisciplinary intensive care unit. *Crit Care Med*. juin 1994;22(6):1044-8.
56. C Kausch, P Tan Sean, P-Y Boelle, F Paye, M Beaussier, R Parc, et al. Impact économique et intégration d'un pharmacien clinicien dans un service de chirurgie digestive. *Journal de Pharmacie Clinique*. 1 avr 2005;24(2):90-7.
57. Rose FX, Escofier L, Conort O, Charpiat B, Renaud R, Juste M. Étude multicentrique de l'impact économique des interventions pharmaceutiques. *Gestions Hosp*. 1 janv 2009;490:549-54.
58. Perez A, Doloresco F, Hoffman JM, Meek PD, Touchette DR, Vermeulen LC, et al. ACCP: economic evaluations of clinical pharmacy services: 2001-2005. *Pharmacotherapy*. janv 2009;29(1):128.
59. Sebaaly J, Parsons LB, Pilch NAW, Bullington W, Hayes GL, Easterling H. Clinical and Financial Impact of Pharmacist Involvement in Discharge Medication Reconciliation at an Academic Medical Center: A Prospective Pilot Study. *Hosp Pharm*. juin 2015;50(6):505-13.
60. Article L5125-1-1 A - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 18 janv 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037950611/2019-07-27

61. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009.
62. Qu'est-ce que le DP ? - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 14 juin 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP>
63. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1).
64. Mon Espace Santé [Internet]. [cité 14 juin 2021]. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/mon-espace-sante>
65. van Walraven C, Jennings A, Forster AJ. A meta-analysis of hospital 30-day avoidable readmission rates. *J Eval Clin Pract.* déc 2012;18(6):1211-8.
66. Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, Spijker A, Gademan P, Kalkman C, et al. Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Ann Intern Med.* 18 sept 2012;157(6):417-28.
67. Allen J, Ottmann G, Roberts G. Multi-professional communication for older people in transitional care: a review of the literature. *Int J Older People Nurs.* déc 2013;8(4):253-69.
68. Décret n° 2021-685 du 28 mai 2021 relatif au pharmacien correspondant. 2021-685 mai 28, 2021.
69. Burke JM, Miller WA, Spencer AP, Crank CW, Adkins L, Bertch KE, et al. Clinical Pharmacist Competencies. *Pharmacotherapy.* juin 2008;28(6):806-15.
70. Calop J, Baudrant M, Bedouch P, Allenet B. La pharmacie clinique en France : contexte de développement à l'hôpital et état des lieux. *Pharmactuel* [Internet]. 2009 [cité 10 juill 2021];42. Disponible sur: <https://pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/view/970>
71. C Planus, B Charpiat, B Allenet, J Calop. Référentiels pédagogiques en pharmacie et impact sur les pratiques professionnelles : revue de la littérature française. *Journal de Pharmacie Clinique.* 1 juill 2008;27(2):113-9.
72. Huet E, Berthet S, Pivot C, Paillet C. Satisfaction et attentes des prescripteurs vis-à-vis de l'analyse pharmaceutique des prescriptions sur deux unités de médecine internes. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien.* juin 2015;50(2):162-7.
73. Allenet B, Juste M, Mouchoux C, Collomp R, Pourrat X, Varin R, et al. De la dispensation au plan pharmaceutique personnalisé : vers un modèle intégratif de pharmacie clinique. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien.* mars 2019;54(1):56-63.
74. Bedouch P, Baudrant M, Detavernier M, Rey C, Brudieu É, Foroni L, et al. La sécurisation du circuit du médicament dans les établissements de santé : données actuelles et expérience du centre hospitalier universitaire de Grenoble. *Annales Pharmaceutiques Françaises.* janv 2009;67(1):3-15.
75. Impact à 1 an d'une équipe mobile de pharmacie clinique en chirurgie orthopédique [Internet]. [cité 10 juill 2021]. Disponible sur: <http://e posters.hopipharm.cyim.com/mediatheque/media.aspx?mediald=25707&channel=23854>

76. Mocquard J, Serandour N, Blancher C, Corbineau E, Branchereau J, Rigaud J, et al. L'équipe mobile de pharmacie clinique en chirurgie urologique : vers une sécurisation de la prescription médicamenteuse. *Progrès en Urologie*. nov 2017;27(13):779.
77. Ordre national des pharmaciens - LES CAHIERS N°13 : La Pharmacie Clinique, état des lieux et perspectives d'une discipline en développement (décembre 2018) [Internet]. [cité 18 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/429903/2024829/version/11/file/Cahier+th%C3%A9matique+13+-+Pharmacie+clinique.pdf>
78. Boursier A, Ferret L, Fulcrand J, Heiremans J, Charpentier P, Dujardin L, et al. Intégration de pharmaciens cliniciens au sein d'un Centre d'évaluation et de traitement de la douleur : retour d'expérience et perspectives. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. juin 2021;S2211104221000771.
79. Dujardin L, Boursier A, Fulcrand J, Heiremans J, Ferret L, Lemaire A. Le pharmacien clinicien : un membre à part entière de l'équipe de soins, au service du patient COVID. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. avr 2021;S221110422100045X.
80. Ordre nationale des pharmaciens - Synthèse : DÉVELOPPER LA PHARMACIE CLINIQUE EN FRANCE, 9 propositions pour une approche encore plus globale du patient (octobre 2018) [Internet]. [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/429904/2024839/version/2/file/45333-+PHARMACIE+CLINIQUE+SYNTH%C3%88SE+2+%287%29.pdf>
81. Ampe E. LA PHARMACIE CLINIQUE : UN DÉVELOPPEMENT RÉCENT DE L'ACTIVITÉ DES PHARMACIENS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMISÉE DES PATIENTS DU POINT DE VUE MÉDICAMENTEUX. 2006;16.
82. ANAP. Organiser l'activité de pharmacie clinique [Internet]. [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: <https://ressources.anap.fr/pharma-bio-ste/publication/2661-organiser-lactivite-de-pharmacie-clinique>
83. OMEDIT Normandie - OUTILS DE PRIORISATION EN PHARMACIE CLINIQUE : Guide d'utilisation (avril 2018) [Internet]. [cité 11 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.omedit-normandie.fr/media-files/12223/guide-d-utilisation-outils-de-priorisation-en-pharmacie-clinique-version-avril-2018-1-.pdf>
84. Marceau N, Floricel M. Spécialisation et pratique avancée de la pharmacie dans le monde. *Pharmactuel*. 31 mars 2019;52(1):41-9.
85. About BPS [Internet]. Board of Pharmacy Specialties. [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.bpsweb.org/about-bps/>
86. Murphy JE, Nappi JM, Bosso JA, Saseen JJ, Hemstreet BA, Halloran MA, et al. American College of Clinical Pharmacy's Vision of the Future: Postgraduate Pharmacy Residency Training as a Prerequisite for Direct Patient Care Practice. *Pharmacotherapy*. mai 2006;26(5):722-33.
87. Dorsch MP, Lose JM, DiDomenico RJ. The Effect of Cardiovascular Credentialed Pharmacists on Process Measures and Outcomes in Myocardial Infarction and Heart Failure. *Pharmacotherapy*. août 2014;34(8):803-8.

88. Prot-Labarthe S, Lavoie A, Bourdon O, Lebel D, Bussières J-F, Faye A, et al.  tude pilote sur la mise en place des soins pharmaceutiques dans le service de pédiatrie générale d'un hôpital français. Collaboration et comparaison franco-québécoise. *Archives de Pédiatrie*. avr 2007;14(4):345-53.
89. Branger A, Mallet L. La dispensation de soins pharmaceutique au Québec : illustration d'un cas pratique de gériatrie. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. sept 2020;55(3):291-8.
90. Yuksel N, Eberhart G, Bungard TJ. Prescribing by pharmacists in Alberta. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 15 nov 2008;65(22):2126-32.
91. Tisdale JE. Toward a unified model for contemporary institutional pharmacy practice. *Can J Hosp Pharm*. mars 2011;64(2):97-103.
92. Jacobi J, Ray S, Danelich I, Dodds Ashley E, Eckel S, Guharoy R, et al. Impact of the Pharmacy Practice Model Initiative on Clinical Pharmacy Specialist Practice. *Pharmacotherapy*. mai 2016;36(5):e40-49.
93. Hall KW, Raymond CB, Woloschuk DMM, Honcharik N. Organizational restructuring of regional pharmacy services to enable a new pharmacy practice model. *Can J Hosp Pharm*. nov 2011;64(6):451-6.
94. Tisdale JE, Hall KW. Hospital pharmacy in Canada: ahead of the curve. *Can J Hosp Pharm*. sept 2012;65(5):345-50.
95. Haute Autorité de Santé. Initiative des HIGH 5s Medication Reconciliation. Rapport d'expérimentation sur la mise en oeuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français. 2015;
96. American Pharmacists Association and American Society of Health-System Pharmacists. Improving care transitions: Optimizing medication reconciliation. *Journal of the American Pharmacists Association*. juill 2012;52(4):e43-52.
97. Pourrat X, Corneau H, Floch S, Kuzzay MP, Favard L, Rosset P, et al. Communication between community and hospital pharmacists: impact on medication reconciliation at admission. *Int J Clin Pharm*. ao t 2013;35(4):656-63.
98. Leguelinel-Blache G, Arnaud F, Bouvet S, Dubois F, Castelli C, Roux-Marson C, et al. Impact of admission medication reconciliation performed by clinical pharmacists on medication safety. *European Journal of Internal Medicine*. nov 2014;25(9):808-14.
99. Hellström LM, Bondesson  , Höglund P, Midl v P, Holmdahl L, Rickhag E, et al. Impact of the Lund Integrated Medicines Management (LIMM) model on medication appropriateness and drug-related hospital revisits. *Eur J Clin Pharmacol*. juill 2011;67(7):741-52.
100. Haute Autorité de Santé. Mettre en oeuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé - Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins. 2018 [Internet]. [cité 11 juill 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf

101. Pippins JR, Gandhi TK, Hamann C, Ndumele CD, Labonville SA, Diedrichsen EK, et al. Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. *J Gen Intern Med.* sept 2008;23(9):1414-22.
102. Annexe 1 - Grille d'engagement 2019-2021 du Volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations [Internet]. [cité 18 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2020-02/Annexe%201%20type%20produits%20de%20sant%C3%A9%202019%202021.pdf>
103. Haute Autorité de Santé. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins - Manuel. 2020 [Internet]. [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/manuel_certification_es_qualite_soins.pdf
104. INSTRUCTION N° DGOS/PF2/2015/65 du 9 mars 2015 relative à la mise en œuvre d'une enquête nationale sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse dans les établissements de santé [Internet]. [cité 17 juill 2021]. Disponible sur: <http://www.omedit-idf.fr/wp-content/uploads/2015/05/intruction-conciliation.pdf>
105. INSTRUCTION N° DGOS/PF2/2015/259 du 31 juillet 2015 relative à l'organisation de la semaine de la sécurité des patients 2015 [Internet]. [cité 18 juill 2021]. Disponible sur: <http://www.cpias.fr/nosobase/Reglementation/2015/instruction/31072015.pdf>
106. Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - INSTRUCTION N° DGOS/PF2/2017/295 du 17 octobre 2017 relative au second appel à projets de mise en œuvre de la pharmacie clinique en établissements de santé. [Internet]. [cité 17 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=42706>
107. Kwan* JL, Lo* L, Sampson M, Shojanian KG. Medication Reconciliation During Transitions of Care as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review. *Ann Intern Med.* 5 mars 2013;158(5_Part_2):397.
108. Arnaud A. La conciliation médicamenteuse en psychiatrie : expérience pratique au centre hospitalier Gérard Marchant [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Pharmacie]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2016.
109. Bonhomme J, Dony A, Baum T, Doerper S, Piney D, Dufa E. La juste liste des médicaments à l'admission du patient hospitalisé - De la fiabilité des sources d'information J. Bonhomme, A. Dony, T. Baum, S. Doerper, D. Piney, E. Dufay Centre hospitalier, Lunéville. *RISQUES & QUALITÉ • 2013 - VOLUME X - N° 4. Risques et qualité.* 1 janv 2013;X.
110. Société Française de Pharmacie Clinique. Les entretiens pharmaceutiques - Fiche mémo. 2019 [Internet]. [cité 16 juill 2021]. Disponible sur: https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/08/sfpc_les_entretiens_pharmaceutiques.pdf
111. Dufay E, Baum T, Doerper S, Conrard E, Dony A, Piney D. Conciliation des traitements médicamenteux: Détecter, intercepter et corriger les erreurs médicamenteuses à l'admission des patients hospitalisés. *Risque Qualite.* 1 janv 2011;8:130-8.
112. Société Française de Pharmacie Clinique. Préconisation pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux - Fiche mémo. 2015;

113. Lancaster JW, Grgurich PE. Impact of Students Pharmacists on the Medication Reconciliation Process in High-Risk Hospitalized General Medicine Patients. *AJPE*. 12 mars 2014;78(2):34.
114. De Winter S, Spriet I, Indevuyst C, Vanbrabant P, Desruelles D, Sabbe M, et al. Pharmacist-versus physician-acquired medication history: a prospective study at the emergency department. *BMJ Quality & Safety*. 1 oct 2010;19(5):371-5.
115. Mergenhagen KA, Blum SS, Kugler A, Livote EE, Nebeker JR, Ott MC, et al. Pharmacist- Versus Physician-Initiated Admission Medication Reconciliation: Impact on Adverse Drug Events. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*. août 2012;10(4):242-50.
116. Becerra-Camargo J, Martinez-Martinez F, Garcia-Jimenez E. A multicentre, double-blind, randomised, controlled, parallel-group study of the effectiveness of a pharmacist-acquired medication history in an emergency department. *BMC Health Serv Res*. déc 2013;13(1):337.
117. Johnston R, Saulnier L, Gould O. Best Possible Medication History in the Emergency Department: Comparing Pharmacy Technicians and Pharmacists. *CJHP [Internet]*. 6 oct 2010 [cité 16 juill 2021];63(5). Disponible sur: <http://www.cjhp-online.ca/index.php/cjhp/article/view/947>
118. ANAP. Enjeux de l'informatisation de la conciliation médicamenteuse Retours d'expérience et enseignements. 2019 [Internet]. [cité 16 juill 2021]. Disponible sur: https://www.omedit-normandie.fr/media-files/19349/enjeux_informatisation_conciliation_medicamenteuse_rex.pdf
119. HUYNH L. Informatisation de la conciliation médicamenteuse : État des lieux des pratiques actuelles et élaboration d'un cahier des charges [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Pharmacie]. Université Caen Normandie; 2018.
120. Loulière B, Roudaut M, Briançon S, Thilly N, Empereur F, Gendarme S. Isabelle Alquier Anne Broyard Charles Bruneau. :125.
121. DGOS. La conciliation médicamenteuse : enquête sur son déploiement nationale [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 26 juill 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/conciliation-medicamenteuse/article/la-conciliation-medicamenteuse-enquete-sur-son-deploiement-nationale>
122. CONCIMED. Guide pratique pour développer en établissement de santé la conciliation médicamenteuse associant pharmacien et préparateur en pharmacie - PDF Téléchargement Gratuit [Internet]. [cité 18 juill 2021]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/80030769-Concimed-guide-pratique-pour-developper-en-etablissement-de-sante-la-conciliation-medicamenteuse-associant-pharmacien-et-preparateur-en-pharmacie.html>
123. Fertleman M. Improving medication management for patients: the effect of a pharmacist on post-admission ward rounds. *Quality and Safety in Health Care*. 1 juin 2005;14(3):207-11.
124. Hellström LM, Bondesson Å, Höglund P, Eriksson T. Errors in medication history at hospital admission: prevalence and predicting factors. *BMC Clin Pharmacol*. déc 2012;12(1):9.
125. Bondesson Å, Holmdahl L, Midlöv P, Höglund P, Andersson E, Eriksson T. Acceptance and importance of clinical pharmacists' LMM-based recommendations. *Int J Clin Pharm*. avr 2012;34(2):272-6.

126. Lee JY, Leblanc K, Fernandes OA, Huh J-H, Wong GG, Hamandi B, et al. Medication Reconciliation During Internal Hospital Transfer and Impact of Computerized Prescriber Order Entry. *Ann Pharmacother.* déc 2010;44(12):1887-95.
127. Wong JD, Bajcar JM, Wong GG, Alibhai SM, Huh J-H, Cesta A, et al. Medication Reconciliation at Hospital Discharge: Evaluating Discrepancies. *Ann Pharmacother.* oct 2008;42(10):1373-9.
128. APMnews - Lancement d'EUNetPaS, réseau européen pour la sécurité des patients, sous l'égide de la HAS [Internet]. [cité 11 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.apmnews.com/freestory/10/176722/lancement-d-eunetpas%2C-reseau-europeen-pour-la-securite-des-patients%2C-sous-l-egide-de-la-has>
129. EUNetPaS. Good Medications Safety Practices in Europe. Compendium I : Results of the implementation. 2010 [Internet]. [cité 18 juill 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-08/eunetpas_wp4_compendium_i_results_of_the_implementation_sep_2010.pdf
130. 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.* déc 2012;47(4):280.
131. Safrano L, Ayachi H, Levillain J, Meunier F. Expérience de conciliation des traitements médicamenteux (CTM) à l'échelle d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) en Bourgogne : aspects pratiques, impact et enjeux. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien.* mars 2017;52(1):e6-7.
132. 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.* sept 2013;48(3):153-60.
133. Remetter É, Gourieux B, Levêque D, Javier R-M, Sordet C, Gottenberg J-É, et al. 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.* déc 2015;82(6):402-7.
134. 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.* nov 2014;72(6):440-50.
135. Duval M, Satori D, Al Wazzan N, Chidiac A, Lao S. Conciliation médicamenteuse à l'entrée des patients dans une unité de chirurgie orthopédique : retour d'expérience sur plus de 2 ans de pratique. *Annales Pharmaceutiques Françaises.* mars 2021;S0003450921000444.
136. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Pharmacie clinique en établissements de santé : la DGOS communique la liste des lauréats de son 2ème appel à projets [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 16 août 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/pharmacie-clinique-en-etablissements-de-sante-la-dgos-communique-la-liste-des>

137. Haute Autorité de Santé - Programme pluriannuel – Psychiatrie et santé mentale 2018-2023 (octobre 2020) [Internet]. [cité 18 juill 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/programme_pluriannuel_-_psychiatrie_et_sante_mentale_2018-2023_mise_a_jour.pdf
138. Sophie DIZET;Virginie VARNIER. La conciliation médicamenteuse en psychiatrie. Santé Mentale. (Hors série Août Spécial Formation Aout 2016):38-40.
139. Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, et al. Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. L'Encéphale. sept 2009;35(4):330-9.
140. Buiche M. Conciliation des traitements médicamenteux: expérimentation du rapport Med'Rec 2015 de l'HAS dans un établissement psychiatrique.
141. Paton C, McIntyre S, Bhatti SF, Shingleton-Smith A, Gray R, Gerrett D, et al. Medicines reconciliation on admission to inpatient psychiatric care: findings from a UK quality improvement programme. Therapeutic Advances in Psychopharmacology. août 2011;1(4):101-10.
142. Aljumah K. CPC-083 Medication Reconciliation Experience in Psychiatric Hospitals, Saudi Arabia. Eur J Hosp Pharm. mars 2013;20(Suppl 1):A195.1-A195.
143. Brownlie K, Schneider C, Culliford R, Fox C, Boukouvalas A, Willan C, et al. Medication reconciliation by a pharmacy technician in a mental health assessment unit. Int J Clin Pharm. avr 2014;36(2):303-9.
144. Watson LC, Esserman DA, Ivey JL, Lewis CL, Hansen R, Weinberger M, et al. Enhancing Quality in Psychiatry with Psychiatrists (EQUIPP)--results from a pilot study. Am J Geriatr Psychiatry. sept 2014;22(9):884-8.
145. Kothari M, Maidment I, Lyon R, Haygarth L. Medicines reconciliation in comparison with NICE guidelines across secondary care mental health organisations. Int J Clin Pharm. avr 2016;38(2):289-95.
146. Alili JM, Zivcovic D, Alemanni J, Garriguet P, Beauverie P - Mise en place d'une conciliation médicamenteuse dans un hôpital psychiatrique [Internet]. [cité 11 juill 2021]. Disponible sur: https://www.snphpu.org/files/20131108_JMALILIconciliationmdicamentouse.pdf
147. 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. juin 2014;49(2):e71.
148. Garriguet P, Beauverie P, Yassine S, Mouffak S, Alemanni J, Gaudoneix-Taïeb M, et al. Conciliation médicamenteuse en psychiatrie générale adulte : résultats de 3 années d'expérience. Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien. juin 2017;52(2):138-46.
149. Thibault M, Sapin A, Liguori G, Longuefosse J, Despinoy PCM. Mise en place de la Conciliation médicamenteuse au sein d'un établissement de Psychiatrie: Bilan & Perspectives. :1.

150. Paumier C, Di Paolo J, Pilliez A, Pollet C. Conciliation des traitements médicamenteux dans un établissement de santé mentale : évaluation d'une nouvelle organisation. *Eur psychiatr.* nov 2015;30(S2):S153-S153.
151. Le Mercier F - Conciliation médicamenteuse de sortie en gérontopsychiatrie : la prescription des psychotropes reste-elle appropriée en ville ? Hopipharm 2016 (Poster 149) [Internet]. [cité 28 juill 2021]. Disponible sur: https://www.synprefh.org/files/file/espace-congres/hopipharm/hopipharm2016_pdf_poster/hopi2016_poster-149.pdf
152. OMEDIT Pays de la Loire - Déploiement de la Pharmacie Clinique en établissements de santé : Guide méthodologique pour l'élaboration d'une stratégie de pharmacie clinique (septembre 2018) [Internet]. [cité 2 août 2021]. Disponible sur: <https://www.omedit-paysdelaloire.fr/wp-content/uploads/2020/07/20190114-Trame-de-strat%C3%A9gie.pdf>
153. ISMP List of High-Alert Medications in Acute Care Settings (2018) [Internet]. [cité 4 août 2021]. Disponible sur: <https://www.ismp.org/sites/default/files/attachments/2018-08/highAlert2018-Acute-Final.pdf>
154. Circulaire DGOS/PF2 no 2012-72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé [Internet]. [cité 2 août 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-03/ste_20120003_0100_0037.pdf
155. Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec - CRITÈRES DE VULNÉRABILITÉ À LA PHARMACOTHÉRAPIE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ (avril 2019) [Internet]. [cité 3 août 2021]. Disponible sur: https://www.apesquebec.org/sites/default/files/publications/ouvrages_specialises/20190400_role-pharm-criteres-vulnerabilite.pdf
156. Dean B, Schachter M, Vincent C, Barber N. Causes of prescribing errors in hospital inpatients: a prospective study. *The Lancet.* avr 2002;359(9315):1373-8.
157. Bigot A. Comment prioriser les activités de pharmacie clinique dans les unités de soins ? élaboration d'un outil d'aide à la décision basé sur une analyse global des risques. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015.
158. Tangiisuran B, Scutt G, Stevenson J, Wright J, Onder G, Petrovic M, et al. Development and Validation of a Risk Model for Predicting Adverse Drug Reactions in Older People during Hospital Stay: Brighton Adverse Drug Reactions Risk (BADRI) Model. Yamanishi Y, éditeur. *PLoS ONE.* 30 oct 2014;9(10):e111254.
159. Onder G, Petrovic M, Tangiisuran B, Meinardi MC, Markito-Notenboom WP, Somers A, et al. Development and Validation of a Score to Assess Risk of Adverse Drug Reactions Among In-Hospital Patients 65 Years or Older: The GerontoNet ADR Risk Score. *Arch Intern Med* [Internet]. 12 juill 2010 [cité 4 août 2021];170(13). Disponible sur: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinternmed.2010.153>
160. Trivalle C, Burlaud A, Ducimetière P. Risk factors for adverse drug events in hospitalized elderly patients: A geriatric score. *European Geriatric Medicine.* oct 2011;2(5):284-9.

161. Nguyen T-L, Leguelinel-Blache G, Kinowski J-M, Roux-Marson C, Rougier M, Spence J, et al. Improving medication safety: Development and impact of a multivariate model-based strategy to target high-risk patients. Reboldi G, éditeur. PLoS ONE. 13 févr 2017;12(2):e0171995.
162. Gleason KM, McDaniel MR, Feinglass J, Baker DW, Lindquist L, Liss D, et al. Results of the Medications At Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) Study: An Analysis of Medication Reconciliation Errors and Risk Factors at Hospital Admission. J GEN INTERN MED. mai 2010;25(5):441-7.
163. Climente-Martí M, García-Mañón ER, Artero-Mora A, Jiménez-Torres NV. Potential Risk of Medication Discrepancies and Reconciliation Errors at Admission and Discharge from an Inpatient Medical Service. Ann Pharmacother. nov 2010;44(11):1747-54.
164. Mueller SK, Sponsler KC, Kripalani S, Schnipper JL. Hospital-Based Medication Reconciliation Practices: A Systematic Review. Arch Intern Med [Internet]. 23 juill 2012 [cité 22 août 2021];172(14). Disponible sur: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinternmed.2012.2246>
165. Damery L, Farbos F, Saliba L, Gautié L. Conciliation médicamenteuse : comparaison des divergences non intentionnelles en médecine et chirurgie. :1.
166. Unroe KT, Pfeiffenberger T, Riegelhaupt S, Jastrzembski J, Likhnygina Y, Colón-Emeric C. Inpatient medication reconciliation at admission and discharge: A retrospective cohort study of age and other risk factors for medication discrepancies. The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy. avr 2010;8(2):115-26.
167. Doerper S, Godet J, Alexandra JF, Allenet B, Andres E, Bedouch P, et al. Development and multi-centre evaluation of a method for assessing the severity of potential harm of medication reconciliation errors at hospital admission in elderly. European Journal of Internal Medicine. sept 2015;26(7):491-7.
168. Haute Autorité de Santé - La conciliation des traitements médicamenteux en cancérologie (mars 2019) [Internet]. [cité 16 juill 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_cancerologie.pdf
169. De Winter S, Vanbrabant P, Laeremans P, Foulon V, Willems L, Verelst S, et al. Developing a decision rule to optimise clinical pharmacist resources for medication reconciliation in the emergency department. Emerg Med J. août 2017;34(8):502-8.
170. NC Board of Pharmacy Issues Revised NTI Drug List | North Carolina Medical Society [Internet]. [cité 4 août 2021]. Disponible sur: <https://www.ncmedsoc.org/nc-board-of-pharmacy-issues-revised-nti-drug-list/>
171. Blanchet M. Évaluation de l'impact clinique de la réalisation d'un bilan comparatif des médicaments au Centre hospitalier affilié universitaire de Québec. Pharmactuel [Internet]. 2010 [cité 4 août 2021];43(3). Disponible sur: <https://pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/view/772>
172. Von Korff M, Wagner EH, Saunders K. A chronic disease score from automated pharmacy data. Journal of Clinical Epidemiology. févr 1992;45(2):197-203.

173. Cregut-Corbaton J. Optimisation de la conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie du patient en secteur médico-chirurgical [Mémoire du diplôme d'études spécialisées de sciences pharmaceutiques tenant lieu de thèse pour l'obtention du diplôme d'état de Docteur en pharmacie]. Université de Bourgogne; 2014.
174. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink DN, et al. Unintended Medication Discrepancies at the Time of Hospital Admission. *Arch Intern Med.* 28 févr 2005;165(4):424.
175. Gleason KM, Groszek JM, Sullivan C, Rooney D, Barnard C, Noskin GA. Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients. *American Journal of Health-System Pharmacy.* 15 août 2004;61(16):1689-95.
176. Mondoloni P. Conciliation médicamenteuse: évaluation du ciblage des patients les plus à risque dans un centre hospitalier [Mémoire du diplôme d'études spécialisées de sciences pharmaceutiques tenant lieu de thèse pour l'obtention du diplôme d'état de Docteur en pharmacie]. Université de Bourgogne; 2016.
177. Donier L, Mondoloni P, Lory P, Marceau L, Leroy B, Renzullo C, et al. Conciliation médicamenteuse priorisée sur les patients à risque en chirurgie programmée ou après admission par les urgences. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien.* juin 2019;54(2):137-44.
178. Barthod L. Conciliation médicamenteuse à l'admission en santé mentale : cibler les patients à risque pour une démarche efficiente [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Pharmacie]. Université d'Aix-Marseille, Faculté de pharmacie; 2018.
179. Noblot-rossignol M. Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission des patients : expérimentation en établissement de santé mentale [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Pharmacie]. Université de Bourgogne; 2016.
180. Lonca N. La conciliation médicamenteuse : quelle place dans la stratégie de déploiement de la pharmacie clinique en santé mentale ? [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Pharmacie]. Université de Montpellier; 2017.
181. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *European Heart Journal.* 1 janv 2020;41(1):111-88.
182. Eligibilité des patients à la conciliation médicamenteuse : pertinence d'une grille de score. Taouk B. Hopipharm 2016 - Poster n°141 [Internet]. [cité 3 août 2021]. Disponible sur: https://www.synprefh.org/files/file/espace-congres/hopipharm/hopipharm2016_pdf_poster/hopi2016_poster-141.pdf

ANNEXES

Annexe 5 : Lettre Officielle de lancement du projet d'optimisation de la conciliation médicamenteuse d'entrée en psychiatrie



Destinataires :
Pharmacien(e)s
des établissements membres
de la FERREPSY Occitanie
et du réseau PIC

Toulouse, le vendredi 10 juillet 2020

Objet : Projet d'Optimisation de la Conciliation Médicamenteuse d'entrée en établissement psychiatrique

Madame, Monsieur, Cher(e) Collègue,

La pratique de la conciliation médicamenteuse participe à l'amélioration de la sécurisation de la prise en charge du patient aux points de transition de son parcours de soins, dans un objectif de continuité thérapeutique.

Différents travaux menés dans des établissements de MCO ont abouti à la construction d'outils de priorisation permettant d'identifier, par le biais notamment de scores, les patients les plus éligibles à la conciliation médicamenteuse d'entrée.

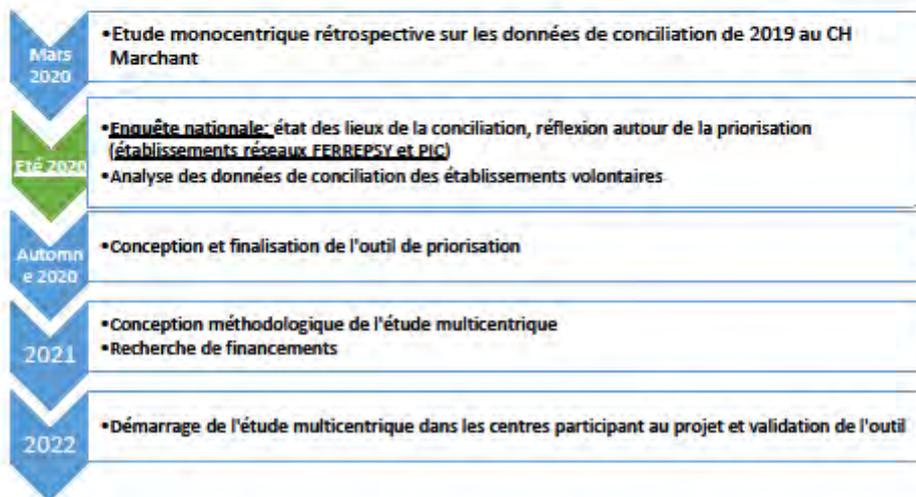
Ces outils de priorisation ne sont pas toujours applicables en établissements psychiatriques. Il est donc nécessaire de développer un outil approprié à la psychiatrie qui permettrait de faciliter l'implantation, la mise en œuvre et l'efficacité des conciliations d'entrée dans ces établissements.

C'est dans cet objectif qu'a été imaginé un programme d'envergure nationale de développement et de validation d'un outil spécifique à la conciliation d'entrée en psychiatrie, par le biais d'une étude multicentrique. Ce projet, porté par Madame Laurence Bonnet, Pharmacienne au CH G Marchant, associe des établissements membres de la FERREPSY Occitanie (Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et santé mentale) et du réseau PIC (Psychiatrie Information et Communication), et fait l'objet d'une thèse de pharmacie menée par Mademoiselle Eléonore Gawel, interne en pharmacie hospitalière.

La mise en œuvre de ce programme s'appuie sur un comité de pilotage (COPIL) pluri-professionnel. Ce COPIL a un rôle central dans la conduite du projet : il participe à la construction de chaque étape, intervient dans l'élaboration de l'outil de priorisation, valide les orientations prises et les documents produits.



De façon synthétique, les étapes clés de ce programme sont les suivantes :



Nous vous remercions par avance pour l'aide que vous nous apporterez dans ce projet.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Bien sincèrement,

Cordialement,

Dr L. Bonnet
 Coordonnateur de l'étude
 membre de la FERREPSY
 Occitanie et membre du réseau
 PIC

Dr E. Queuille
 Présidente
 du Réseau PIC

Dr F. Olivier
 Président Directeur
 de la FERREPSY Occitanie

Annexe 6 : Enquête nationale N°1 dans le cadre du projet d'optimisation de la conciliation médicamenteuse d'entrée en psychiatrie



Contexte du projet :

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. Dans le cadre de ce projet, l'accent sera mis sur la conciliation d'entrée.

Dans les établissements MCO, des scores sont utilisés permettant d'identifier les patients les plus éligibles à la conciliation. A notre connaissance, un tel score ou une telle analyse des « facteurs de risques » n'existe pas en psychiatrie.

Objectif du projet : adapter un outil existant ou développer un nouvel outil permettant d'identifier les patients les plus éligibles à la conciliation à l'entrée en psychiatrie, et valider son intérêt dans le cadre d'une étude multicentrique.

Ce projet est coordonné par le Dr. Laurence Bonnet, Pharmacien au Centre Hospitalier Gérard Marchant (CHGM) et bénéficie d'un soutien de la FERREPSY.

Périmètre du projet :

La mise en place d'un partenariat entre la fédération régionale, FERREPSY Occitanie (24 établissements à ce jour) et le réseau national PIC (Psychiatrie-Information-Communication) permet d'envisager un projet à l'échelle nationale.

COPIL : un groupe de pilotage a été constitué pour proposer des axes de travail, valider les étapes et le planning du projet ainsi qu'identifier les critères d'éligibilité à la conciliation.

Cette enquête constitue la première étape de ce projet permettant de faire un état des lieux des pratiques actuelles dans les établissements sollicités.

Durée estimée pour répondre à ce questionnaire : 15 minutes.

Abréviations :

BMO : bilan médicamenteux optimisé

DI : divergence intentionnelle

OMA : ordonnance médicamenteuse à l'admission

DPI : dossier patient informatisé

DNI : divergence non intentionnelle



**Projet Optimisation de la Conciliation
Médicamenteuse à l'entrée en Psychiatrie**

Enquête

Lors de l'étape de comparaison du bilan médicamenteux optimisé (BMO) à l'ordonnance médicamenteuse à l'admission (OMA), en cas de divergence relevée, celle-ci peut être qualifiée d'intentionnelle (=divergence intentionnelle=DI) ou de non intentionnelle (=divergence non intentionnelle=DNI).

Plusieurs types de DNI peuvent être retrouvés : oubli, erreur de DCI, erreur de dosage, erreur de plan de prise, etc.

Information générale sur votre établissement

1. Nom de l'établissement :

2. Localisation géographique :

3. Pratiquez-vous la conciliation médicamenteuse d'entrée dans votre établissement ?

OUI

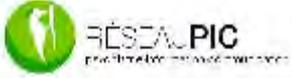
NON (passez à la question 27)

Données de conciliation d'entrée

➤ Données de conciliations d'entrée de votre établissement en 2018

4. Sur l'année 2018, combien de conciliations d'entrée avez-vous réalisé ?

5. Sur l'année 2018 dans votre établissement, combien de conciliations médicamenteuses comportaient au moins une divergence non intentionnelle (DNI) ?

		
Projet Optimisation de la Conciliation Médicamenteuse à l'entrée en Psychiatrie		
Enquête		

6. Sur l'année 2018, quelle était la durée totale, en moyenne, consacrée à la réalisation d'une conciliation d'entrée (exprimée en minutes) ?

➤ Données de conciliations d'entrée de votre établissement en 2019

7. Sur l'année 2019, combien de conciliations d'entrée avez-vous réalisé ?

8. Sur l'année 2019 dans votre établissement, combien de conciliations médicamenteuses comportaient au moins une divergence non intentionnelle (DNI) ?

9. Sur l'année 2019, quelle était la durée totale, en moyenne, consacrée à la réalisation d'une conciliation d'entrée (exprimée en minutes) ?

➤ Données de conciliations d'entrée de votre établissement sur le premier semestre de l'année 2020

10. Sur le premier semestre de l'année 2020, combien de conciliations d'entrée avez-vous réalisé ?

		
Projet Optimisation de la Conciliation Médicamenteuse à l'entrée en Psychiatrie		
Enquête		

11. Sur le premier semestre de l'année 2020 dans votre établissement, combien de conciliations médicamenteuses comportaient au moins une divergence non intentionnelle (DNI) ?
12. Sur le premier semestre de l'année 2020, quelle était la durée totale, en moyenne, consacrée à la réalisation d'une conciliation d'entrée (exprimée en minutes) ?

Conciliations d'entrée : méthode de recueil des sources et suivi

13. Dans votre établissement, combien de personnes réalisent le recueil des sources dans le cadre des conciliations médicamenteuses d'entrée ?
14. Dans votre établissement, qui réalise le recueil des sources dans le cadre des conciliations médicamenteuses d'entrée ? Préciser la fonction. (*exemple: pharmacien, interne, externe SAHU, PPH,...*)
15. Parmi les sources ci-dessous, quelles sont les TROIS sources utilisées préférentiellement pour la réalisation de la conciliation médicamenteuse d'entrée dans votre établissement ? (cochez les 3 sources)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dossier Patient Informatisé
<input type="checkbox"/> Entretien patient
<input type="checkbox"/> Officine
<input type="checkbox"/> Médecin traitant
<input type="checkbox"/> Psychiatre référent | <input type="checkbox"/> Ordonnances apportées
<input type="checkbox"/> Courriers médicaux
<input type="checkbox"/> Médicaments apportés
<input type="checkbox"/> Famille
<input type="checkbox"/> IDE/EHPAD |
|--|--|

		
Projet Optimisation de la Conciliation Médicamenteuse à l'entrée en Psychiatrie		
Enquête		

16. Si vous utilisez d'autres sources de recueil que celles citées ci-dessus, précisez lesquelles :

17. Quel(s) moyen(s) de communication utilisez-vous pour recueillir les informations des différentes sources ? (*plusieurs réponses possibles*)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Téléphone | <input type="checkbox"/> Courrier postal |
| <input type="checkbox"/> Messagerie non sécurisée | <input type="checkbox"/> Messagerie sécurisée (ex : médimail) |
| <input type="checkbox"/> Fax | <input type="checkbox"/> Autre (précisez à la question 18) |

18. Si vous utilisez d'autres moyens de communication dans votre recueil d'informations que ceux cités ci-dessus, précisez lesquels :

19. Dans votre établissement, qui réalise le bilan médicamenteux optimisés (BMO) ? (précisez la fonction)

20. Dans votre établissement, qui réalise l'analyse pharmacothérapeutique permettant d'identifier les éventuelles divergences entre le bilan (BMO) et la prescription en cours (Ordonnance Médicamenteuse à l'Admission=OMA) ? (précisez la fonction)

21. Possédez-vous un tableau de suivi de vos conciliations d'entrées au sein de votre établissement ?

- OUI NON (passez à la question 23)



Projet Optimisation de la Conciliation
Médicamenteuse à l'entrée en Psychiatrie

Enquête

22. Si oui, souhaitez-vous nous transmettre votre tableau des conciliations à l'entrée ?

Nous pourrions ainsi, avec votre accord, compléter l'analyse réalisée à ce jour uniquement sur des données du CHGM 2018 et 2019 (cf. diaporama de la réunion du 10 mars 2020)
Merci de veiller à l'anonymisation des données au préalable.

OUI

NON

Conciliation d'entrée : identification de patients à risque au sein de votre établissement

23. Avez-vous mis en évidence sur votre établissement un profil de patients à risques de présenter des divergences non intentionnelles (DNI) ?

OUI

NON (passez à la question 25)

24. Si oui, lesquels? (exemples: patients âgés, prescription contenant des Médicaments A Risques, polymédication,...)

25. Concernant la conciliation médicamenteuse à l'entrée, utilisez-vous ou avez-vous mis en place un outil d'aide à la priorisation ?

OUI

NON (passez à la question 27)

26. Si oui, lequel ? (précisez)

Conciliation d'entrée : score Québec

27. L'utilisation du score Québec (en annexe) vous paraît-elle pertinente pour cibler les patients à concilier en priorité ou à risque de présenter des DNI sur votre établissement ?

OUI en l'état

OUI avec révision

NON

		
Projet Optimisation de la Conciliation Médicamenteuse à l'entrée en Psychiatrie		
Enquête		

28. Si "**OUI AVEC REVISION**" ou "**NON**" à la question précédente, sur quel(s) critère(s) de priorisation proposez-vous de se baser pour réaliser les conciliations d'entrée ?

Projets de conciliation d'entrée au sein de votre établissement, commentaires et conciliation de sortie

29. Si vous ne faites pas de conciliation d'entrée, en avez-vous le projet ?

OUI

NON

Non concerné(e) : La conciliation médicamenteuse d'entrée est pratiquée dans mon établissement

30. Avez-vous d'autres commentaires/suggestions concernant la conciliation médicamenteuse à l'entrée ?

31. Pratiquez-vous la conciliation médicamenteuse de sortie dans votre établissement ?

OUI

NON

Projet Conciliation médicamenteuse à l'entrée en psychiatrie

32. Sur la base des éléments transmis ce jour, êtes-vous intéressé(e) pour participer à ce projet ?

OUI

NON

33. Identité de la (ou des) personne(s) contact de votre établissement, associée(s) au projet (nom, prénom, fonction) :

34. Adresse mail de la (ou des) personne(s) contact de votre établissement dans le cadre du projet :



**Projet Optimisation de la Conciliation
Médicamenteuse à l'entrée en Psychiatrie**

Enquête

Commentaire sur le projet

35. Avez-vous des commentaires à formuler quant à la réalisation du projet et à sa faisabilité au niveau de votre établissement ? (expliquez)

NOUS VOUS REMERCIONS D'AVOIR PRIS LE TEMPS
DE COMPLETER CE QUESTIONNAIRE

Annexe :

Score Québec d'aide à la priorisation à la conciliation médicamenteuse d'entrée

Âge	0 – 74 ans	0
	75 – 84 ans	1
	85 ans et plus	2
Nombre de médicaments pris à domicile selon le profil pharmacologique	0 – 3	0
	4 – 6	2
	7 et plus	4
Médicaments à haut risque pris avant l'admission	Anticoagulant (sauf l'acide acétylsalicylique) <i>warfarine, daltéparine, énoxaparine, etc.</i>	3
	Trois médicaments et plus pour le traitement des maladies cardiovasculaires (sauf les anticoagulants) <i>Anti-hypertenseur, digoxine, hypolipémiant, amiodarone, acide acétylsalicylique, clopidogrel, diurétique.</i>	5
	Médicaments pour le traitement du diabète	2
	Médicaments pour le traitement du cancer	3
	Médicaments pour le traitement de l'épilepsie <i>Phénytoïne, carbamazépine, acide valproïque, etc.</i>	2

Source : Blanchet M. Évaluation de l'impact clinique de la réalisation d'un bilan comparatif des médicaments au Centre hospitalier affilié universitaire de Québec. *Pharmactuel (Internet)*. 2010

Conciliation médicamenteuse à prioriser si score > 4

Annexe 7 : Enquête nationale N°2 dans le cadre du projet d'optimisation de la conciliation médicamenteuse d'entrée en psychiatrie

		
Projet Optimisation de la Conciliation Médicamenteuse à l'entrée en Psychiatrie		
Enquête : Processus de conciliation et identification du profil des patients des établissements		

Contexte et objectifs de l'enquête :

Cette enquête s'inscrit dans le cadre du projet d'optimisation de la conciliation médicamenteuse à l'entrée en psychiatrie qui a pour objectif d'adapter un outil existant ou développer un nouvel outil permettant d'identifier les patients les plus éligibles à la conciliation à l'entrée en psychiatrie, et valider son intérêt par une étude multicentrique.

Nous vous avons précédemment sollicités au lancement du projet afin de dresser un état des lieux des pratiques actuelles de conciliation dans les établissements, de recueillir des pistes de réflexion concernant les items à intégrer dans un outil de priorisation adapté à la psychiatrie et de connaître votre intérêt pour ce projet.

Vos retours nous ont permis d'enrichir et faire progresser ce travail et également de constater une multiplicité de méthodes de la conciliation d'entrée dans les différents établissements.

Ce second questionnaire, décomposé en deux parties, a pour objectif dans un premier temps de dresser le profil des patients hospitalisés en services de psychiatrie dans vos établissements à travers le recueil de données issues des DIM (Départements d'Information Médicale) et dans un second temps, de mieux connaître les pratiques propres à chaque établissement en matière de conciliation d'entrée. *Ces éléments permettront d'adapter la méthodologie de l'étude multicentrique.*

PARTIE 1 : Profil des patients hospitalisés en psychiatrie (données DIM) → à compléter par l'ensemble des établissements.

PARTIE 2 : Descriptif des pratiques de conciliation médicamenteuse d'entrée → à compléter uniquement par les établissements mettant en œuvre la conciliation médicamenteuse d'entrée en services de psychiatrie.

Durée estimée pour répondre à ce questionnaire : 15 minutes.

Abréviations :

CTME : Conciliation Thérapeutique Médicamenteuse à l'Entrée	
DI : Divergence Intentionnelle	DNI : Divergence Non Intentionnelle
DID : DI Documentée	DIND : DI Non Documentée



**Projet Optimisation de la Conciliation
Médicamenteuse à l'entrée en Psychiatrie**

**Enquête : Processus de conciliation et identification du profil des patients
des établissements**

Coordonnées du correspondant

1. NOM Prénom :
2. Profession :
3. Adresse mail :

Informations générales sur votre établissement

4. Nom de l'établissement :
5. Localisation géographique (ville et département) :



Projet Optimisation de la Conciliation
Médicamenteuse à l'entrée en Psychiatrie

**Enquête : Processus de conciliation et identification du profil des patients
des établissements**

**PARTIE 1 : Profil des patients hospitalisés en psychiatrie des différents
établissements (données DIM)**
(A compléter par l'ensemble des établissements)

Les questions ci-dessous se rapportent uniquement aux hospitalisations temps plein dans les services de psychiatrie adultes, pendant l'année 2019.

6. Quelle est la répartition des patients hospitalisés en psychiatrie dans votre établissement selon les classes d'âge ci-dessous ?

Tranche d'âge	Nombre	Tranche d'âge	Nombre
16-24 ans		65-74 ans	
25-34 ans		75-84 ans	
35-44 ans		85-94 ans	
45-54 ans		95 ans et plus	
55-64 ans			

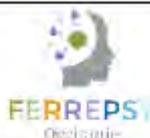
7. Quelle est la répartition des patients des services de psychiatrie adulte dans votre établissement selon le sexe (en nombre) ?

Hommes :

Femmes :

8. Quelle est la Durée Moyenne de Séjour (DMS) dans votre établissement ?

9. Quelle est la Durée Moyenne d'Hospitalisation (DMH) dans votre établissement ?



Projet Optimisation de la Conciliation
Médicamenteuse à l'entrée en Psychiatrie

**Enquête : Processus de conciliation et identification du profil des patients
des établissements**

PARTIE 2 : Descriptif des pratiques de conciliation médicamenteuse d'entrée des établissements

(A compléter uniquement par les établissements mettant en œuvre la conciliation médicamenteuse en psychiatrie et à l'entrée)

Lors de l'étape de comparaison du bilan médicamenteux optimisé (BMO) à l'ordonnance médicamenteuse à l'admission (OMA), des divergences peuvent être relevées. Celles-ci peuvent être qualifiées d'intentionnelle (= divergence intentionnelle = DI) ou de non intentionnelle (= divergence non intentionnelle = DNI).

Plusieurs types de DNI peuvent être retrouvées : oubli, erreur de DCI, erreur de dosage, erreur de plan de prise, etc...

10. Quel(s) type(s) de conciliation médicamenteuse d'entrée réalisez-vous dans les services de psychiatrie de votre établissement ?

- CTME proactive : OUI NON
- CTME rétroactive : OUI NON

11. Tous les patients entrant dans un service de psychiatrie de votre établissement bénéficient-ils d'une conciliation médicamenteuse d'entrée ?

OUI NON

Si vous avez répondu NON à la question précédente (question 11) :

11bis. La réalisation de la CTME dans votre établissement s'effectue-t-elle ?

- Dans des services spécifiques : OUI NON

→ Si OUI, sur quel(s) critère(s) ? (détaillez)



Projet Optimisation de la Conciliation
Médicamenteuse à l'entrée en Psychiatrie

**Enquête : Processus de conciliation et identification du profil des patients
des établissements**

- Pour des patients spécifiques : OUI NON

→ Si OUI, sur quel(s) critère(s) ? (détaillez)

12. Dans votre pratique, comment s'organisent temporellement les processus de conciliation médicamenteuse d'entrée et d'analyse/validation de la prescription pour un patient ?

- La CTME est réalisée avant de procéder à l'analyse de la prescription du patient :

OUI NON

- L'analyse de la prescription est réalisée avant la CTME du patient :

OUI NON

- La CTME et l'analyse pharmaceutique sont deux processus indépendants :

OUI NON

13. Dans votre cotation des divergences dans une CTME, utilisez-vous les termes suivants :

- Divergence Intentionnelle (DI) :

OUI NON

- Divergence Intentionnelle Documentée (DID) :

OUI NON

- Divergence Intentionnelle Non Documentée (DIND) :

OUI NON

		
Projet Optimisation de la Conciliation Médicamenteuse à l'entrée en Psychiatrie		
Enquête : Processus de conciliation et identification du profil des patients des établissements		

- Divergence Non Intentionnelle (DNI) :

OUI NON

14. Dans votre pratique, considérez-vous un cas de divergence (qu'elle soit intentionnelle ou non) :

- Lorsque le traitement habituel du patient est :
 - ARRETÉ (arrêt définitif) :
 - OUI NON
 - SUSPENDU (arrêt temporaire) :
 - OUI NON
 - MODIFIÉ (en terme de posologie, de répartition de prises sur la journée) :
 - OUI NON
 - SUBSTITUÉ (en lien avec le livret thérapeutique d'établissement par exemple) :
 - OUI NON

- Lorsqu'une ou plusieurs lignes de médicaments sont ajoutées à la prescription hospitalière, en plus du traitement habituel du patient :
 - OUI NON

15. Dans votre pratique de la CTME, le retour/la validation médicale est-il demandé avant de qualifier une divergence de DNI ?

OUI NON

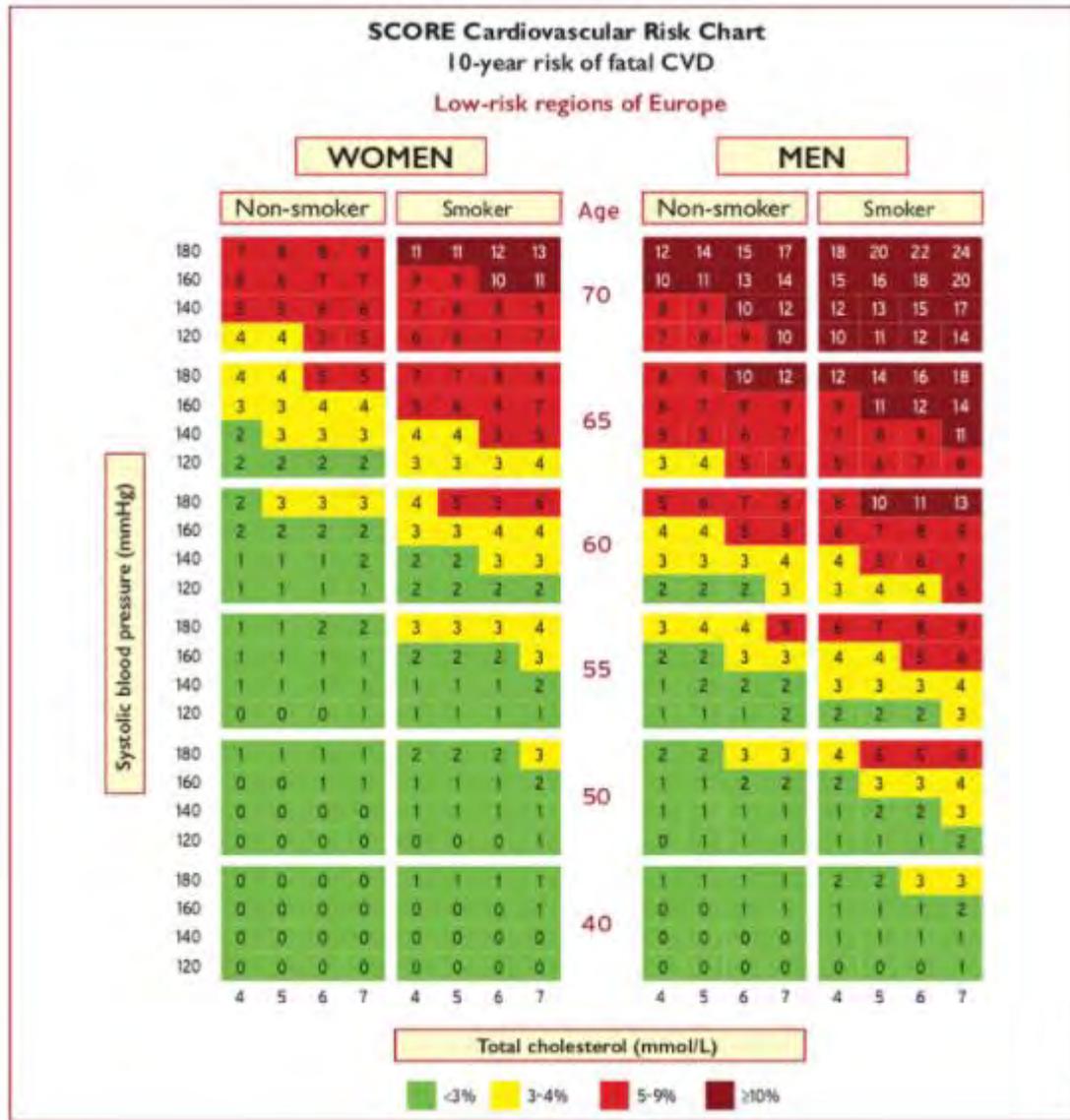
		
Projet Optimisation de la Conciliation Médicamenteuse à l'entrée en Psychiatrie		
Enquête : Processus de conciliation et identification du profil des patients des établissements		

16. Décrivez votre organisation de la pratique de la conciliation médicamenteuse à l'entrée en Psychiatrie :

NOUS VOUS REMERCIONS D'AVOIR PRIS LE TEMPS
DE COMPLETER CE QUESTIONNAIRE

Annexe 8 : Exemple d'un outil en échelle de risque : le diagramme SCORE

Permet d'évaluer la mortalité à 10 ans et le risque cardiovasculaire total, d'après les recommandations de la Société Européenne de Cardiologie (2019).



Annexe 9 : Tableau de suivi des conciliations médicamenteuses réalisées dans le cadre de la phase pré-test sur la base des items de priorisation validés et de la grille de score version V2

PATIENT		PARCOURS DE SOINS					PATHOLOGIES		
n° d'ordre	Sexe	Age	Provenance	Arrivée sur la garde	1ère hospitalisation établissement	Situation rupture soin/suivi	Nb Comorbidités/ patho somatiques	Type comorbidité	Addictions substances
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

PATIENT		TRAITEMENT MEDICAMENTEUX					DIVERGENCES			
n° d'ordre	Nb lignes THERAPEUTIQUES Psy à l'OMA	MAR psy à l'OMA	NAP?	Détail MAR psy	Nb lignes THERAPEUTIQUES somatique à l'OMA	MAR somatique à l'OMA	Détail MAR somatique	DNI constatée(s) (OUI/NON)	Nombre de DNI	Détails des DNI
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des Maîtres de la Faculté et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la Santé Publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

SPECIFICITY OF MEDICATION RECONCILIATION ON ADMISSION IN PSYCHIATRY : CONSTRUCTION OF AN INNOVATIVE PRIORIZATION TOOL TO BE VALIDATED IN FRANCE

SUMMARY

Medication Reconciliation (MR) contributes to improving the security of the patient's medication management, thus reducing the risk of iatrogenic events occurring at transition points in the care pathway. In order to promote the implementation and the efficiency of MR at hospital admission into mental health establishments, we have built a national program for the development of a prioritization tool specific to psychiatry, using a score grid, to target the patients most at risk of presenting Unintentional Medication Discrepancies (UMD) on admission. The risk criteria, which we selected with the support of a multidisciplinary expert group, were tested during a phase of first use in real life in 3 separate profile centers. Of the 156 patients included in total, 37% of them had at least one UMD on their prescription on admission. The most discriminating variables for targeting high-risk patients were polypharmacy, origin at admission, age, prescription of long-acting injectable antipsychotic drugs, patient entry on a night duty time and the presence of comorbidities, nevertheless with an estimated margin of error of 30%. The analysis of data from a larger sample of patients should allow us to propose a successful version of the prioritization tool specific to psychiatry, which will then be validated through a national multicentric study. To provide such a tool, designed to be usable by all mental health establishments, will encourage the development of an efficient conciliation activity, by adapting to available human resources.

KEYWORDS : Mental health care, patient prioritization, medication reconciliation at hospital admission, discrepancies, clinical pharmacy

SPÉCIFICITÉ DE LA CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE D'ENTRÉE EN PSYCHIATRIE : VERS LA CONSTRUCTION D'UN OUTIL DE PRIORISATION INNOVANT VALIDÉ AU NIVEAU NATIONAL

RESUME en français

La Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM) participe à l'amélioration de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient, réduisant ainsi le risque de survenue d'évènements iatrogènes aux points de transition du parcours de soins. Dans le but de favoriser la mise en œuvre et l'efficacité des conciliations d'entrée dans les établissements de santé mentale, nous avons imaginé un programme d'envergure nationale de développement d'un outil de priorisation spécifique à la psychiatrie, construit sous la forme d'une grille de score, permettant de cibler les patients les plus à risque de présenter des Divergences Non Intentionnelles (DNI) à leur admission. Les critères de risque, que nous avons retenus avec l'appui d'un groupe expert pluridisciplinaire, ont été testés au cours d'une phase de première utilisation en vie réelle dans 3 centres de profils distincts. Sur les 156 patients inclus au total, 37% d'entre eux présentaient au moins une DNI sur leur prescription à l'admission. Les variables les plus discriminantes pour le ciblage des patients à risque étaient la polymédication, l'origine à l'admission, l'âge, la prescription de Neuroleptique à Action Prolongée, une entrée du patient sur un temps de garde et la présence de comorbidités, avec néanmoins une marge d'erreur estimée de 30%. L'analyse des données d'un échantillon de patients plus conséquent devrait nous permettre de proposer une version aboutie de l'outil de priorisation spécifique à la psychiatrie, qui sera alors validé au moyen d'une étude multicentrique d'envergure nationale. La mise à disposition d'un tel outil, imaginé en vue d'être utilisable par tous les établissements de santé mentale, permettra d'encourager le développement d'une activité de conciliation efficace, en s'adaptant aux ressources humaines disponibles.

Titre et résumé en Anglais : voir au recto de la dernière page de la thèse

DISCIPLINE administrative : Pharmacie clinique

MOTS-CLES : Psychiatrie, priorisation patients, conciliation médicamenteuse d'entrée, divergences, pharmacie clinique

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Paul Sabatier Toulouse III
Faculté des Sciences Pharmaceutiques
35, chemin des Maraîchers
31062 Toulouse CEDEX

Directeur de thèse : Dr Bonnet Laurence