



HAL
open science

La conciliation des traitements médicamenteux en géro-psycho-geriatrie : quelles sources d'informations utiliser ?

Mélanie Gérard

► To cite this version:

Mélanie Gérard. La conciliation des traitements médicamenteux en géro-psycho-geriatrie : quelles sources d'informations utiliser ?. Sciences pharmaceutiques. 2014. dumas-01116306

HAL Id: dumas-01116306

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01116306>

Submitted on 13 Feb 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**MEMOIRE DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES DE PHARMACIE
OPTION PHARMACIE HOSPITALIERE : PRATIQUE ET RECHERCHE**

Présenté et soutenu publiquement

Par **Mélanie Gérard**

Née le 09 Juin 1985 à Limoges

Le 12 Septembre 2014 à Bordeaux

Conformément aux dispositions de l'arrêté ministériel du 4 octobre 1988 modifié par l'arrêté du 9 mai 2003 tient lieu de

Thèse pour l'obtention du DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN PHARMACIE

LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX
EN GERONTO-PSYCHIATRIE :
QUELLES SOURCES D'INFORMATIONS UTILISER ?

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Anne Laure DEBRUYNE

Jury

M. le Docteur Jean GRELLET

M. le Docteur Philippe CESTAC

Mme le Docteur Chantal BERGEY

Mme le Docteur Bertrice LOULIERE

Mme le Docteur Françoise AMOUROUX

Président du jury

Membre juge

Membre juge

Membre invité

Membre invité

Remerciements

A Monsieur le Docteur Jean GRELLET,

Maitre de conférence à l'Université Victor Segalen, Bordeaux 2,
Praticien Hospitalier
Chef de service, Pharmacie Hôpital Pellegrin, CHU Bordeaux

Je vous remercie d'avoir accepté de présider mon jury de thèse. J'ai commencé mon cursus d'interne au sein de votre service et je vous retrouve avec plaisir au moment de terminer ce parcours.

A Monsieur le Docteur Philippe CESTAC,

Maitre de conférence à l'Université Paul Sabatier, Toulouse 3,
Praticien Hospitalier
Chef de pôle adjoint Pharmacie, CHU Toulouse

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez témoigné à l'égard de ce travail et pour avoir accepté d'être membre de ce jury.

A Madame le Docteur Chantal BERGEY,

Praticien Hospitalier
Chef de pôle PAM-EVAMET, Centre Hospitalier Charles Perrens

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de ce jury, témoignant ainsi de votre accompagnement dans le développement de cette nouvelle discipline de pharmacie clinique au sein du Centre Hospitalier Charles Perrens.

A Madame le Docteur Bertrice LOULIERE,

Pharmacien Coordonnateur de l'OMEDIT Aquitaine

Je vous remercie pour votre soutien, votre disponibilité et vos conseils. Votre intérêt pour ce sujet et votre enthousiasme à faire partie de mon jury de thèse m'ont encouragés tout au long de ce travail.

A Madame le Docteur Françoise AMOUROUX,

Pharmacien d'officine, responsable UTIP - EPU

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de ce jury, témoignant ainsi de l'intérêt des confrères pharmaciens d'officine pour la conciliation médicamenteuse et de la nécessité de travailler autour du lien « Ville-Hôpital », tout ceci pour une prise en charge optimale du patient.

A Madame le Docteur Anne-Laure DEBRUYNE,

Praticien Hospitalier

Centre Hospitalier Charles Perrens

Je te remercie d'avoir dirigé ce travail. Merci pour ta confiance, tes conseils et le temps que tu m'as consacré. Merci de m'avoir fait partager ton savoir et tes compétences pendant ces deux semestres qui ont été particulièrement formateurs et enrichissants (en particulier, pour la rédaction). Sache que tu es pour moi un modèle de compétence et de conscience professionnelle.

A Emmanuelle QUEUILLE et Delphine MALET,

Je vous remercie toutes les deux, pour votre disponibilité, votre bonne humeur (de nombreux éclats de rire, en pensant au neuromédiateurs) et vos conseils.

Aux équipes des deux services de géro-psycho-geriatrie

Je remercie l'ensemble des médecins (psychiatres et somaticiens) pour leur accueil et pour m'avoir apportée des connaissances en lien avec la clinique et la prise en charge des sujets âgés hospitalisés en psychiatrie.

Je remercie également l'ensemble des équipes infirmières pour leur accueil, leur sympathie et pour l'attention qu'elles ont porté à chacune de mes interventions.

A Frank DE CAZANOVE et l'ensemble de l'équipe des pharmaciens de Bayonne,

Je vous remercie pour ces deux stages d'interne passés dans votre établissement. Commencer ma carrière de pharmacien au Centre Hospitalier de la Côte Basque est un réel plaisir, merci de m'avoir donné cette belle opportunité.

A mes co-internes et amis

Camille, Lyse, Anne-Sophie, Thomas, Mallory, Rachel et Vincent, Marie et Clément, Vincent,...et plus récemment, Laetitia et Marion à Bayonne, merci pour tous ces bons moments partagés ensemble, que ce soit au travail ou en dehors.

A mes amies,

Aliénor, Delphine, Hélène et Olivia, sans qui l'internat aurait été bien triste ...

Merci pour tous ces restos, ces soirées filles, ces soirées pyjamas, ces tartiflettes, ces fou-rires... et pour tous les bons moments futurs à Bayonne :-)

A mes parents

Je vous dédie tout particulièrement cette thèse en remerciement de votre soutien et de vos encouragements au cours de ces longues années d'études. Soyez soulagés, j'arrête les formations et autres DU !! Quoique ...

A ma sœur et son Doudou,

Sans qui je n'aurai pas tenu...

Aux éclats de rire de César qui sont des rayons de soleil dans nos vies.

A tous mes amis qui ont fait un petit bout de chemin pour me faire le plaisir d'être là :-)

INTRODUCTION	18
PLACE DE LA PHARMACIE CLINIQUE EN GERONTO-PSYCHIATRIE	20
1. LA PHARMACIE CLINIQUE	21
1.1 LA PHARMACIE EN MOUVEMENT	21
1.2 UNE DEFINITION UNIVERSELLE	21
1.3 LA PHARMACIE CLINIQUE UNE SOLUTION POUR DIMINUER LA IATROGENIE MEDICAMENTEUSE ?	23
1.4 LES ACTIVITES DE PHARMACIE CLINIQUE	24
1.5 TEXTES REGLEMENTAIRES	26
1.5.1 L'instruction N°DGOS/PF2/2012/352 du 28 septembre 2012	26
1.5.2 Le manuel de certification V2010	26
1.5.3 Autres textes règlementaires	26
1.6 LE LIEN « VILLE – HOPITAL »	28
1.6.1 Communication entre médecins	28
1.6.2 Communication entre pharmaciens	29
1.6.3 La communication médecin - pharmacien	30
2. LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX	32
2.1 DEFINITION	32
2.2 CADRE REGLEMENTAIRE	33
2.2.1 La loi « HPST »	33
2.2.2 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	33
2.2.3 Le manuel de certification V2010	34
2.3 ORIGINE DE LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE	35
2.4 LES OBJECTIFS DE LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE	37

2.5 REALISATION DE LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE	40
2.5.1 Qui réalise la conciliation ?	40
2.5.2 A quel moment du parcours de soins la réaliser ?	41
2.5.3 Pour quelle(s) population(s) ?	42
2.5.4 Les différents types de conciliation médicamenteuse	42
2.6 ETAPES DE LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX	44
2.6.1 Etape 1 : Obtention du BMO	45
2.6.1.1 Recherche d'informations sur le traitement du patient	45
2.6.1.2 Formalisation du Bilan Médicamenteux Optimisé	48
2.6.2 Etape 2 : Comparaison du BMO à l'OMA	48
2.6.3 Etape 3 : La conciliation médicamenteuse proprement dite	49
2.6.4 Etape 4 : La poursuite de la prise en charge du patient	49
2.7 L'ANALYSE DES ECARTS	51
2.7.1 Les divergences	51
2.7.2 Les règles de caractérisation des divergences	52
2.8 EVALUATION DE LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE	55
2.9 LA CTM DANS LA LITTERATURE	57
2.9.1 A l'entrée	57
2.9.2 A la sortie	57
2.10 ETAT DES LIEUX FRANÇAIS DE LA MISE EN PLACE DE LA CTM DANS LES ETABLISSEMENTS	61
2.10.1 Elaboration du questionnaire	61
2.10.1.1 Cibles du questionnaire	61
2.10.1.2 Objectif	61
2.10.1.3 Points abordés	62
2.10.2 Résultats de l'enquête	62
2.10.2.1 Contexte	62
2.10.2.2 Connaissance de la CTM	64
2.10.2.3 Pratique française de la CTM	66
2.10.2.4 Sources d'informations utilisées	68
2.10.2.5 Evaluation de la CTM	69
2.10.3 Conclusion de l'enquête nationale	69

3. LA GERONTO PSYCHIATRIE	70
3.1 LE SUJET AGE, UN SUJET A RISQUE DE IATROGENIE	70
3.1.1 Définition du sujet âgé	70
3.1.2 La iatrogénie liée à l'âge	70
3.1.3 La iatrogénie liée à la poly-médication	72
3.2 LE SUJET AGE, EN GERONTO-PSYCHIATRIE : UN RISQUE MAJORE ?	73
3.3 LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE EN GERONTO-PSYCHIATRIE	73

MISE EN PLACE DE LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE DANS DEUX SERVICES DE GERONTO-PSYCHIATRIE **74**

1. DESCRIPTION ET MISE EN PLACE DE LA CONCILIATION AU CHCP	75
1.1 CHOIX DES PATIENTS A CONCILIER	75
1.2 CREATION DE SUPPORTS ET UTILISATION DANS LA CONCILIATION DES PATIENTS	76
1.2.1 Procédures et mode opératoire	76
1.2.2 Fiche de recueil des traitements avant l'admission	77
1.2.3 Guide d'entretien	77
1.2.4 Fiche de CTM d'entrée	80
1.2.5 Observations pharmaceutiques dans le DPI	82
1.2.6 Fiche de CTM de sortie	83
1.2.7 Fiche de liaison pharmaceutique « Ville – Hôpital »	85
1.3 VALIDATION INSTITUTIONNELLE ET PLURI-PROFESSIONNELLE	87
2. OBJECTIFS DE LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE AU CHCP	88
3. METHODE DE RECUEIL DE DONNEES	89
3.1 ELABORATION DU BMO	89
3.2 FORMALISATION DU BMO	90
3.3 COMPARAISON DU BMO AVEC L'OMA	90
3.4 LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE D'ENTREE	90
3.5 TRAÇABILITE ET POURSUITE DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT	91
3.6 CONCILIATION MEDICAMENTEUSE DE SORTIE	92
3.6.1 Comparaison du BMO avec l'OMS	92
3.6.2 La conciliation médicamenteuse de sortie	93

3.7 LE LIEN « VILLE - HOPITAL »	93
3.8 EVALUATION DE L'IMPACT CLINIQUE	93
3.9 EVALUATION DE LA SATISFACTION DES PROFESSIONNELS	94
4. METHODE D'ANALYSE	97
4.1 COMPARAISON DES SOURCES D'INFORMATIONS DU BMO	97
4.2 CONCILIATION MEDICAMENTEUSE D'ENTREE	100
4.3 CONCILIATION MEDICAMENTEUSE DE SORTIE	102
4.4 LIEN "VILLE - HOPITAL"	102
4.5 EVALUATION DE LA CTM	103
4.5.1 L'impact clinique	103
4.5.2 La satisfaction des professionnels de santé	103
5. RESULTATS	104
5.1 DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES PATIENTS CONCILIES	104
5.1.1 A l'entrée	104
5.1.2 A la sortie	106
5.2 COMPARAISON DES SOURCES D'INFORMATIONS	107
5.2.1 Description des sources d'informations	107
5.2.2 Comparaison des trinômes de sources d'informations	110
5.3 CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX D'ENTREE	119
5.3.1 Le BMO	119
5.3.2 Temps nécessaire à la CTM	119
5.3.3 Délai de conciliation d'un patient	119
5.3.4 Analyse des lignes de prescriptions OMA et BMO	121
5.3.5 Caractérisation des divergences	123
5.3.6 Analyse des écarts de prescriptions	124
5.3.6.1 Les lignes analysées	124
5.3.6.2 Divergences analysées	124
5.3.7 Analyse des Divergences Non Intentionnelles	126
5.3.8 Devenir des DNI	129
5.3.9 Synthèse des indicateurs	131
5.4 CTM SORTIE	132
5.4.1 Durée de conciliation	132

5.4.2 Analyse des lignes de prescriptions	132
5.4.3 Analyse des écarts de prescriptions	133
5.5 LIEN « VILLE – HOPITAL »	135
5.6 EVALUATION DE LA CTM	137
5.6.1 Impact clinique	137
5.6.1.1 Evaluation de l’impact	137
5.6.1.2 DNI cotées en impact vital	138
5.6.1.3 Influence de la classe ATC sur l’impact clinique	140
5.6.1.4 Influence de l’évaluateur sur l’impact clinique	141
5.6.2 Evaluation de la satisfaction	143
5.6.2.1 Satisfaction des professionnels de ville	143
5.6.2.2 Satisfaction des professionnels hospitaliers	145
DISCUSSION	147
<hr/>	
1. COMPARAISON DES SOURCES D’INFORMATIONS UTILES AU BMO	147
1.1 SOURCES D’INFORMATIONS UTILISEES	147
1.2 COMPARAISON DES TRINOMES DE SOURCES D’INFORMATIONS	149
2. LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE	151
2.1 CTM D’ENTREE	151
2.1. 1 La population conciliée	151
2.1.2 Le BMO	151
2.1.3 Les indicateurs d’efficience de la CTM d’entrée	153
2.1.4 Analyse des erreurs médicamenteuses ou DNI	156
2.2. LA CTM DE SORTIE	157
2.2.1 Population conciliée	157
2.2.2 Les indicateurs d’efficience de la CTM de sortie	157
3. LE LIEN « HOPITAL- VILLE »	158
4. EVALUATION DE LA CONCILIATION	159
4.1 EVALUATION DE L’IMPACT CLINIQUE	159
4.2 EVALUATION DE LA SATISFACTION	162

5. Y-A-T-IL UNE DIFFERENCE A PRATIQUER LA CTM EN PSYCHIATRIE VERSUS EN MCO ?	163
6. LIMITES ET PERSPECTIVES	165
CONCLUSION	167

Liste des figures

<i>Figure 1 - Les services de pharmacie clinique. Figure traduite de Bond et al. (15)</i>	25
<i>Figure 2 - Description de l'acte de conciliation médicamenteuse</i>	37
<i>Figure 3 - Points de transition du parcours de soins d'un patient (37)</i>	41
<i>Figure 4- Proactive Medication Reconciliation Model (37)</i>	42
<i>Figure 5 - Retroactive Medication Reconciliation Model (37)</i>	43
<i>Figure 6 - Schéma décrivant les étapes de la CTM d'entrée</i>	44
<i>Figure 7 - Méthodologie d'élaboration du Bilan Médicamenteux Optimisé (37)</i>	45
<i>Figure 8 - Guide d'entretien pour le recueil du BMO (SOP Med'Rec)</i>	46
<i>Figure 9 - Top 10 Pratical Tips(37)</i>	47
<i>Figure 10 – Schéma récapitulatif des différentes étapes de la conciliation (37)</i>	50
<i>Figure 11 - Le chemin décisionnel lors de la conciliation</i>	53
<i>Figure 12 - Identifier et caractériser les divergences lors de la conciliation médicamenteuse (37)</i>	54
<i>Figure 13 - Critère MR1 selon Med'Rec (37)</i>	55
<i>Figure 14 - Critère MR2 selon Med'Rec</i>	55
<i>Figure 15 - Critère MR3 selon Med'Rec</i>	56
<i>Figure 16 - Critère MR4 selon Med'Rec</i>	56
<i>Figure 17 – Type d'établissements ayant répondu au questionnaire</i>	62
<i>Figure 18 - Nombre de lits des établissements</i>	63
<i>Figure 19 - Nombre de pharmaciens en fonction de la taille de l'établissement</i>	63
<i>Figure 20 - Connaissance de la CTM par type d'établissement</i>	64
<i>Figure 21 - Pratique de la CTM selon le type d'établissement</i>	65
<i>Figure 22 - Motifs de non application de la CTM</i>	65
<i>Figure 23 - Nombre de lits conciliés par établissement</i>	66
<i>Figure 24 - Personnes réalisant la CTM</i>	66
<i>Figure 25 - Temps moyen pour réaliser la CTM</i>	67
<i>Figure 26 - Sources d'informations interrogées</i>	68
<i>Figure 27 - Sources potentiellement les plus fiables (avis des établissements)</i>	69
<i>Figure 28 - Processus de conciliation médicamenteuse d'entrée</i>	76
<i>Figure 29 – Processus de conciliation médicamenteuse de sortie</i>	76
<i>Figure 30 - Fiche de recueil des traitements avant l'admission (CHCP)</i>	77
<i>Figure 31 - Guide d'entretien pour l'obtention du BMO (recto: partie patient/ famille) au CHCP</i>	78
<i>Figure 32 - Guide d'entretien pour l'obtention du BMO (verso: partie professionnels de santé</i>	79
<i>Figure 33 - Fiche de Conciliation des Traitements Médicamenteux à l'entrée au CHCP</i>	81
<i>Figure 34 - Ecran de saisie d'observation de conciliation médicamenteuse d'entrée</i>	82

<i>Figure 35 - Ecran de visualisation de la fiche de CTM dans le DPI (CHCP)</i>	83
<i>Figure 36 - Fiche de Conciliation des Traitements Médicamenteux à la sortie (CHCP)</i>	84
<i>Figure 37 - Fiche de liaison Hôpital-Ville des traitements médicamenteux</i>	86
<i>Figure 38 - Evolution des prescriptions de l'entrée à la sortie d'un patient</i>	92
<i>Figure 39 - Echelle d'évaluation des opinions pharmaceutiques selon Hatoum (78)</i>	94
<i>Figure 40 - Questionnaire de satisfaction pour la ville (CHCP)</i>	95
<i>Figure 41 - Questionnaire de satisfaction pour l'hôpital (CHCP)</i>	96
<i>Figure 42 - Liste des sources d'informations potentielles</i>	97
<i>Figure 43 - Critères d'évaluation des sources d'informations (39)</i>	98
<i>Figure 44 - Répartition de la population conciliée selon l'âge</i>	104
<i>Figure 45 - Répartition des patients selon le service d'hospitalisation</i>	105
<i>Figure 46 - Origine des patients</i>	106
<i>Figure 47 - Critère temps par source d'informations</i>	109
<i>Figure 48 - Critères disponibilité / exhaustivité / complétude par source d'information</i>	109
<i>Figure 49 - Comparaison des trinômes pour les patients avec un infirmier(e) (disponibilité, exhaustivité et complétude)</i>	115
<i>Figure 50 - Comparaison des trinômes pour les patients avec un infirmier(e) (temps)</i>	115
<i>Figure 51 - Comparaison des trinômes de sources d'informations des patients vivant dans un établissement (disponibilité, exhaustivité et complétude)</i>	116
<i>Figure 52 - Comparaison des trinômes de sources d'informations des personnes vivant en établissement (temps)</i>	116
<i>Figure 53 - Comparaison des trinômes de sources d'informations, avec un médecin spécialiste (disponibilité, exhaustivité et complétude)</i>	117
<i>Figure 54 - Comparaison des trinômes de sources d'informations, avec un médecin spécialiste (temps)</i>	117
<i>Figure 55 - Délai de réalisation de la CTM</i>	120
<i>Figure 56 - Répartition du nombre de patients en fonction du nombre de médicaments sur l'OMA</i>	121
<i>Figure 57- Statuts des lignes comparées entre le BMO et l'OMA</i>	122
<i>Figure 58 - Analyse des lignes de prescriptions à statut « Correct » / « Divergent »</i>	123
<i>Figure 59 - Analyse des lignes de prescriptions</i>	124
<i>Figure 60 - Analyse des divergences</i>	124
<i>Figure 61 - Type de Divergences Non Intentionnelles</i>	126
<i>Figure 62 - Répartition des DNI selon la classe ATC</i>	128
<i>Figure 63 - Devenir des DNI</i>	129
<i>Figure 64 - Motifs de non correction des DNI</i>	130
<i>Figure 65 - Analyse des lignes à statut « correct » / « divergent » à la CTM de sortie</i>	132
<i>Figure 66 - Analyse des lignes de prescriptions</i>	133

<i>Figure 67 - Analyse des divergences</i>	134
<i>Figure 68 - Modification des lignes non référencées au CHCP</i>	136
<i>Figure 69 - Classes ATC des traitements non référencés au CHCP: « maintien du traitement » ou « reprscription »</i>	136
<i>Figure 70 - Impact clinique des DNI selon l'échelle de Hatoum</i>	137
<i>Figure 71 - Evaluation de l'impact clinique selon la classe ATC</i>	141
<i>Figure 72 - Analyse de l'impact clinique selon les évaluateurs</i>	142
<i>Figure 73 - Connaissance au préalable de la CTM</i>	143
<i>Figure 74 - Apport de la fiche de "Liaison Hôpital - Ville"</i>	144
<i>Figure 75 - Devenir de la fiche de liaison</i>	144
<i>Figure 76 - Satisfaction des professionnels de ville</i>	145
<i>Figure 77 - Connaissance de la CTM des professionnels hospitaliers</i>	145
<i>Figure 78 - Pertinence des informations apportées</i>	146
<i>Figure 79 - Satisfaction de la collaboration "Pharmacie - Service de soins"</i>	146
<i>Figure 80- Echelle de gravité du préjudice subi par le patient (d'après Evalor, HAS)</i>	159

Liste des tableaux

<i>Tableau 1 - Synthèse bibliographique sur la conciliation médicamenteuse</i>	58
<i>Tableau 2 - Nombre de médicaments observé chez le sujet âgé hospitalisé</i>	72
<i>Tableau 3 - Résultats descriptifs des sources d'informations (4 critères)</i>	107
<i>Tableau 4 - Analyse des trinômes de sources d'informations</i>	111
<i>Tableau 5 - Délai de conciliation en fonction du service</i>	120
<i>Tableau 6 - Répartition des patients selon la présence de lignes à statut "correct" ou "divergent"</i>	123
<i>Tableau 7 - Répartition des divergences selon l'origine du patient</i>	125
<i>Tableau 8 - Types de divergences selon la classe ATC</i>	127
<i>Tableau 9 - Différents indicateurs de la CTM réalisée au CHCP</i>	131
<i>Tableau 10 - Comparaison de nombre de lignes de prescription</i>	132
<i>Tableau 11 - Répartition des patients selon la présence ou non de lignes à statut "correct" ou "divergent"</i>	133
<i>Tableau 12 - Description des DNI cotées en impact vital</i>	138
<i>Tableau 13 - Répartition des divergences selon les classes ATC et l'impact clinique</i>	140
<i>Tableau 14 - Analyse de l'impact selon l'évaluateur</i>	141
<i>Tableau 15 - Bibliographie sur les sources utiles à l'élaboration du BMO</i>	147
<i>Tableau 16 - Descriptif des populations conciliées dans différentes études</i>	151
<i>Tableau 17 - Descriptif de la méthode de recueil du BMO dans la littérature</i>	152
<i>Tableau 18 - Résultats de CTM d'entrée dans la bibliographie</i>	155

Liste des annexes

<i>Annexe 1 - Fiche de liaison pharmaceutique - Grenoble</i>	169
<i>Annexe 2 - Questionnaire sur l'état des lieux de la Conciliation des traitements Médicamenteux sur l'ADIPh</i>	170
<i>Annexe 3 - Procédure de la CTM dans le service UISG</i>	175
<i>Annexe 4 - Procédure de la CTM dans le service BAZIN</i>	177
<i>Annexe 5 - Mode opératoire de la CTM: entrée et sortie</i>	179
<i>Annexe 6 - Formulaire de consentement CHCP</i>	185
<i>Annexe 7 - Fiche de Conciliation des Traitements Médicamenteux selon le programme High 5s</i>	186
<i>Annexe 8 - Fiche de Conciliation des Traitements Médicamenteux du CH de Lunéville (Med'Rec)</i>	187
<i>Annexe 9 - Fiche de Conciliation des Traitements Médicamenteux du CH Xavier Arnoz, Bordeaux</i>	187
<i>Annexe 10 - Fiche de Conciliation des Traitements Médicamenteux de l'hôpital des armées de Brest</i>	188
<i>Annexe 11 - Exemple de courrier de sortie de l'Université Health Network</i>	188
<i>Annexe 12 - Exemple de courrier pour le pharmacien d'officine</i>	189

Liste des abréviations

ACCP :	American College of Clinical Pharmacology
ADIPh :	Association pour le Développement de l'Internet en Pharmacie
ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANSM :	Agence nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
AP-HM :	Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille
ATC :	Anatomical Therapeutic Chemical-code
BMO :	Bilan Médicamenteux Optimisé
BPHM :	Best Possible Medication History
BPPH :	Bonnes Pratiques de Pharmacie Hospitalière
CBU :	Contrat de Bon Usage
CH :	Centre Hospitalier
CHCP :	Centre Hospitalier Charles Perrens
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CLCC :	Centre de Lutte Contre le Cancer
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
CTM :	Conciliation des Traitements Médicamenteux
DGOS :	Direction Générale de l'Organisation des Soins
DMP :	Dossier Médical Personnel
DP :	Dossier Pharmaceutique
DPI :	Dossier Patient Informatisé
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EIG :	Evènements Indésirables Graves
EM :	Erreur Médicamenteuse
EMIR :	Effets indésirables des Médicaments : Incidence et Risque
ENEIS :	Etude Nationale sur les Evènements Indésirables graves liés aux Soins
EPSM :	Etablissement Public de Santé Mentale
ES :	Etablissements de Santé
ESCP :	European Society of Clinical Pharmacy
ETP :	Equivalent Temps Plein
EUNetPaS :	European Union Network for Patient Safety
HAS :	Haute Autorité de Santé

HPST :	Hôpital, Patient, Santé, Territoire
IDE :	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
IGAS :	Inspection Générale des Affaires Sociales
IHI :	Institute for Healthcare Improvement
INR :	International Normalized Ratio
IPAQSS :	Indicateur de Performance sur l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
IPC :	Indicateur de Pratique Clinique
MCO :	Médecine Chirurgie Obstétrique
MR :	Medication Reconciliation indicateur
OMA :	Ordonnance des Médicaments à l'Admission
OMEDIT :	Observatoire des Médicaments des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques
OMS :	Ordonnance des Médicaments à la Sortie
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PUI :	Pharmacie à Usage Intérieur
SFPC :	Société Française de Pharmacie Clinique
SOP :	Standard Operating Procedure (Processus Opérationnels Standardisés)
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

La sécurisation de la prise en charge du patient ainsi que la lutte contre la iatrogénie sont des enjeux majeurs de santé publique. La diminution de la fréquence des événements iatrogènes médicamenteux évitables en ambulatoire et à l'hôpital est l'un des objectifs associés à la loi de santé publique votée en août 2004 (1).

Dans ce contexte ont été mises en place les Etudes Nationales sur les Evènements Indésirables graves liés aux Soins (ENEIS) de 2004 et 2009 (2) par la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) ainsi que l'étude EMIR (Effets indésirables des Médicaments : Incidence et Risques) menée en 2007 par le réseau des Centres Régionaux de Pharmacovigilance (CRPV) (3). Selon l'étude ENEIS, les Evènements Indésirables Graves (EIG) médicamenteux représentent 43% des EIG évitables. Près de 50% des EIG ayant motivé une hospitalisation étaient associés à des produits de santé dont 38,7% aux médicaments. Enfin, selon une étude de 2005, la iatrogénie serait à l'origine d'environ 130 000 hospitalisations/an et 10 000 décès/an (4).

Les moments de transitions de soins (admission, transferts, sortie d'hospitalisation), ont été identifiés comme des points critiques à l'origine d'erreurs médicamenteuses. C'est pour répondre à cette problématique que la Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM) et le lien « Ville – Hôpital » ont été développés.

Dans le cadre du développement d'activités de pharmacie clinique, au sein du Centre Hospitalier Charles Perrens, nous avons choisi de déployer la conciliation médicamenteuse.

Lors de l'initiation de ce projet, la première question a été pour quels patients réaliser la conciliation. Le choix de cibler le sujet âgé de plus de 65 ans effectué, nous nous sommes demandés comment mettre en place la conciliation dans les deux unités de gériatrie-psychiatrie.

De plus, suite à une revue de la bibliographie, nous avons constaté que les sources les plus fiables à consulter lors du recueil des médicaments à l'admission d'un patient n'étaient pas clairement identifiées. C'est pour cette raison que nous avons souhaité réaliser une étude comparative des sources d'informations.

Les premières études mettaient en avant un bénéfice pour les patients en lien avec cette activité. C'est pour cette raison que nous avons également souhaité mesurer l'impact clinique au sein de la cohorte choisie de patients hospitalisés en géro-psycho-geriatrie.

Par la suite, nous nous sommes posés la question suivante : Existe-t-il des différences entre une conciliation réalisée en établissement public de santé mentale par rapport à un établissement MCO ?

Dans la première partie de ce travail, nous verrons la place de la pharmacie clinique dans la pratique pharmaceutique actuelle. Puis, nous définirons la conciliation des traitements médicamenteux et ferons un état des lieux de la bibliographie ainsi que de sa mise en place effective en France. Enfin, un aperçu de la complexité de la prise en charge du sujet âgé en psychiatrie, nous permettra de comprendre l'intérêt de la conciliation chez ces patients.

Afin de répondre à toutes nos interrogations, nous décrirons, dans la deuxième partie, la mise en place de la CTM dans deux services de géro-psycho-geriatrie au Centre Hospitalier Charles Perrens. Les particularités de ce travail sont d'aborder une comparaison des sources d'informations afin d'optimiser la CTM et d'évaluer l'impact clinique de cette nouvelle activité.

PREMIERE PARTIE

Place de la pharmacie clinique en géro-psycho-geriatrie

Cette première partie descriptive positionne la pharmacie clinique, dans l'activité pharmaceutique actuelle, à travers sa définition, le contexte réglementaire et ses différentes activités. L'activité de conciliation des traitements médicamenteux est ensuite détaillée. Enfin, l'intérêt de sa mise en place est démontré dans notre établissement, au travers des spécificités de la population gériatrique et psychiatrique.

1. LA PHARMACIE CLINIQUE

1.1 La pharmacie en mouvement

La pharmacie est une discipline qui a su évoluer dans le temps. Jusque dans les années soixante, centrée sur la production et la délivrance de « remèdes », la pharmacie a répondu ensuite à de nouvelles attentes, avec des prestations plus larges de prise en charge thérapeutique du patient. La pharmacie clinique est ainsi née au début des années 1960 aux Etats Unis, suite à des erreurs médicamenteuses ou des événements iatrogènes. C'est lors d'une conférence, dans l'université du Wisconsin, que le Docteur John Autian, professeur à la faculté de pharmacie à l'université du Texas en 1961, a proposé l'expression « pharmacie clinique » pour la première fois (5). Aujourd'hui, il s'agit d'une discipline universitaire intégrée dans la formation du pharmacien.

1.2 Une définition universelle

L'étymologie grecque de « clinique » signifie « lit ». L'expression « pharmacie clinique » se traduit donc par la « pharmacie au lit du patient ». La définition, proposée par un pharmacien américain, Paul Parker, en 1969, donnait les bases du concept de soins pharmaceutiques (« Pharmaceutical Care ») (5). La pharmacie clinique était alors définie comme un « concept ou une philosophie mettant l'accent sur une utilisation plus sûre et appropriée des médicaments chez les patients ». Elle centrait son activité sur le patient et non uniquement sur le médicament (6).

Selon l'American College of Clinical Pharmacology (ACCP), la pharmacie clinique est « ... work directly with doctors, other health professionals, and patients to ensure that the medications prescribed for patients contribute to the best possible health outcomes. Clinical pharmacists ..., contributing to better coordination of care » (7). L'ACCP ajoute que :

« Clinical pharmacists:

- Provide a consistent process of patient care that ensures the appropriateness, effectiveness, and safety of the patient's medication use.
- Consult with the patient's doctor(s) and other health care provider(s) to develop and implement a medication plan that can meet the overall goals of patient care established by the health care team.

- Apply specialized knowledge of the scientific and clinical use of medications, including medication action, dosing, adverse effects, and drug interactions, in performing their patient care activities in collaboration with other members of the health care team.
- Call on their clinical experience to solve health problems through the rational use of medications.
- Rely on their professional relationships with patients to tailor their advice to best meet individual patient needs and desires. »

L'European Society of Clinical Pharmacy (ESCP) décrit la pharmacie clinique comme « a tool for better use of medicines, better health outcomes and a better use of health care resources » (8).

D'après la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC), la pharmacie clinique est « 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 dans l'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux pour le traitement des patients et ce par tous les moyens de formation, d'information, notamment au moyen de publications et de manifestations scientifiques nationales et internationales » (9).

Ainsi, qu'il s'agisse d'une vision américaine, européenne ou française, l'essentiel est que la pharmacie clinique se pratique en pluridisciplinarité. Le pharmacien clinicien travaille directement avec les professionnels de santé mais aussi avec les patients. D'après l'ESCP, il peut « évaluer l'état clinique du patient et déterminer la prescription la plus adaptée aux besoins du patient et aux objectifs de soins, évaluer la pertinence et l'efficacité des traitements médicamenteux... » (10). Le pharmacien est devenu ainsi un acteur indispensable pour discuter de la prise en charge thérapeutique de chaque patient mais aussi de son suivi.

1.3 La pharmacie clinique : une solution pour diminuer la iatrogénie médicamenteuse ?

La lutte contre la iatrogénie est un processus complexe qui nécessite de prendre en compte l'ensemble de la prise en charge du patient : les différentes étapes (prescription, dispensation, administration et suivi thérapeutique), les différents acteurs et les différents produits de santé.

En application de la réglementation et en respect du Contrat de Bon Usage (CBU) régional, les établissements de santé sont incités à mettre en œuvre une politique coordonnée de prévention et de maîtrise des événements indésirables liés aux médicaments, afin de garantir la sécurité de la prise en charge du patient (11).

Le réseau EUNetPaS (European Union Network for Patient Safety) est l'un des acteurs de la lutte contre la iatrogénie (12). Il se donne pour mission d'améliorer la sécurité des médicaments dans les hôpitaux en repérant les meilleures pratiques, en les transformant en recommandations et en les testant dans des hôpitaux sélectionnés. Ce réseau souhaite promouvoir la coopération et créer un réseau permanent d'hôpitaux particulièrement sensibilisés aux questions touchant la sécurité du patient. Le pharmacien est inclus dans cette prise en charge globale du patient.

1.4 Les activités de pharmacie clinique

Le concept de pharmacie clinique et son développement sont principalement d'origine nord-américaine (Etats-Unis, Canada) et anglaise. Cette pratique pharmaceutique s'est développée en grande partie suite à la publication d'études ayant mis en évidence un besoin urgent d'optimisation de la qualité d'utilisation des médicaments (que ce soit en terme de prescription, d'administration, ou de suivi thérapeutique) et ce, afin d'améliorer l'efficacité et la sécurité des traitements, tout en en diminuer les coûts (13).

Progressivement, au cours des 30 dernières années, des services de pharmacie clinique se sont développés dans les pays anglo-saxons. Ces derniers ont ciblé, dans un premier temps, des patients hospitalisés, mais se sont ensuite étendus à des patients en ambulatoire (13). A titre d'exemple, selon un rapport canadien de 2007-2008, les pharmaciens hospitaliers consacrent déjà une part importante de leur temps ($45\% \pm 17\%$) aux activités cliniques (14).

D'après J. Calop et al. (15), l'activité de pharmacie clinique, c'est « mettre sa culture pharmaceutique en application et contribuer à sécuriser et optimiser la thérapeutique du patient ». Les activités du pharmacien clinicien sont multiples mais ont toutes pour objectif commun, l'optimisation de la prise en charge médicamenteuse du patient.

La figure 1, ci-dessous, reprend les 14 activités pharmaceutiques, selon Bond et al. (16), pratiquées de manière centralisées ou décentralisées, parmi lesquelles la participation à la visite médicale, l'établissement de l'historique médicamenteux, l'éducation thérapeutique et la validation pharmaceutique des prescriptions...

Il a ainsi été montré dans une étude de Bond (17) que ces activités au niveau hospitalier permettaient de réduire le taux d'EM, grâce à la gestion des effets indésirables, à la participation aux visites, aux staffs médicaux et à la recherche de l'historique médicamenteux. Cette étude analysait une base de données regroupant les informations de 885 hôpitaux américains. Sept des quatorze activités de pharmacie clinique ont montré une diminution significative du taux de mortalité des patients, comme l'évaluation de l'utilisation des médicaments (4491 morts évitées), l'information des unités de soins sur le médicament (10

660) ou la pharmacovigilance (14 518). Cette étude a conclu à un impact des activités de pharmacie clinique sur le taux de mortalité des patients dans les établissements hospitaliers.

Type de service de pharmacie clinique	Description
<i>Services centralisés (au niveau de l'hôpital)</i>	
Évaluation de l'utilisation des médicaments	Évaluation par le pharmacien des pratiques de prescription de certains médicaments avec un rendu des résultats au niveau de l'hôpital (Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles, Commission médicale d'établissement)
Information sur le médicament	Le pharmacien assure de façon formalisée un service d'information sur le médicament pour les autres professionnels de santé
Formation des personnels de santé	Le pharmacien assure des séances de formation continue régulières auprès des autres professionnels de santé (médecins, infirmières...)
Recherche clinique	Le pharmacien participe à la recherche clinique en tant qu'investigateur principal ou co-investigateur et participe à la rédaction d'articles scientifiques
Pharmacovigilance/centre antipoison	Le pharmacien est capable de répondre à des questions relatives à la toxicité et au surdosage des médicaments en routine
<i>Services décentralisés (en relation directe avec le patient – au sein d'une unité de soins)</i>	
Historique médicamenteux à l'admission	Le pharmacien réalise un historique des traitements médicamenteux courant du patient à l'admission
Participation aux visites des médecins	Le pharmacien participe aux visites de service des médecins
Management des protocoles thérapeutiques	Le pharmacien, sur demande du médecin, fait les demandes de biologie si nécessaire et initie les traitements médicamenteux ou ajuste les dosages afin d'obtenir l'effet clinique recherché
Consultation pharmacocinétique	Le pharmacien assure le suivi pharmacocinétique des médicaments à marge thérapeutique étroite
Suivi thérapeutique	Le pharmacien assure le suivi thérapeutique des médicaments à surveillance particulière (exclut le suivi pharmacocinétique)
Gestion des effets indésirables médicamenteux	Le pharmacien évalue les EI potentiels au cours de l'hospitalisation du patient et en assure le suivi avec le médecin
Conseil au patient (éducation)	Le pharmacien assure un conseil aux patients pendant l'hospitalisation ou au moment de la sortie
Participation à l'équipe de nutrition parentérale	Le pharmacien participe au suivi des patients sous nutrition parentérale
Participation à l'équipe de réanimation	Le pharmacien est un membre actif de l'équipe de réanimation

Figure 1 : Les services de pharmacie clinique. Figure traduite de Bond et al. (16)

Ces activités de pharmacie clinique se pratiquent en milieu hospitalier mais également en officine. En effet, la SFPC définit, dans son référentiel de pharmacie d'officine, des activités telles que les « entretiens pharmaceutiques » réalisés en ville, qui permettent d'encadrer la prise en charge du patient au niveau de l'initiation de son traitement en passant par l'observance et le suivi de ce traitement (18). Cette activité fait d'ailleurs l'objet d'une rémunération dans le cadre de certains traitements ou pathologies (ex : traitements des patients sous AVK ou asthmatiques), mais aussi de l'éducation thérapeutique dont les projets peuvent être conduits par un établissement de santé, au sein d'une maison médicale ou dans le cadre d'une association (18).

La discipline de pharmacie clinique a repositionné le rôle du pharmacien avec une volonté de recentrer son champ d'action, ses compétences et connaissances sur le patient. Le pharmacien est, à ce jour, de plus en plus sensibilisé que ce soit lors de ses études ou lors de son expérience professionnelle au travers de recommandations, congrès...

1.5 Textes réglementaires

Ces différents textes réglementaires rappellent l'importance de la lutte contre la iatrogénie.

1.5.1 L'instruction N°DGOS/PF2/2012/352 du 28 septembre 2012

Cette instruction (19) a pour but de favoriser le retour d'expériences pluri-professionnelles sur les événements indésirables. Ce retour contribue « à construire une culture de sécurité et à mettre en œuvre, suivre et évaluer des actions d'amélioration de prise en charge des patients et de la sécurité des soins ». L'instruction insiste sur la dimension transversale impliquant tous les professionnels de santé dont le pharmacien.

1.5.2 Le manuel de certification V2010

Dans le manuel de certification (20), le chapitre 20a sur la prise en charge médicamenteuse du patient fait indirectement allusion à la pharmacie clinique en précisant que « le travail en équipe et les échanges réguliers entre les équipes de la pharmacie et des secteurs doivent être développés ».

1.5.3 Autres textes réglementaires

Tous ces textes traitent de la qualité de la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé (liste, par ordre chronologique, non exhaustive) impliquant le pharmacien:

- Bonnes pratiques de pharmacie hospitalière de 2001 (BPPH) (21).
- Décret n°2007-1428 du 3 octobre 2007 relatif aux Pharmacies à Usage Intérieur (PUI) et modifiant le code de la santé publique (22).
- Article L 6111-2 du Code de la Santé Publique du 23 Juillet 2009 : les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités. Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et la iatrogénie, définissent une politique du médicament et des dispositifs

médicaux stériles (23).

- Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé (24).
- Circulaire N°DGOS/PF2/2012/72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé(25).
- Décret n°2012-1131 du 5 octobre 2012 relatif à la consultation et à l'alimentation du dossier pharmaceutique par les pharmaciens exerçant dans les pharmacies à usage intérieur (26).

Ces textes, relativement récents, positionnent le rôle du pharmacien dans la lutte contre la iatrogénie et l'importance d'un travail pluridisciplinaire entre les différents acteurs de soins, mais il n'existe pas, à ce jour, à travers les textes de loi, de définition du pharmacien clinicien.

1.6 Le lien « Ville – Hôpital »

La pharmacie clinique est une discipline qui se pratique aussi bien en ville qu'à l'hôpital mais elle nécessite avant tout une communication entre ces deux secteurs. Les expériences de lien « Ville – Hôpital » sont en pleine expansion suite à une très forte demande des professionnels et encouragées par le cadre réglementaire.

1.6.1 Communication entre médecins

Les médecins appliquent depuis longtemps le lien « Ville – Hôpital » avec le courrier ou la lettre de sortie d'hospitalisation d'un patient, le Dossier Médical Personnel (DMP) et les messageries instantanées sécurisées. Cette communication entre les spécialistes et les généralistes est indispensable et représente une part significative de leur activité.

Qu'ils exercent en ville ou dans un établissement hospitalier, les médecins partagent le souci d'une continuité des soins pour leurs patients. Au quotidien, les relations entre médecins de ville et hospitaliers semblent avoir lieu essentiellement lors de l'hospitalisation d'un patient, en particulier au moment de son entrée et de sa sortie (27).

En Novembre 2001, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) a publié une évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé qui s'intitulait « Préparation de la sortie d'un patient hospitalisé » (28). Elle précisait que ce « processus ne peut s'envisager que dans une approche pluri-professionnelle centrée sur le patient où le rôle de chacun est défini. La sortie d'un patient doit permettre d'assurer la continuité de l'information médicale, en la relayant par le compte rendu d'hospitalisation ou la lettre de sortie ». Ce document, destiné au médecin de ville ou à la structure de transfert, a un contenu réglementé. Son envoi doit être effectué sous 8 jours (29).

Certaines mesures en France, telles que la création du Dossier Médical Personnel (Décembre 2010) et la mise en place de la Carte Vitale (1997), ont pour objectif de faciliter la communication en permettant l'accès et la circulation de l'information entre les différents professionnels de santé concernés.

1.6.2 Communication entre pharmaciens

Pour les pharmaciens, le lien « Ville – Hôpital » semble plus occasionnel et moins formalisé. En effet, le pharmacien d'officine ou hospitalier peut appeler un de ses confrères pour un renseignement sur les traitements médicamenteux dispensés à un patient, afin de faciliter l'analyse pharmaceutique et la dispensation.

L'amélioration de la prise en charge pharmaco-thérapeutique du patient, en particulier lors des points critiques entre les soins (à savoir : lors d'une hospitalisation, d'un transfert ou d'une sortie), ne se résume pas à l'implication de l'équipe pharmaceutique dans les soins ou à des échanges interprofessionnels facilités dans l'établissement mais doit s'étendre à tous les professionnels de santé, quelque soit leur lieu d'exercice.

De nombreuses équipes pharmaceutiques commencent à mettre en place ce type d'échange transversal en élaborant un courrier afin d'assurer cette transmission d'information entre la ville et l'hôpital :

- L'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM) a mis en place une fiche de liaison ville-hôpital à la sortie (30). Celle-ci s'intitule « Documents de liaison pharmaceutique » et regroupe les informations essentielles du patient comme ses coordonnées et celles des professionnels de santé intervenant dans son parcours de soins (médecin traitant, pharmacien d'officine, infirmier(e)...) mais aussi des « observations et remarques » sur la prescription.
- Au CHU de Grenoble, une unité de soins gériatriques a mis en place une fiche de liaison ville-hôpital afin d'explicitier les modifications de traitements entre l'entrée et la sortie du patient (31) (annexe 1).

Le Dossier Pharmaceutique (DP) est un outil professionnel pharmaceutique (32). Il a été créé par la loi du 30 janvier 2007 relative à l'organisation de certaines professions de santé. Sa mise en œuvre a été confiée au Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. Développé pour lutter contre la iatrogénie, les interactions médicamenteuses, les redondances de traitements et l'amélioration du suivi thérapeutique, il s'intègre donc parfaitement dans cette démarche de lien « Ville – Hôpital ». Son contenu est enregistré sur la carte vitale du patient. Son utilisation en pratique courante facilite la communication entre les pharmaciens en leur fournissant la liste exhaustive des médicaments dispensés en ville et bientôt à

l'hôpital. Il se veut être un outil de communication incontournable pour la circulation de l'historique médicamenteux. Cependant, il exclut certains produits non médicamenteux (comme les compléments alimentaires, vitamines et autres) et ne donne qu'une information partielle : absence de la posologie, de la durée de traitement, du médecin prescripteur, de la particularité d'administration (par exemple : « oeil droit » pour un collyre). Au 21 juillet 2014, 33 217 104 DP ont été créés, 22 297 pharmaciens officinaux et 120 PUI sont connectés au DP (33).

1.6.3 La communication médecin - pharmacien

Dans certains domaines (oncologie, virologie avec le VIH et les hépatites...), la coordination ville-hôpital est organisée au travers de réseaux. Ce sont des structures associatives qui veillent à ce que les principes de qualité de prise en charge des patients et la continuité des soins soient respectés. Nombre d'entre eux sont à l'origine d'un lien ville-hôpital grâce à leur proximité avec le patient et les différents intervenants. Ainsi, le réseau « Onco Poitou Charente » a développé une fiche de liaison ville-hôpital afin de regrouper un maximum d'informations pouvant être utiles à tous les professionnels du parcours de soins du patient (34). Le réseau oncologie de Besançon a créé un logiciel de prescription commun des chimiothérapies et des autres traitements entre la ville et l'hôpital. Il permet à plusieurs établissements (CHRU de Besançon, CH de Montbéliard...) d'accéder à l'historique d'un patient, de prescrire, de préparer, d'administrer les chimiothérapies et de transférer les prescriptions en ville (35).

A présent, avec le développement de la pharmacie clinique dans les services de soins, de nombreux hôpitaux mettent en place ce document, destiné aux pharmaciens d'officine, quelque soit son nom : « Fiche de liaison pharmaceutique », « Courrier pharmaceutique », « Bilan médicamenteux »... Ce sont des documents élaborés au sein du centre hospitalier et récapitulant des informations essentielles sur le patient mais aussi sur sa prescription. Ainsi, le pharmacien d'officine prend connaissance de l'ensemble des traitements médicamenteux et des raisons associées aux modifications. Les informations suivantes sont regroupées : motif d'hospitalisation, données biologiques, modifications de traitement, prescription de sortie et coordonnées du pharmacien hospitalier.

De la même façon, le pharmacien hospitalier a besoin de connaître les antécédents, les allergies, les traitements habituels des derniers mois (Dossier Pharmaceutique) et les habitudes de vie du patient. Cette étape permet d'optimiser le suivi médicamenteux et de sécuriser les transitions dans le traitement du patient.

La SFPC définit les objectifs du lien « Ville – Hôpital » au niveau des pharmacies (36):

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

2. LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

2.1 Définition

L' « Institute for Healthcare Improvement » (IHI) (37) définit la conciliation médicamenteuse comme « the process of creating the most accurate list possible of all medications a patient is taking — including drug name, dosage, frequency, and route — and comparing that list against the admission, transfer, and/or discharge orders. The goal is to ensure that all correct medications are to the patient and to prevent unintended changes or omissions of medications at all transition points ».

Au sein du projet High 5s, la conciliation des traitements médicamenteux est un processus formel dans lequel les professionnels de santé doivent collaborer avec les patients pour assurer un transfert d'informations médicamenteuses précis et complet au niveau des interfaces de soins. Elle implique une méthode systématique pour l'obtention d'un historique des médicaments et la comparaison de ces informations à l'ordonnance des médicaments afin d'identifier et de résoudre des divergences éventuelles (38).

En France, la définition, retrouvée dans la littérature, est « un processus interactif et pluri-professionnel qui garantit la continuité des soins en intégrant, à une nouvelle prescription, les traitements en cours du patient. Elle favorise la transmission d'informations complètes et exactes des traitements du patient entre professionnels de santé notamment à son admission dans un établissement de soins » (39–41). Elle est couramment appelée « conciliation médicamenteuse ».

2.2 Cadre réglementaire

2.2.1 La loi « HPST » (42)

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite loi « HPST » (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) inscrit comme priorité une « territorialisation des politiques de santé permettant que les actions de préventions, les soins et les prises en charges médico-sociales s'articulent et se complètent, sans rupture de continuité pour le patient ou la personne ». La Commission médicale d'établissement (CME) doit « contribuer à l'élaboration de la politique d'amélioration continu de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne : la lutte contre la iatrogénie et les événements indésirables liés aux activités de l'établissement et l'organisation du parcours de soins ». Un renforcement de la continuité du parcours de soins est préconisé depuis sa mise en application. Les transitions lors du parcours de soins notamment les entrées à l'hôpital (ou les sorties) sont des points critiques dans le parcours de soins des patients.

C'est pourquoi le rapport IGAS n°063, intitulé « Le circuit du médicament à l'hôpital », de Mai 2011 recommande d'accélérer 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, la désignation du pharmacien correspondant, les coopérations entre professionnels et l'éducation thérapeutique (43).

2.2.2 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 (44)

L'article 8 de ce décret indique que la direction de l'établissement doit mettre en place une étude des risques encourus par le patient, liés à la prise en charge médicamenteuse. Cette étude comprend les dispositions prises pour « réduire les événements jugés évitables à chaque étape, comme la prescription que ce soit à l'admission ou à la sortie... ». « Elles doivent porter une attention particulière lors des transferts du patient au sein de l'établissement ou dans un autre établissement... »

2.2.3 Le manuel de certification V2010 (20)

Il précise que la continuité du traitement médicamenteux est organisée de l'admission jusqu'à la sortie, transfert inclus. Cette continuité de prise en charge du patient nécessite de «prendre en compte le traitement à l'admission du patient, de documenter l'exhaustivité du traitement médicamenteux lors de transfert et de la sortie et d'établir une coordination efficace avec les professionnels de ville». L'établissement doit informer le patient de la nécessité de transmettre aux professionnels son traitement personnel à l'admission, en conformité avec les procédures rédigées. De plus, les prescriptions à l'admission ainsi qu'à la sortie, doivent tenir compte du traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation. Le critère 20a est une Pratique Exigible Prioritaire de la certification v2010. Le chapitre 24a ajoute que les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels en aval dans les règles de confidentialité.

Ce cadre réglementaire incite à la sécurisation des prescriptions tout le long du parcours de soins du patient, c'est à dire de l'entrée, au transfert et à la sortie du patient. Ainsi, la conciliation des traitements médicamenteux n'est pas clairement citée mais c'est bien son processus qui est décrit.

2.3 Origine de la conciliation médicamenteuse

Au niveau mondial, le travail des High 5s (38,45,46) porte sur l'amélioration de la sécurité des patients par la mise en œuvre de pratiques standardisées. Il a débuté en 2006 sous la directive de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). En 2007, Les ministres de la santé de huit pays et une ville (Australie, Canada, France, Allemagne, Pays-Bas, Arabie saoudite, États Unis d'Amérique, Royaume-Uni et Singapour) décident de participer à ce projet qui a pour objectif d'évaluer des Processus Opérationnels Standardisés (SOP) afin de réduire, de manière significative, pérenne et mesurable la survenue de cinq grands problèmes de sécurité. Ils regroupent :

- La prévention des erreurs de site et de procédure en chirurgie. L'étude est centralisée par les Etats Unis. Une phase test est en cours au centre de lutte contre le cancer Léon Bérard à Lyon.
- Le bon usage des médicaments injectables à haut niveau de risque. L'étude est menée par le Royaume-Uni.
- Les erreurs de communication au cours des transmissions relatives à la prise en charge du patient.
- La lutte contre les infections nosocomiales associées aux soins.
- La sécurité de la prise en charge médicamenteuse aux points de transition – admission, transfert, sortie.

L'évaluation de l'impact de la mise en œuvre de ces protocoles est intégrée au projet.

La Haute Autorité de Santé (HAS), avec le soutien du ministère de la santé, s'est engagée en 2009 à la participation au projet des High 5s. Deux SOPs ont été retenus portant sur la mise en œuvre et l'évaluation de :

- la prévention des erreurs de site et de procédure en chirurgie «Check Safe Surgery».
- la conciliation médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins «Medication Reconciliation ».

Le SOP Med'Rec (pour « Médication Réconciliation ») a été développé et coordonné par le Canada. La France a été choisie pour procéder à la phase test. Celle-ci est en cours de réalisation dans huit sites : CH de Lunéville, de Compiègne, de Grenoble, de St Marcellin, la clinique de Moutier-Rozeille, CHU de Nîmes, de Strasbourg et de Bordeaux. L'OMEDIT Aquitaine accompagne les établissements dans le projet Med'Rec.

Le SOP Med'Rec a été mis en œuvre chez les patients considérés « à risque », c'est à dire âgés de plus de 65 ans, admis au service des urgences puis hospitalisés dans un service de court séjour. Pour chacun de ces patients entrant aux urgences, un processus de conciliation a été mis en place lors de l'admission à l'hôpital. Les établissements concernés ont pu choisir individuellement d'élargir le nombre de patients pouvant bénéficier de la conciliation médicamenteuse. Toutefois, les données soumises pour l'amélioration de la qualité, requises par le projet High 5s, ne seront que celles concernant les patients qui répondent aux critères d'inclusion définis. Les établissements sont libres d'ajouter des mesures supplémentaires pour évaluer l'amélioration, mais ils doivent appliquer des indicateurs définis par le SOP et fournir leurs résultats. Le terme de ce projet est prévu en 2015.

2.4 Les objectifs de la conciliation médicamenteuse

L'objectif de la CTM est de palier à la méconnaissance des traitements en cours d'un patient, source de iatrogénie médicamenteuse. En effet, il est fréquemment rapporté dans la littérature, une augmentation des risques de surdosages, d'interactions médicamenteuses ou d'absence de traitement d'une pathologie connue (47), aux points de transitions (38,46). Ce risque iatrogène est à l'origine d'Erreur Médicamenteuse (EM) évitable. Au vu de la fréquence et des conséquences des EM, celles-ci doivent être au centre des préoccupations de l'ensemble des acteurs du circuit du médicament. La conciliation médicamenteuse s'est alors présentée et développée telle une solution possible, depuis plusieurs années en Amérique du Nord, puis plus récemment en Europe.

L'objectif est d'obtenir une information sûre et exhaustive sur les traitements d'un patient afin de garantir la continuité des soins. La CTM permet d'éviter des changements involontaires ou des omissions de médicaments lors de la prescription hospitalière (37). La conciliation médicamenteuse est donc une étape essentielle dans la sécurisation du parcours de soins du patient. Elle utilise un mode opératoire précis afin d'éviter des prescriptions inexactes ou incomplètes pour obtenir le bilan comparatif des médicaments destiné à assurer une communication précise et cohérente des informations sur les médicaments. La figure 2 ci-dessous présente schématiquement l'activité de conciliation médicamenteuse d'après le projet des High 5s.

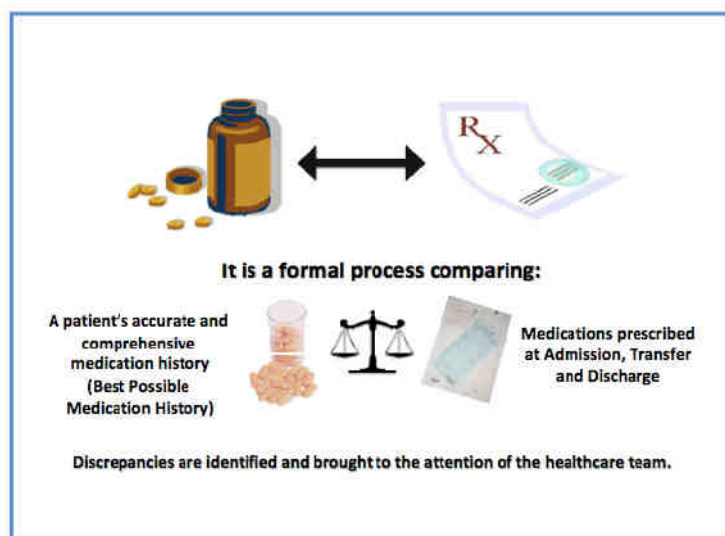


Figure 2 - Description de l'acte de conciliation médicamenteuse

L'intérêt de la CTM peut être illustré par l'exemple, ci-dessous. Il est extrait du « Getting started kit » du SOP Med Rec (38).

« Une femme âgée a été admise dans un service médical avec comme diagnostic une pneumonie acquise communautaire. Un traitement par antibiotique approprié a été mis en place. Deux jours plus tard, la patiente a présenté un infarctus du myocarde. Il a été constaté qu'un bêta-bloquant avait été omis à l'admission. Cet incident s'est produit suite à la non prescription, involontaire, d'un médicament habituel nécessaire à l'admission dans le service. »

La SFPC attribue des objectifs plus vastes à la conciliation médicamenteuse allant de la pharmacie clinique à la pharmaco-économie (39) :

- « Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient tout au long de son parcours de soins,
- prévenir ou intercepter et corriger les erreurs médicamenteuses détectées dues aux défauts d'informations entre l'exercice libéral et l'exercice hospitalier,
- contribuer à la maîtrise des dépenses de santé par la diminution des coûts de prise en charge des événements indésirables médicamenteux qui sont associés à la mise en œuvre de traitements correcteurs et/ou à la ré-hospitalisation non programmée des patients. »

La conséquence majeure est l'évitement de la survenue d' EM et donc d'évènements indésirables potentiellement graves. La mise en place de la conciliation médicamenteuse vise à la suppression des points critiques dans le parcours de soins du patient car la prise en charge médicamenteuse est (39):

- mieux coordonnée entre les professionnels de ville en lien avec ceux des hôpitaux, par la discussion partagée des informations sur les traitements des patients,
- plus performante, notamment dans le cadre de la pharmacie clinique, quand sont associés à la conciliation, l'analyse pharmaceutique des traitements et la révision de la prescription.

L'objectif de la CTM est donc de pallier aux inexactitudes de l'historique médicamenteux à l'entrée du patient dans un service de soins, pouvant être à l'origine de la duplication de traitements, d'apparition d'interactions médicamenteuses, de discontinuité de traitement, de prescription d'un traitement inadapté, ou encore d'échec de détection des événements iatrogènes. A la sortie du patient, la non détection de ce type d'erreurs peut aussi amener à des interactions médicamenteuses, à la duplication de traitements ou encore à des effets indésirables et ainsi, engendrer une augmentation de la iatrogénie et des coûts.

Le patient se trouve tout naturellement au centre de ce processus de conciliation. Cette activité sous-entend une collaboration pluridisciplinaire « Ville - Hôpital » optimale. La conciliation s'intègre dans les activités de pharmacie clinique dans nos établissements.

2.5 Réalisation de la conciliation médicamenteuse

Un guide, « Getting started kit », destiné à aider les cliniciens et les dirigeants des établissements de santé dans la réalisation d'un bilan comparatif des médicaments et dans son organisation, a été élaboré par le SOP Med'Rec des High 5s (38). Il décrit étape par étape le processus de la conciliation. Ces différents points sont repris ci-dessous.

2.5.1 Qui réalise la conciliation ?

Au sein du projet Med'Rec, il apparaît que tout professionnel de santé peut réaliser la CTM (38).

D'après A. Brulebois, il semble que le pharmacien soit le professionnel de santé , en tant que spécialiste du médicament, le plus à même de réaliser cette activité et peut remplacer le médecin et les infirmières dans cette activité (48).

En effet, Rabi et al. (49) ou Nester et Hale (50) ont montré que l'historique médicamenteux assuré par un pharmacien clinicien était plus complet et plus précis que lorsqu'il était réalisé par une infirmière ou un médecin.

De même, Bond et al. (16,17) ont mis en évidence que la réalisation d'un historique médicamenteux par un pharmacien à l'admission était associée à une réduction de la mortalité, probablement en raison de la mise en évidence précoce des EM et donc de leur prise en charge plus rapide. Ainsi, ils ont mis en évidence une réduction significative de plus de 84% du nombre d'EIM dans les hôpitaux dans lesquels un historique médicamenteux est réalisé en routine par les pharmaciens (51). Selon Bond (16) (cf. figure 1), l'historique médicamenteux à l'admission fait partie des missions du pharmacien clinicien.

En 2005, Taul et al. (52) prévoyait déjà que l'établissement de l'historique médicamenteux pourrait devenir une tâche habituelle du pharmacien au moment de l'admission des patients.

2.5.2 A quel moment du parcours de soins la réaliser ?

Dans notre système de santé, les points de transition « Ville - Hôpital », du processus de soins constituent une période de vulnérabilité et des erreurs médicamenteuses peuvent en résulter (38). Dans ce contexte, de plus en plus de pays recommandent la mise en place d'un processus de sécurisation du circuit du médicament lors des transferts des patients. La figure 3 ci-dessous met en évidence les points critiques du parcours de soins.

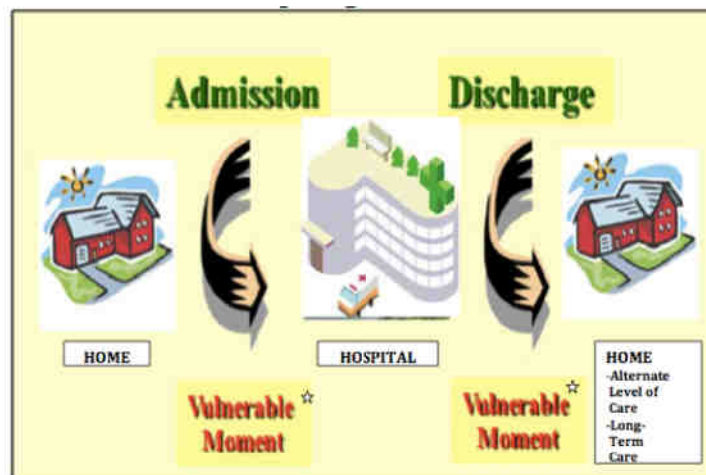


Figure 3 - Points de transition du parcours de soins d'un patient (38)

A travers la littérature, le risque iatrogène en lien avec les interfaces du parcours de soins du patient est très documenté :

- D'après Forster et al. (53), dans une étude prospective, 23% des patients d'un hôpital canadien ont un événement indésirable à la sortie, dont 72 % en lien avec des médicaments.
- Pour Wong et al. (54), 71% des patients avaient au moins une erreur médicamenteuse sur leur prescription de sortie avec, pour la grande majorité, une ligne de prescription incomplète (50%) ou une omission d'un médicament (22%).
- D'après Sullivan et al. (55), plus de 67 % des historiques médicamenteux des patients comportent une ou plusieurs erreurs.
- Selon l'IHI (56), 50% des EM surviennent au moment de la rédaction d'une nouvelle ordonnance à l'entrée ou à la sortie du patient de l'hôpital.

L'objectif recherché de la conciliation médicamenteuse est la continuité des soins, essentielle pour la réduction de la iatrogénie et l'optimisation des traitements (57).

2.5.3 Pour quelle(s) population(s) ?

Le projet Med'Rec cible les personnes âgées de plus de 65 ans , hospitalisées après un passage aux urgences en service de courts séjour (46). D'après la SFPC, la conciliation est particulièrement indiquée pour des populations à plus haut risque de iatrogénie comme les personnes âgées polymédiquées, les enfants et adolescents, les malades chroniques, les patients hospitalisés en urgence et les autres situations à risques (par exemple : des personnes handicapés) (39).

2.5.4 Les différents types de conciliation médicamenteuse

La conciliation médicamenteuse peut s'effectuer selon deux modèles : La conciliation dite « proactive » ou « rétroactive ».

- La conciliation médicamenteuse dite « proactive » (figure 4)

La liste des médicaments avant l'admission (Best Possible Medication History : BPMH) est établie avant la rédaction de la première ordonnance (Admission Medication Orders : AMO). La CTM est alors une méthode de prévention des erreurs médicamenteuses.

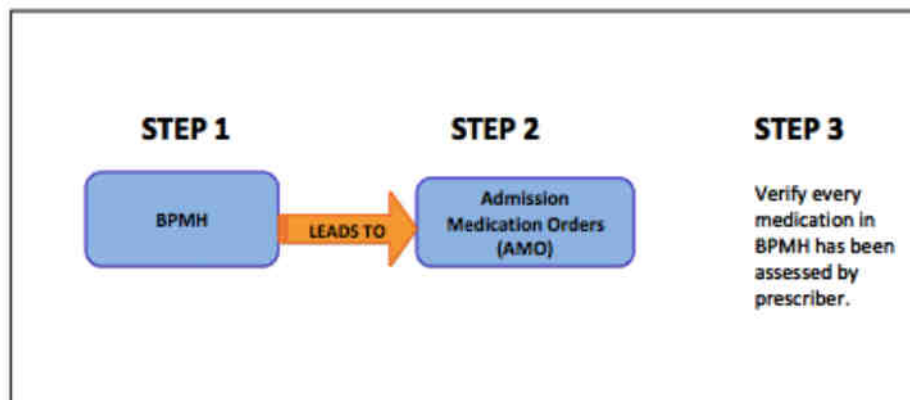


Figure 4- Proactive Medication Reconciliation Model (38)

➤ La conciliation médicamenteuse dite « rétroactive » (figure 5).

La liste des médicaments est établie après rédaction de la première ordonnance à l'admission.
Dans ce cas, c'est une méthode d'interception des erreurs médicamenteuses.

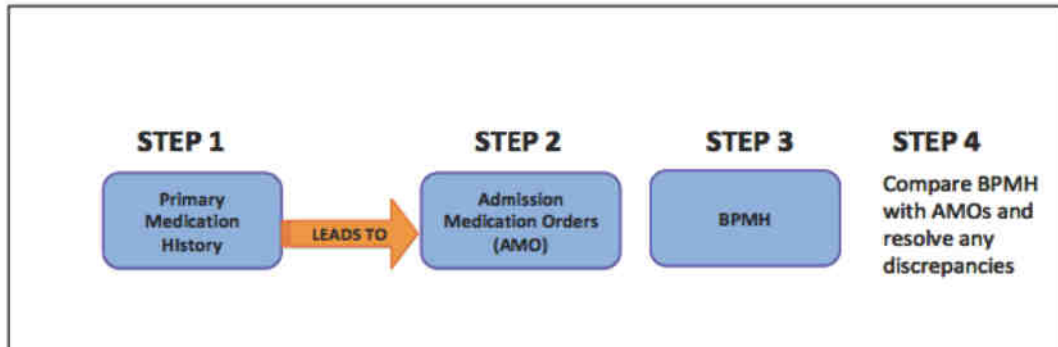


Figure 5 - Retroactive Medication Reconciliation Model

2.6 Etapes de la conciliation des traitements médicamenteux

Il s'agit d'un processus en 4 étapes (figure 6).

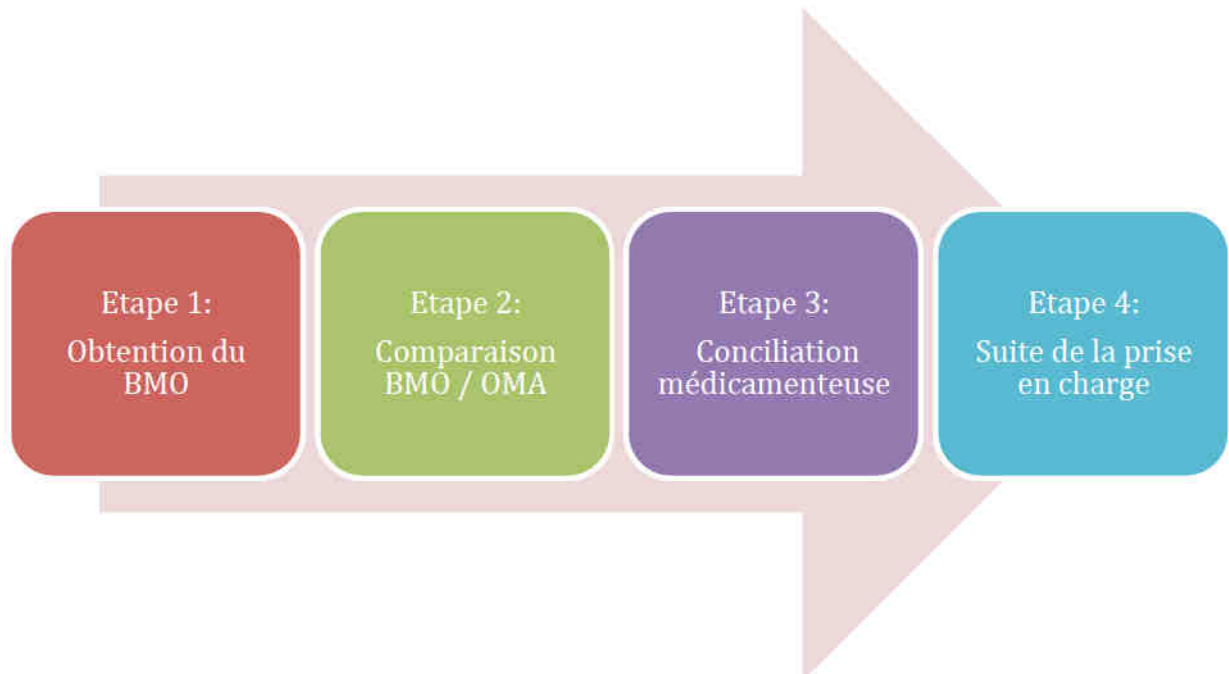


Figure 6 - Schéma décrivant les étapes de la CTM d'entrée

La première débute par l'obtention d'un Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO) selon Med'Rec (40). A travers la littérature, on retrouve le terme de « BMO » (retenu dans notre établissement), de « juste liste des médicaments » selon Bonhomme et al. au CH de Lunéville (58), de « meilleur historique médicamenteux possible » d'après le projet des High 5s (38)... Cette étape associe une recherche active des informations sur les traitements du patient et la formalisation de la liste exhaustive et complète des médicaments.

2.6.1 Etape 1 : Obtention du BMO

2.6.1.1 Recherche d'informations sur le traitement du patient

Cette recherche se réalise en contactant des sources d'informations afin d'élaborer une liste de médicaments. Les sources d'informations sont nombreuses. Il peut s'agir de personnes ou de documents apportant une information plus ou moins complète sur les médicaments pris par le patient avant son entrée à l'hôpital. Pour élaborer cette liste, il est nécessaire de conduire un entretien avec le patient et son entourage ainsi qu'avec les professionnels de santé de ville ou d'autres établissements de soins. Les ordonnances, les courriers des médecins ainsi que les bases de données telles que le Dossier Patient Informatisé (DPI) ou le Dossier Pharmaceutique (DP) sont à consulter. Si les médicaments du domicile sont apportés par le patient, ils constituent une autre source d'informations utile (38). La figure 7, ci-dessous, répertorie le type de sources d'informations utilisées pour l'élaboration du BMO.

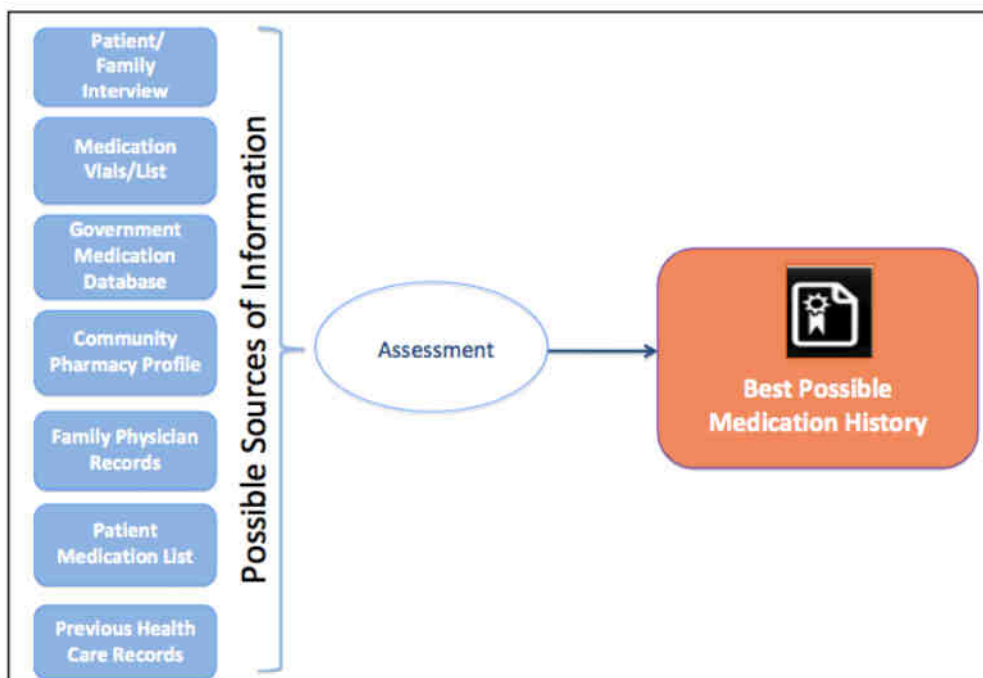



Figure 7- Méthodologie d'élaboration du Bilan Médicamenteux Optimisé (38)

Ce recueil d'informations est facilité par l'utilisation d'outils (38) tels que :

- Un guide pour recueillir la liste des traitements, qui rendent les entretiens plus précis et efficaces (figure 8)



Introduction

- Introduce self and profession.
- I would like to take some time to review the medications you take at home.
- I have a list of medications from your chart/file and want to make sure it is accurate and up to date.
- Would it be possible to discuss your medications with you (or a family member) at this time?
 - Is this a convenient time for you? Do you have a family member who knows your medications that you think should join us? How can we contact them?

Medication Allergies

- Are you allergic to any medications? If yes, what happens when you take (allergy medication name)?

Information Gathering

- Do you have your medication list or pill bottles (vial) with you?
- Use *show and tell* technique when they have brought the medication vials with them
 - How do you take (medication name)?
 - How often or When do you take (medication name)?
- *Collect information about dose, route and frequency for each drug. If the patient is taking a medication differently than prescribed, record what the patient is actually taking and note the discrepancy.*
- Are there any prescription medications you (or your physician) have recently stopped or changed?
- What was the reason for this change?

Community Pharmacy

- What is the name and location of the pharmacy you normally go to? (*Anticipate more than one.*)
 - May we call your pharmacy to clarify your medications if needed?

Over the Counter (OTC) Medications

- Do you take any medications that you buy without a doctor's prescription? (*Give examples, i.e., Aspirin.*) If yes, how do you take (OTC medication name)?

Vitamins/Minerals/Supplements

- Do you take any vitamins (e.g. multivitamin)? If yes, how do you take (vitamin name(s))?
- Do you take any minerals (e.g. calcium, iron)? If yes, how do you take (minerals name(s))?
- Do you use any supplement (e.g. glucosamine, St. John's Wort)? If yes, how do you take (supplements name(s))?

Eye/Ear/Nose Drops

- Do you use any eye drops? If yes, what are the names? How many drops do you use? How often? In which eye?
- Do you use ear drops? If yes, what are the names? How many drops do you use? How often? In which ear?
- Do you use nose drops/nose sprays? If yes, what are the names? How do you use them? How often?

Inhalers/Patches/Creams/Ointments/Injectables/Samples

- Do you use inhalers?, medicated patches?, medicated creams or ointments?, injectable medications (e.g. insulin)? For each, if yes, how do you take (medication name)? *Include name, strength, how often.*
- Did your doctor give you any medication samples to try in the last few months? If yes, what are the names?

Antibiotics

- Have you used any antibiotics in the past 3 months? If so, what are they?

Closing

This concludes our interview. Thank you for your time. Do you have any questions?

If you remember anything after our discussion please contact me to update the information.

Note: Medical and Social History, if not specifically described in the chart/file, may need to be clarified with patient.

Adapted from University Health Network

Figure 8 - Guide d'entretien pour le recueil du BMO (SOP Med'Red)

- Des recommandations afin d'obtenir une liste exhaustive et exacte (figure 9)

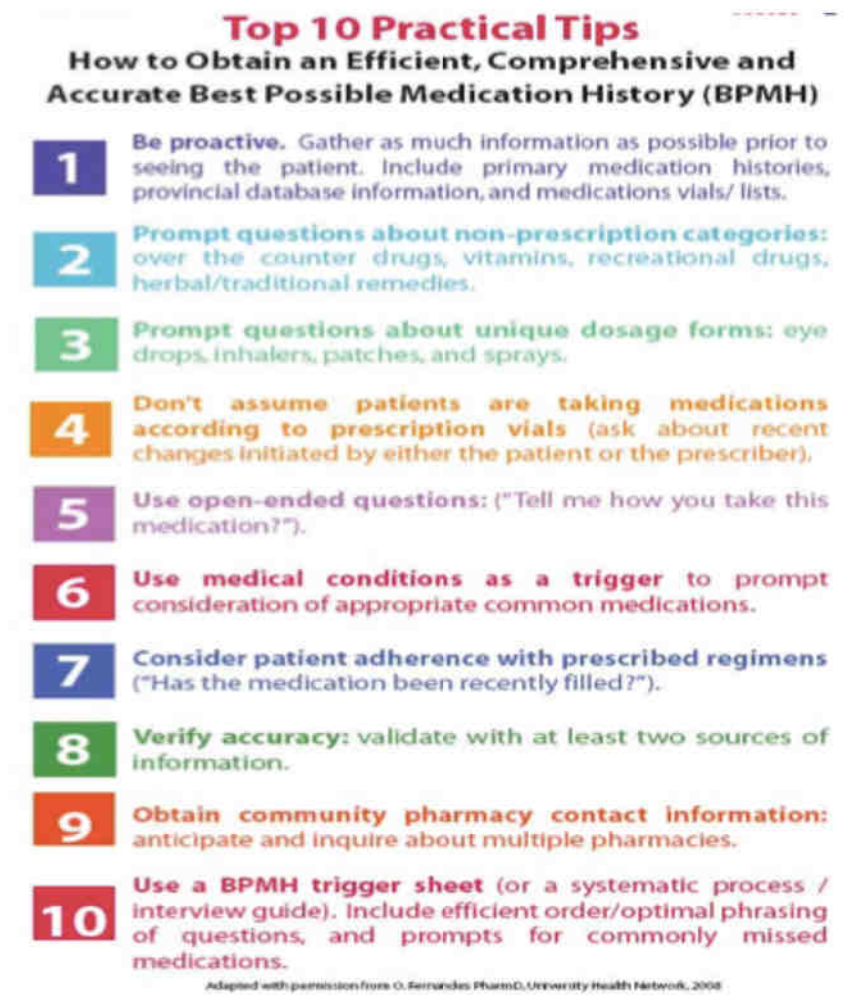


Figure 9 -Top 10 Practical Tips(38)

La CTM positionne le patient comme acteur dans la sécurité de sa prise en charge. Elle s'intègre parfaitement dans le concept de pharmacie clinique centrée sur le patient. Le fait qu'un patient soit potentiellement dans l'incapacité à participer à un entretien (troubles cognitifs, aphasie ou autres), n'empêche pas la conciliation grâce à l'utilisation d'autres sources d'informations comme les médicaments qu'il a pu apporter ...

2.6.1.2 Formalisation du Bilan Médicamenteux Optimisé

Le BMO recense tous les médicaments retrouvés dans au moins deux sources d'informations différentes (38). Cependant, il peut être pertinent de croiser au moins 3 sources d'informations, voire plus, pour garantir l'obtention d'une liste exacte (39). Le BMO doit être le plus précis possible que ce soit dans les noms de spécialité, les dosages, les formes galéniques et les posologies. Les patients ne prenant pas uniquement des médicaments sur prescriptions, il est donc tout aussi important de connaître de façon exhaustive la liste des médicaments pris en automédication. En conclusion, le BMO contient tous les médicaments, qu'ils soient pris ou omis par le patient, et prescrits ou non par un médecin, y compris l'automédication, les compléments alimentaires, la phytothérapie...

Le BMO, nécessaire pour la CTM, correspond à un relevé instantané des traitements pris ou non par le patient, qu'ils soient prescrits ou non par un médecin (17). Il est à différencier de l'historique médicamenteux (38). Le BMO s'effectue un jour donné, lors de l'admission du patient dans le service, alors que l'historique médicamenteux se fait sur une période donnée et reflète l'évolution des traitements du patient au cours du temps.

Le BMO validé est ensuite archivé dans le dossier patient (papier ou informatique).

2.6.2 Etape 2 : Comparaison du BMO à l'OMA

L'OMA (Ordonnance des Médicaments à l'Admission) est la prescription médicamenteuse rédigée à l'admission d'un patient dans l'établissement. Nous y retrouvons les médicaments pris habituellement par le patient avant son hospitalisation (identifiés par un bilan médicamenteux préliminaire) et éventuellement des médicaments prescrits suite à l'admission face à la prise en compte d'une situation clinique (exemple : antalgiques). L'objectif de cette comparaison est de mettre en évidence les écarts entre le BMO et l'OMA. Ceux-ci sont caractérisés avec des qualificatifs comme « poursuivi », « suspendu », « arrêté », « modifié », « substitué » et « ajouté ».

2.6.3 Etape 3 : La conciliation médicamenteuse proprement dite

Elle consiste en un échange, avec l'équipe médicale, au sujet des écarts mis en évidence lors de la précédente comparaison du BMO avec l'OMA. Ces écarts sont qualifiés de « divergences ». Il s'agit de discuter de la connaissance ou non de la présence d'un médicament (spécialité, forme galénique, dosage, posologie) et de la documentation dans le dossier patient de cette différence.

2.6.4 Etape 4 : La poursuite de la prise en charge du patient

La comparaison entre le BMO et l'OMA aboutit à la correction ou l'élaboration d'une nouvelle prescription. Cette démarche se formalise par sa traçabilité dans le dossier patient informatisé.

Nous pouvons résumer la CTM comme un processus de double contrôle, réalisé pour assurer la continuité des traitements des patients lors de l'hospitalisation. Il s'agit d'un processus formalisé au cours duquel s'établit une forte collaboration entre les professionnels de santé et le patient. La figure 10 suivante reprend les différentes étapes décrites précédemment de la CTM.

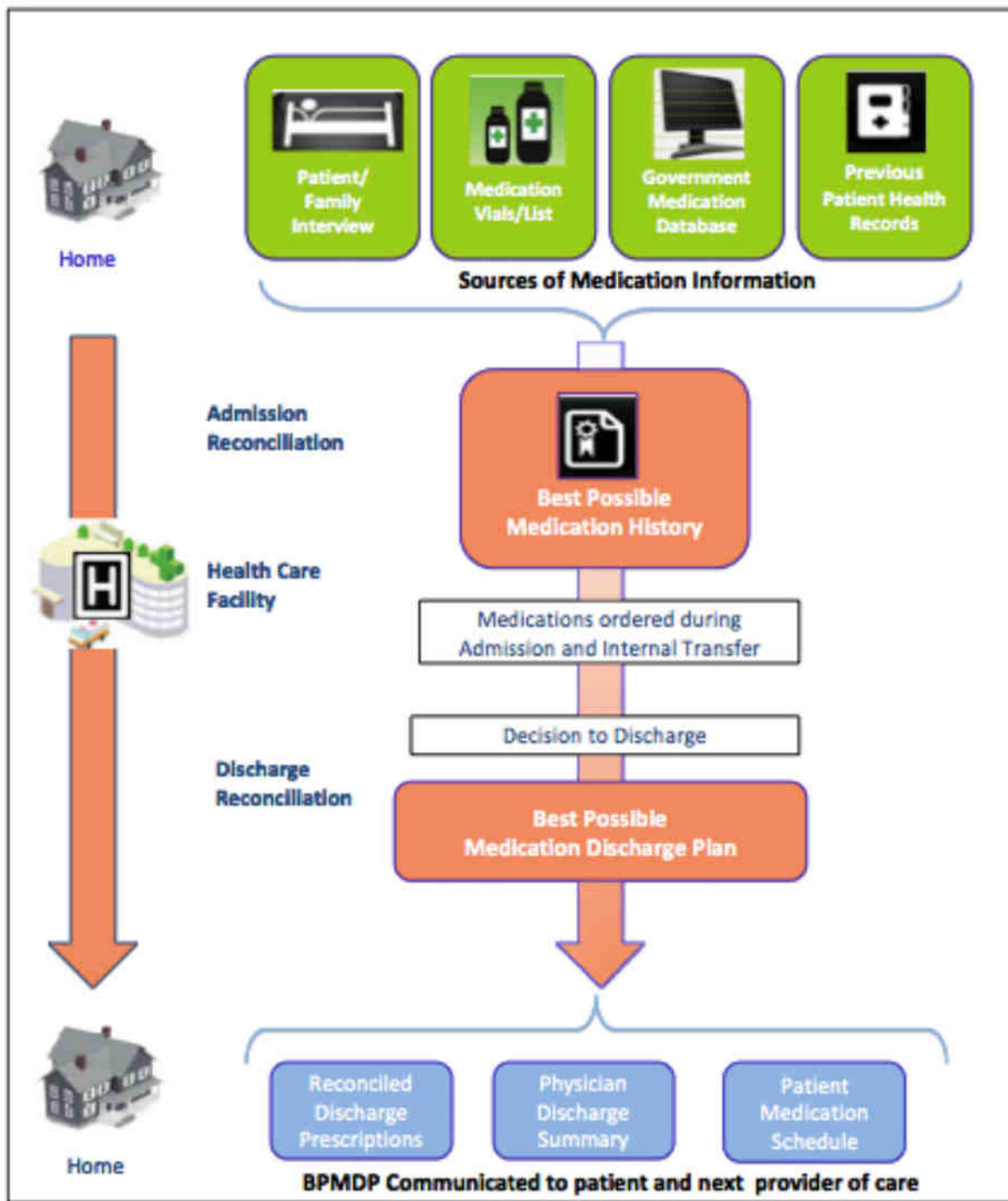


Figure 10 – Schéma récapitulatif des différentes étapes de la conciliation (38)

2.7 L'analyse des écarts

2.7.1 Les divergences

Dans la conciliation médicamenteuse, une « divergence » peut être définie comme une différence concernant un médicament, entre le BMO et l'OMA. La nature de celle-ci peut être très variable et peut concerner l'absence du médicament dans l'une des deux listes, mais aussi une posologie, une forme ou un dosage différents entre les deux listes. Les divergences, révélées lors de la conciliation médicamenteuse, sont parfois à l'origine d'erreurs médicamenteuses.

La SFPC a d'ailleurs défini l'Erreur Médicamenteuse (EM) comme « un écart par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient. L'EM 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 évènement indésirable pour le patient. L'erreur médicamenteuse peut concerner une ou plusieurs étapes du circuit du médicament, telles que la prescription, la dispensation, l'analyse des ordonnances, la préparation galénique, le stockage, la délivrance, l'administration, l'information donnée au patient, le suivi thérapeutique, mais aussi les interfaces dans le circuit du médicament, telles que les transmissions entre les professionnels de santé ou les transcriptions. » (59)

Parmi les erreurs médicamenteuses évitées par la conciliation médicamenteuse (38), nous retrouvons de façon non exhaustive:

- un défaut de prescription de médicaments pris à domicile,
- un dosage ou une forme galénique ou une posologie incorrects,
- des traitements en double,
- une incertitude concernant la poursuite ou l'arrêt de traitement ponctuel ou non agréé aux collectivités,
- la duplication d'un traitement à la sortie, résultant de remplacement ou substitution d'un médicament non référencé dans les hôpitaux.

2.7.2 Les règles de caractérisation des divergences (40)

La méthode pour caractériser une divergence est composée de deux étapes (38):

➤ La caractérisation du niveau informationnel de la divergence.

Il est nécessaire de regarder si cette différence est documentée dans le dossier patient, en toute lettre (par exemple : arrêt du Seresta® pour cause de somnolence).

○ Si cette information apparaît dans le dossier, la divergence est documentée, donc voulue par le médecin: elle se décrit donc comme une **Divergence Intentionnelle Documentée (DID)**.

○ Si l'information n'est pas reportée dans le dossier du patient, c'est une **Divergence Non Documentée (DND)**. Une DND ne représente généralement pas une menace immédiate pour la sécurité des patients. Cependant, elle peut conduire à des erreurs de prescription par la suite. C'est ainsi que les DND peuvent être réduites par une standardisation de la méthode de documentation des prescriptions à l'admission.

➤ L'intention du prescripteur, uniquement pour les DND.

Il est nécessaire de connaître la volonté du prescripteur : « A-t-il voulu cette différence ou au contraire, est-ce une méconnaissance ? ».

○ Si la divergence est voulue, on parle de **Divergence Intentionnelle Non Documentée (DIND)**. Dans ce cas, en mesure corrective, l'information doit être tracée dans le dossier patient.

○ Dans le cas où la divergence est issue d'une méconnaissance, nous parlons de **Divergences Non Intentionnelles (DNI)** qui peuvent être à l'origine d'erreurs médicamenteuses. La mesure corrective correspond à une réévaluation ou une modification de la prescription en cours.

Selon les pratiques, ces deux étapes peuvent être réalisées dans un ordre différent. Selon E. Dufay, le critère informationnel est à observer en premier puis l'intentionnalité est évaluée, comme le montre la figure 11 suivante (40).

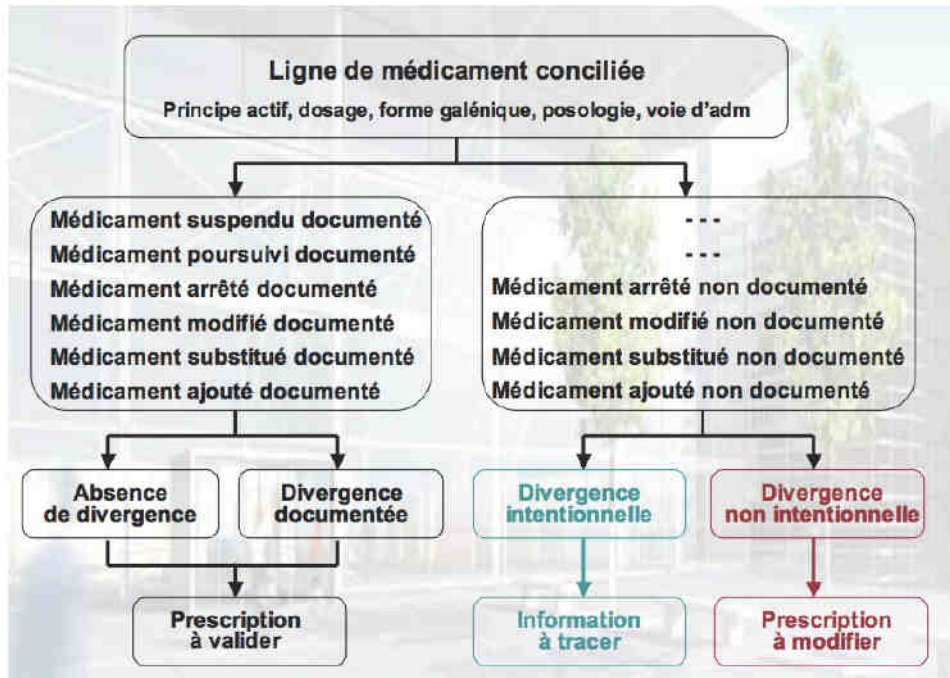


Figure 11 - Le chemin décisionnel lors de la conciliation

Au contraire, les recommandations du SOP Med'Red évaluent d'abord le critère intentionnel puis le critère d'information (cf. figure 12).

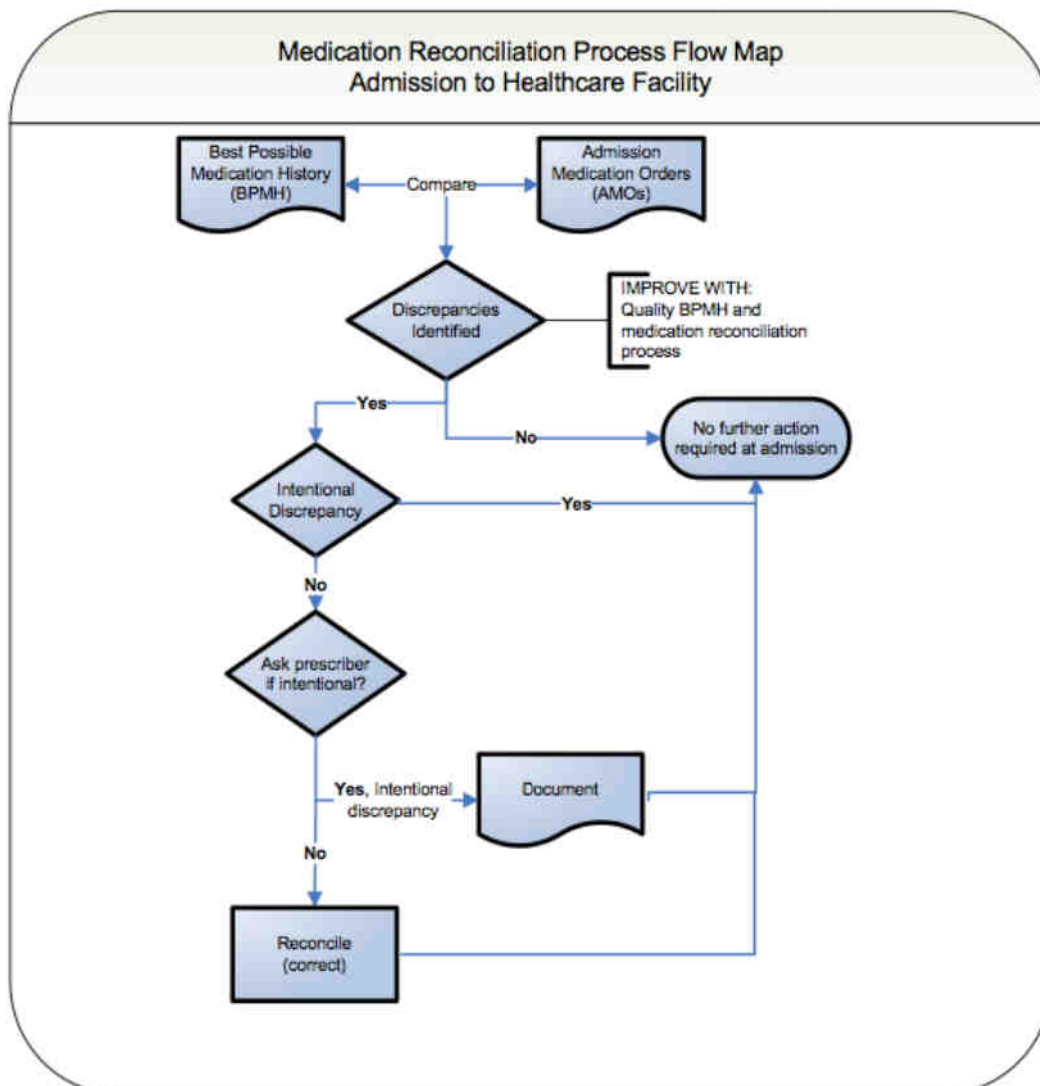


Figure 12 - Identifier et caractériser les divergences lors de la conciliation médicamenteuse (38)

2.8 Evaluation de la conciliation médicamenteuse

Le SOP Med'Rec aide à déterminer l'impact de la CTM grâce à la mesure de l'amélioration et de la qualité de la réalisation de la CTM. Il décrit 4 indicateurs, permettant l'évaluation du processus mais aussi l'expression des résultats de la conciliation médicamenteuse, appelés MR (38).

➤ **MR1** est une mesure de processus visant à déterminer le degré d'implantation de la conciliation dans l'établissement et à évaluer si le système fonctionne comme prévu. C'est le pourcentage de patients conciliés dans les 24 heures après leur admission.

$$= \frac{\text{Number of eligible patients receiving medication reconciliation within 24 hours}}{\text{Number of eligible patients admitted}^*} \times 100$$

* refers to all patients who meet eligibility criteria

Figure 13 - Critère MR1 selon Med'Rec (38)

Le projet High 5s fixe comme objectif 100%. Cet indicateur permet aux équipes pratiquant la conciliation de mesurer leur capacité à concilier le plus de patients possible. La limite de 24 heures est un objectif à atteindre et permet d'intercepter les erreurs médicamenteuses potentielles. Idéalement, la pratique de la conciliation médicamenteuse en proactive serait optimale.

➤ **MR2** est le nombre moyen de Divergences Intentionnelles Non Documentées par patient.

$$= \frac{\text{Number of undocumented intentional discrepancies in sample}}{\text{Number of eligible patients in sample}^*}$$

* refers to all patients (in a random sample of at least 30 patients) who have received formal medication reconciliation and who meet eligibility criteria

Figure 14 - Critère MR2 selon Med'Rec

Il s'agit d'un indicateur de la clarté de communication entre prescripteurs, c'est à dire que la documentation de toutes modifications de prescriptions doit être tracée dans le dossier patient. Ces écarts ou « DIND », peuvent prêter à confusion lors de prescriptions ultérieures et donc doivent nécessiter un travail additionnel. L'objectif de la conciliation médicamenteuse est d'améliorer la communication en réduisant au minimum le nombre de DIND.

- **MR3** est le nombre moyen de Divergences Non Intentionnelles par patient.

$$= \frac{\text{Number of unintentional discrepancies in sample}}{\text{Number of eligible patients in sample}^*}$$

* refers to all patients (in a random sample of at least 30 patients) who have received formal medication reconciliation and who meet eligibility criteria

Figure 15 - Critère MR3 selon Med'Rec

Il s'agit d'une mesure des divergences non intentionnelles qui intègrent des erreurs d'omission et tout autre type de DNI. Si non résolues, ces divergences peuvent être à l'origine d'erreurs médicamenteuses avec un impact clinique pour le patient. La CTM doit réduire le nombre de DNI. La cible à atteindre en pratique pour les équipes est un objectif d'amélioration de 75% par rapport à la ligne de base ou un objectif absolu de 0,3 DNI par patient.

- **MR4** est le pourcentage de patients avec au moins une divergence non intentionnelle.

$$= \frac{\text{Number of patients with at least one unintentional discrepancy}}{\text{Number of eligible patients in sample}^*} \times 100$$

* refers to all patients (in a random sample of at least 30 patients) who have received formal reconciliation medication and who meet eligibility criteria

Figure 16 - Critère MR4 selon Med'Rec

Ce critère permet de traduire l'impact de l'intervention de la CTM. MR4 est une mesure « centrée sur le patient ». L'objectif consiste à réduire le pourcentage de patients avec au moins un écart involontaire.

La SFPC donne des indicateurs permettant d'évaluer le degré d'implantation de la conciliation dans les établissements (IPAQSS CM1) et l'impact de la pratique de la conciliation des patients (IPC CM2) (39).

$$\text{CM1} = \frac{\text{Nombre de patients conciliés} \times 100}{\text{Nombre de patients éligibles}}$$

$$\text{CM2} = \frac{\text{Nombre de patients} \geq 1 \text{ EM corrigée} \times 100}{\text{Nombre de patients conciliés}}$$

2.9 La CTM dans la littérature

2.9.1 A l'entrée

L'étude de Lau et al. (60), qui mesure les écarts entre les historiques médicamenteux figurant dans le dossier médical et ceux définis à l'aide des traitements pris en officine, a inclus 304 patients. Parmi les traitements utilisés avant l'hospitalisation, 26% ne figurent pas dans le dossier médical et on retrouve au moins une erreur pour 67% des patients.

Burda et al. (61) ont montré, dans une étude réalisée en chirurgie, qu'il y avait au moins un écart entre l'historique médicamenteux de l'anesthésiste et celui du chirurgien pour 73% des patients.

D'après les expériences de Cornish (62) et de Zoni (63), les erreurs médicamenteuses sont principalement des omissions et concernaient majoritairement les médicaments du SNC ou cardiovasculaires.

2.9.2 A la sortie

Nous retrouvons peu d'études traitant exclusivement de la conciliation à la sortie. Quelques expériences de conciliation réalisées à l'entrée et à la sortie décrivent des résultats similaires. Cette pauvreté bibliographique peut être expliquée par l'absence de description des étapes de conciliation à la sortie dans le projet des High 5s et au fait que celui-ci ne donne pas d'indicateur pour suivre son processus et ses résultats (38).

Selon les auteurs Wong (54) et Vira (64), plus de 40% des prescriptions de sortie contiennent au moins une erreur médicamenteuse. Presque la moitié de ces erreurs sont des prescriptions incomplètes ou des manques d'informations.

Dans le tableau 1 suivant, nous avons résumé, dans l'objectif de comparer les résultats de la mise en place de la CTM dans différents établissements, les données sur la conciliation médicamenteuse de deux thèses, une communication orale et neuf articles.

Tableau 1 - Synthèse bibliographique sur la conciliation médicamenteuse

	<u>Burda et al (61)</u>	<u>Cornish et al (62)</u>	<u>Dufay et al (40)</u>	<u>Zoni et al (63)</u>
Publication :	Article	Article	Présentation	Article
Type de document	Qual Saf Health	Arch intern Med	HAS	Eur J Intern Med
Date	Care	Février 2005	2012	Décembre 2012
Lieu	Décembre 2005	Canada	CH de Lunéville	
Population :		Médecine interne		
Service	2 services de chirurgie	Patients > 4 médicaments	Services de court séjour	
Patient			Patients de plus de 65 ans	
Age moyen		77 ans	passant aux urgences	
Nombre de patients	79	151	482	162
CTM d'entrée :				
Type de CTM			56,4% de CTM < 24h	
Durée de CTM	988 lignes de traitement	rétroactive (<24h)	70,2 % CTM rétroactive	1959 lignes de traitements
Taux de CTM < 24H			CTM en 30 min	
Divergences :				
Nombre de D	73% patients avec > 1 D	140 D soit 0,93 D / patient	41,40 % patient > 1 EM	3,5 - 1,8 % DNI
Nombre de DI		53,6% patient > 1EM		23,7% patients > 1 EM
Nombre de DNI				
Type d'EM (=DNI)		46,4% omission	61% omission,	50 - 75% omission
Classes ATC		26,6% médicaments du SNC et 25,9% CV	23 % dosage erroné	27,5 % CV > 15,8 % SNC > 5,8 % ophtalmo
Impact clinique		61% détérioration clinique peu probable 33% modérée 5,7 % sévère	Echelle de la SFPC des EM	Non
CTM de sortie :				
Nombre de DI	Non	Non		Non
Nombre d'EM				
Autres	Différence observée entre le BMO réalisé par l'anesthésiste et le chirurgien	Réalisée par les pharmaciens ou les internes en médecine ou pharmacie		Comparaison de 2 phases avant et après mise en place CTM

	<u>Lau et al (60)</u>	<u>Reliquet (65)</u>	<u>Tam et al (52)</u>	<u>Pérennes et al (66)</u>
Publication :	Article	Thèse	Article	Article
Type de document	BJCP	Juin 2014	CMAJ	Press Med
Date	Juin 2000		Aout 2005	Septembre 2011
Lieu		CHU de Bordeaux	Méta-analyse	CH de Brest
Population :	Services de court séjour	Gériatrie		Médecine interne
Service	2 hôpitaux		22 études	> 65 ans
Patient		87 ans		
Age moyen	71,5 ans			78 ans
Nombre de patients	304	123	3755	61
CTM d'entrée :				
Type de CTM	1239 lignes de traitements	77,4 % CTM <24h		CTM en 53 min
Durée de CTM		7,64 médicaments / patient		7 médicaments / patient
Taux de CTM < 24H				
Divergences :		9,24 D / patient		
Nombre de D	67% patients > 1 D	8,7 DI / patient	19 – 75% DNI (5 études)	61% des D sont DI
Nombre de DI		21,4 % DID	27 – 54 % patients > 1 DNI	0,62 DNI / patient
Nombre de DNI		0,54 DNI / patient		41% patients > 1 EM
		32% patients > 1 EM		
Type d'EM (=DNI)	26 % Omission	59% omission	Omission principalement CV > Sédatif > Antalgique	76 % omission CV > psycho > ophtalmo
Classes ATC				
Impact clinique	Non	Evaluation avec l'échelle des High 5s (évaluation du préjudice)	11 – 59% impact clinique important (6 études)	50 – 76 % conséquences cliniques pour le patient
CTM de sortie :				
Nombre de DI	Non	Non		CTM en 80 min
Nombre d'EM				
Autres				Evaluation de l'impact par le médecin et le pharmacien

	<u>Wong et al (54)</u>	<u>Vira et al (64)</u>	<u>Sullivan et al (55)</u>	<u>Brulebois (48)</u>
Publication :	Article	Article	Article	Thèse
Type de document	Ann Pharmacother	Qual Saf Health Car	J Nurs Care Qual	CH de Voiron
Date	Octobre 2008	Avril 2006	2005	Octobre 2010
Lieu		Canada		
Population :				MCO
Service	Médecine interne	Patients choisis au		Tous les patients
Patient	Hospitalisés plus de	hasard		
Age moyen	72h			72,4 ans
Nombre de patients	150	60		102
CTM d'entrée :				
Type de CTM				
Durée de CTM		CTM en 15-25 min		Oui
Taux de CTM < 24H				
Divergences :				7 DI / patient
Nombre de D		17% patients > 3 EM		1,7 DNI/ patient
Nombre de DI		2,3 EM / patient		28,4% prescriptions sans EM
Nombre de DNI				EM
Type d'EM (=DNI)				
Classes ATC		72 % omission		Omission principalement
Impact clinique (IC)	29,5% inconfort ou détérioration clinique	CTM entrée : 18% IC significatif cliniquement	CTM entrée : 22% EM entraînant un préjudice pour le patient	
		CTM sortie : 29% IC avec inconfort et détérioration clinique	CTM sortie : 59% EM entraînant un préjudice pour le patient	
CTM de sortie :				
Nombre de DI	41,4% patients > 1 DNI	41 % patients > 1 EM		4,1 DI/ patient
Nombre d'EM	49,5% prescriptions incomplètes, 22,9% omission 27% médicaments CV, 22% digestifs	18% patients > 3 EM 51% manque d'information		1,9 EM /patient
Autres	Uniquement CTM de sortie			Pas de réel BMO Mais une comparaison avec les ordonnances du domicile

2.10 Etat des lieux français de la mise en place de la CTM dans les établissements

Dans ce contexte de développement de la conciliation des traitements médicamenteux au niveau mondial, il nous a semblé pertinent, à la pharmacie du CHCP, de savoir quel est son niveau d'implantation dans les pratiques des établissements français et comment les établissements l'ont mise en place. Nous avons donc rédigé et diffusé un questionnaire, conjointement avec le CHU de Nice (Christelle Boczek, pharmacien assistant, qui avait déjà entrepris cette démarche).

2.10.1 Elaboration du questionnaire

2.10.1.1 Cibles du questionnaire

Ce questionnaire informatique était destiné aux pharmaciens exerçant dans tous types d'Etablissements de Santé (ES) : CHU, CH, EPSM, CLCC, mais aussi privés : cliniques, EHPAD...

2.10.1.2 Objectif

L'objectif est d'avoir un aperçu de la mise en place de la conciliation médicamenteuse en France indépendamment des publications existantes sur le sujet. Ce questionnaire a été élaboré grâce au logiciel Linux® et diffusé via l'ADIPh (Association pour le Développement de l'Internet en Pharmacie).

2.10.1.3 Points abordés

Le questionnaire (annexe 2) comportait 29 questions balayant toutes les étapes de la conciliation médicamenteuse. Les points clés abordés sont :

- Type d'établissement, nombre de lits.
- L'évaluation de la connaissance théorique de la CTM.
- La pratique courante de la CTM dans les ES : un aperçu du développement de la mise en place de la CTM.
- Les sources d'informations utilisées pour la réalisation de la CTM.
- L'impact clinique et médico-économique de la CTM : évaluation et méthode d'évaluation.

2.10.2 Résultats de l'enquête

Il y a eu 147 participations au questionnaire mais seulement 76 établissements ont répondu à toutes les questions (soit 51,7%).

2.10.2.1 Contexte

La partie « contexte » décrivant les établissements qui ont répondu au questionnaire, comprenait plusieurs questions :

- Le type d'établissement : tous les types d'établissements sont représentés comme le montre la figure 17 suivante (76 réponses) avec une majorité de CH.

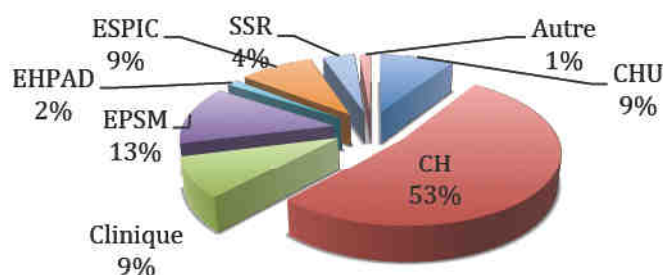


Figure 17 – Type d'établissements ayant répondu au questionnaire

- Le nombre de lits par établissement : celui-ci est assez hétérogène d'un établissement à l'autre comme le montre la figure 18 suivante.

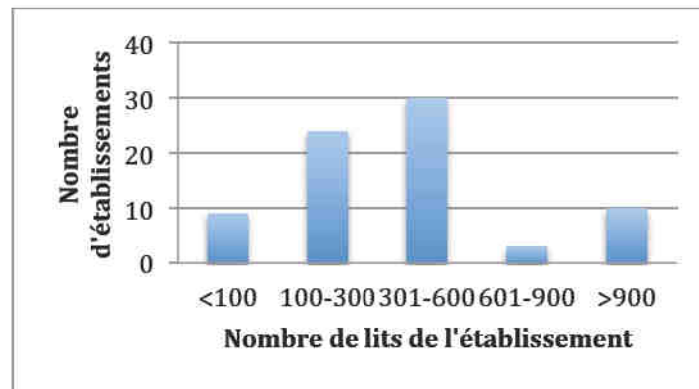


Figure 18 - Nombre de lits des établissements

- Le nombre moyen de pharmaciens par établissement : il est de 3,8 Equivalent Temps Plein (ETP) pharmaciens (min : 0,5 – max : 25) (figure 19).

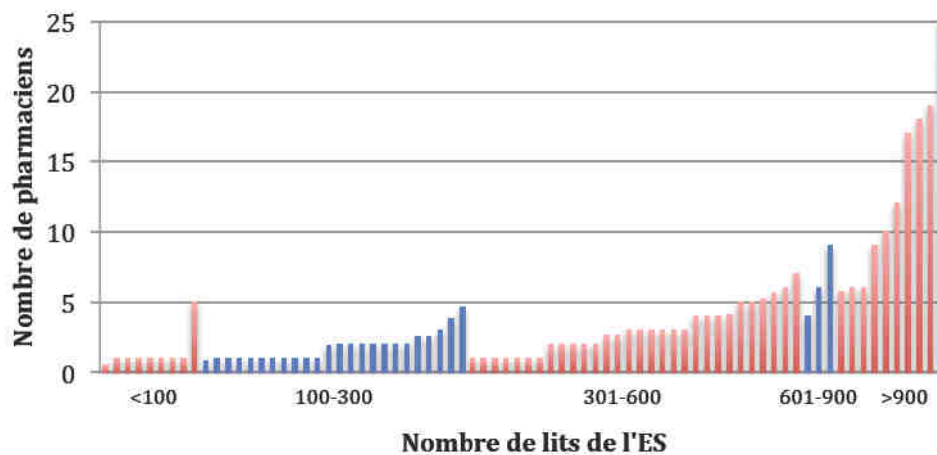


Figure 19 - Nombre de pharmaciens en fonction de la taille de l'établissement

2.10.2.2 Connaissance de la CTM

Sur les 76 établissements ayant répondu, une grande majorité d'entre eux semble connaître la CTM.

- 86,4% affirment connaître la conciliation (66 établissements)
- 13,6% ne connaissent pas la conciliation (10 établissements)

La figure 20, ci-dessous, montre la répartition des établissements connaissant « Oui » ou « Non » la CTM parmi les établissements répondants.

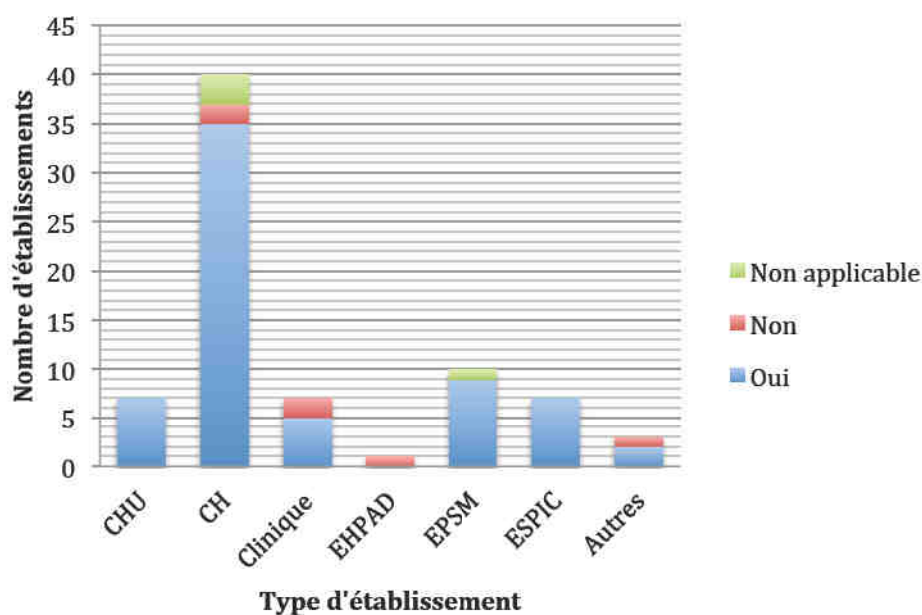


Figure 20 - Connaissance de la CTM par type d'établissement

La pratique réelle de la CTM est nettement plus partielle (figure 21).

- 23,7% des pharmaciens ayant répondu la réalisent dans leur établissement (18/76)
- 63,2 % ne la pratiquent pas (48/76)
- 13,1% n'ont pas répondu à la question (10/76)

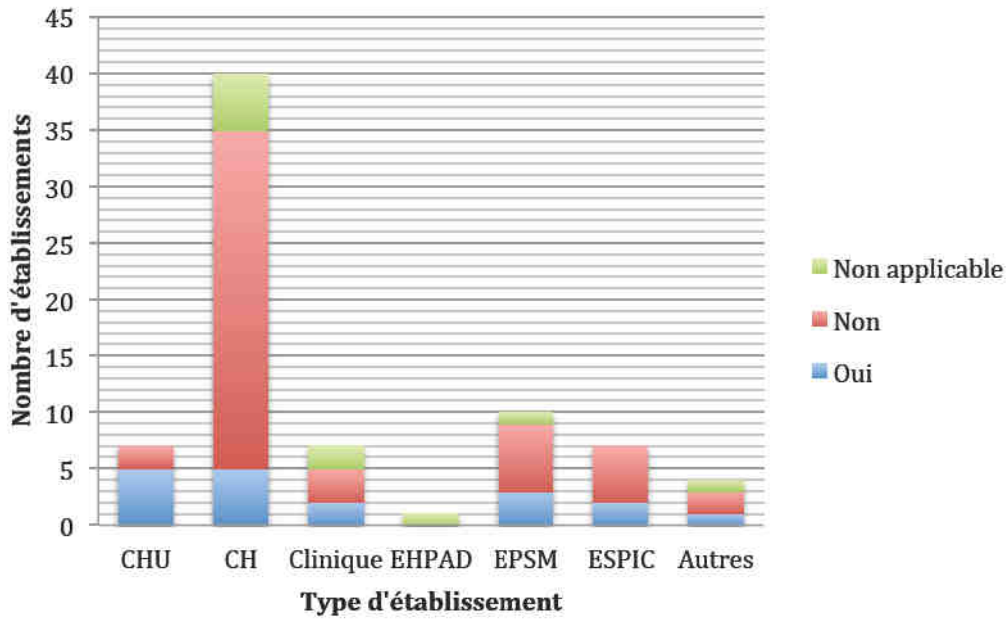


Figure 21 - Pratique de la CTM selon le type d'établissement

Ce sont des problématiques de temps et de disponibilité de personnel qui sont fréquemment mis en avant pour expliquer l'absence de pratique de la CTM (figure 22).

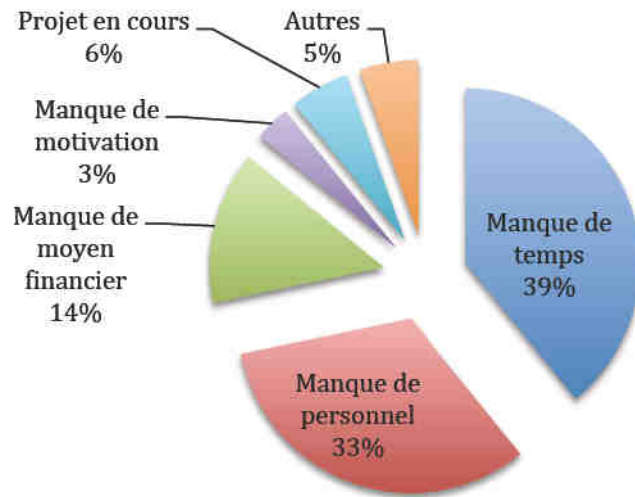


Figure 22 - Motifs de non application de la CTM

2.10.2.3 Pratique française de la CTM

La réalisation de la conciliation en France a été évaluée sur les 18 établissements pratiquant la CTM.

- Le nombre de lits conciliés par établissement : 205 lits (min : 14 - max : 1400) (figure 23).

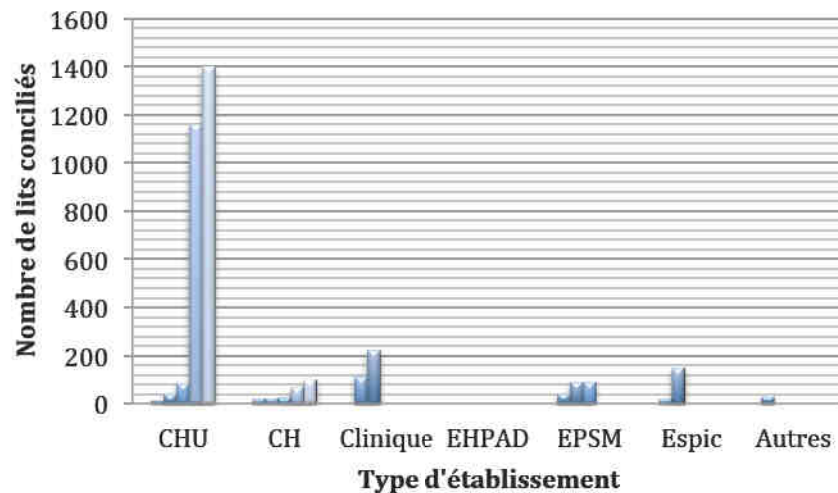


Figure 23 - Nombre de lits conciliés par établissement

- Le nombre moyen de pharmaciens réalisant la CTM est de 3,4 +/- 5 ETP pharmaciens (min : 1 – max : 17).
- Le personnel réalisant la conciliation est uniquement pharmaceutique (figure 24) : tous sont pharmaciens, cependant certains professionnels ne sont pas praticien hospitalier, PU-PH ou assistant et sont donc regroupés dans la catégories « Pharmacien » (par exemple : certains pharmaciens gérants, pharmaciens attachés ou pharmaciens officinaux).

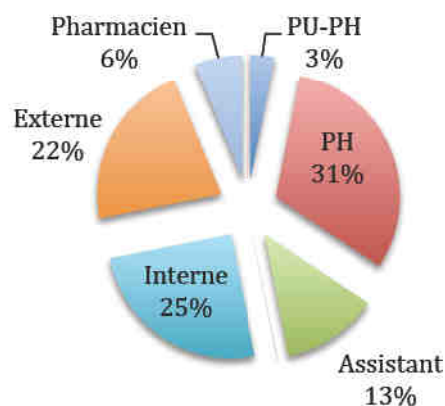


Figure 24 - Personnes réalisant la CTM

➤ Les patients conciliés sont tous les patients (5 établissements), les plus de 65 ans (4), les patients de certains services cliniques (2), les patients d'un service de SSR (1), la gériatrie (1) et autres (1).

➤ Le temps moyen pour la conciliation est de 34 min +/- 19 (min : 5 – max : 60) (figure 25).

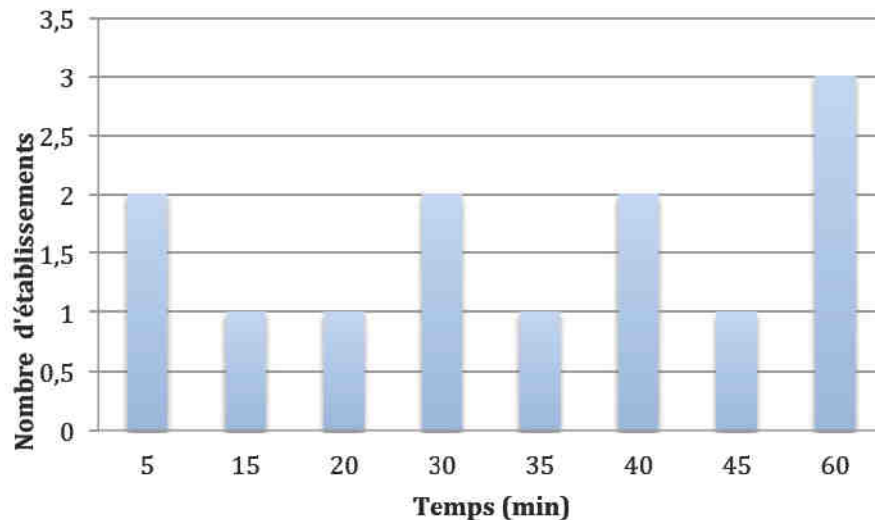


Figure 25 - Temps moyen pour réaliser la CTM

➤ La CTM est réalisée :

- à l'entrée dans 61,5% des cas (8 établissements),
- à la sortie dans 7,7% (1),
- à ces deux moments pour 30,8% (4).

➤ Elle suit un processus :

- rétroactif 76,9% des établissements (10),
- proactif 0%,
- les deux 23,1% (3).

➤ Le taux de CTM est de 25,85 % +/- 36,13 (min : 1 – max : 100).

➤ Le nombre moyen de divergences non intentionnelles est de 1,4 DNI +/- 1,0 (min : 0 – max : 3).

➤ Le lien « Ville – Hôpital » est effectué dans 23,1% des établissements faisant de la CTM avec une fiche explicative des modifications de traitement envoyée à la pharmacie d'officine et au médecin traitant dans trois établissements de santé, et un plan de soins pour un ES.

2.10.2.4 Sources d'informations utilisées

Pour élaborer le BMO, il n'y a pas réellement de consensus sur le nombre de sources d'informations à interroger et sur leur nature.

- 12 établissements ont répondu. On observe dans la figure 26 :
 - 6 sources principales, c'est à dire citées par plus de 60% des établissements : les prescriptions apportées, les médicaments apportés, les courriers d'hospitalisation, le médecin traitant, le pharmacien d'officine et le patient
 - 6 sources secondaires, c'est à dire citées par moins de 60% des établissements : l'établissement de soins, les infirmier(e)s, le Dossier Pharmaceutique, le Dossier Patient Informatisé, le médecin spécialiste et la famille.

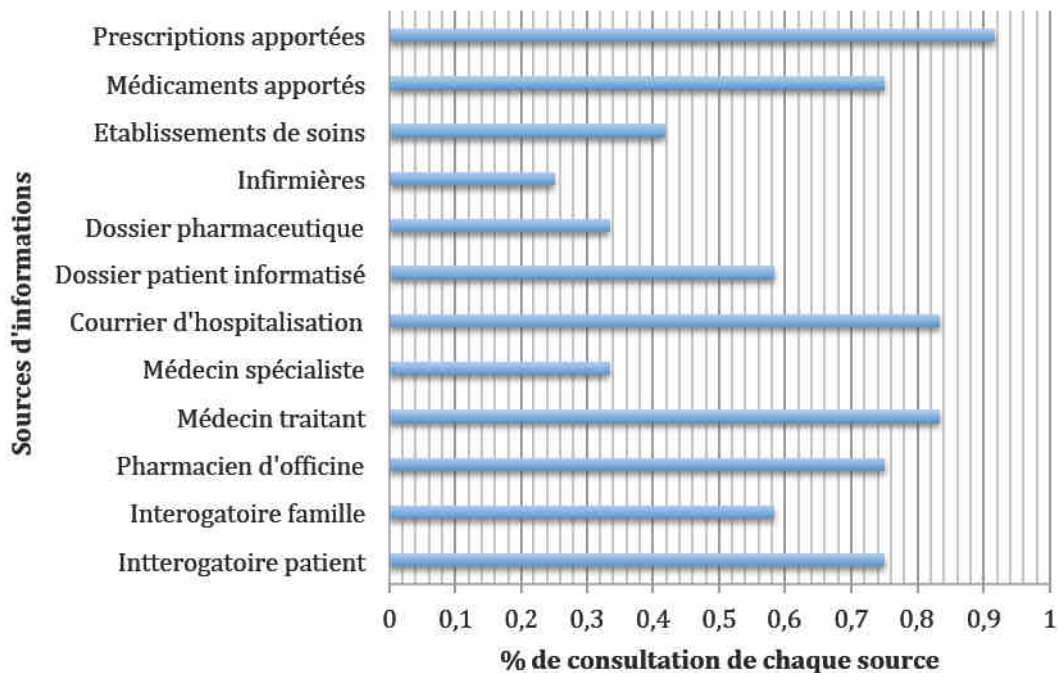


Figure 26 - Sources d'informations interrogées

- Le nombre moyen de sources interrogées, par les établissements ayant répondu, est de 3 +/- 1 (min : 1 – max : 5).

➤ Les trois sources d'informations citées, comme semblant être les plus fiables, sont le pharmacien d'officine (26%), le patient (16%) et l'établissement (16%) (figure 27).

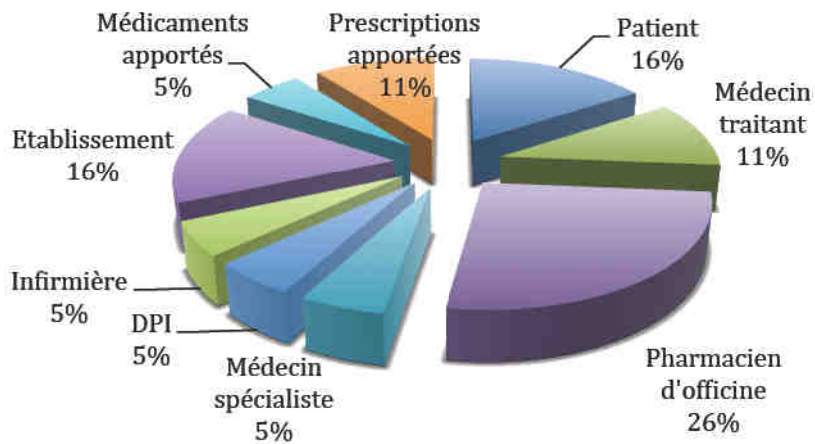


Figure 27 - Sources potentiellement les plus fiables (avis des établissements)

2.10.2.5 Evaluation de la CTM

La conciliation des traitements médicamenteux est une activité peu évaluée. Un établissement utilise l'échelle d'Hatoum, deux établissements n'utilisent aucune échelle mais jugent l'impact clinique d'après les réponses cliniques et modifications de prescriptions. L'évaluation médico-économique ne semble pas être réalisée.

2.10.3 Conclusion de l'enquête nationale

L'analyse de ce questionnaire a permis de montrer que la conciliation médicamenteuse, bien que connue des établissements de santé, n'est que peu mise en place pour des problématiques de temps et de personnel. Les pratiques et résultats sont très variables d'un établissement à l'autre.

Elle nous a également donnée des pistes de travail pour la mise en place de la CTM dans notre établissement, sur la nécessité de cibler la population à concilier et d'optimiser le temps nécessaire à la conciliation. Ainsi, il nous a paru, à la suite de cette enquête, intéressant de travailler sur les sources d'informations du BMO afin d'optimiser le temps de recueil, souvent décrit comme chronophage.

3. LA GERONTO PSYCHIATRIE

Dans un premier temps, nous allons succinctement définir le sujet âgé et, en particulier, sa fragilité vis à vis du risque de iatrogénie. Dans un second temps, nous verrons pourquoi il est intéressant que le patient hospitalisé en géro-psycho-geriatrie bénéficie de la CTM.

3.1 Le sujet âgé, un sujet à risque de iatrogénie

3.1.1 Définition du sujet âgé

La définition du sujet âgé est variable : selon l’OMS, c’est un sujet de plus de 65 ans et pour l’ANSM ce sont les personnes de plus de 75 ans, ou de plus de 65 ans et poly-pathologiques (67).

Selon l’étude ENEIS de 2009, « la fragilité du patient est le premier facteur contributif à la survenue d’un EIG ». L’âge serait un facteur majeur de fragilité. Lors du vieillissement, nous observons une diminution des capacités physiologiques de réserve, par rapport à l’adulte jeune, ce qui diminue les mécanismes d’adaptation au stress. L’expression clinique de l’âge est influencée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. La fragilité est un facteur de risque de mortalité et d’événements péjoratifs, notamment d’incapacités, de chutes, d’hospitalisations et d’entrées en institution (68).

3.1.2 La iatrogénie liée à l’âge

Plusieurs facteurs augmentent le risque iatrogénique chez le sujet âgé. On distingue ceux liés au sujet en tant que tel, ceux liés au traitement, sans oublier le rôle précipitant des événements intercurrents aigus (69).

En effet, lors du vieillissement, l’organisme subit des modifications notables qui peuvent avoir des conséquences, d’une part sur l’action d’un certain nombre de médicaments et d’autre part, sur leur administration (67). Ainsi, les paramètres pharmacocinétiques des médicaments sont modifiés. Il est à noter une :

- réduction de la fonction rénale nécessitant une adaptation posologique de certains médicaments,
- hypoprotidémie et hémococoncentration chez des patients dénutris (ceci modifie la liaison aux protéines plasmatiques de certains médicaments avec un risque de surdosage),
- perte ostéo-musculaire et gain adipeux modifiant les volumes de distribution,
- modification de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique pouvant entraîner une plus grande sensibilité aux médicaments agissant au niveau du système nerveux central (notamment effet sédatif).

De même, des modifications pharmacodynamiques peuvent intervenir avec :

- le vieillissement du cœur entraînant une plus grande sensibilité à certains médicaments (troubles voire blocs conductifs) comme les bêtabloquants,
- la fragilité osseuse nécessitant une surveillance particulière du risque d'hypotension orthostatique lié à certains médicaments (risque de chutes et fractures majorés).

Il s'avère que des modifications physiologiques co-existent, le plus souvent, avec de multiples pathologies et peuvent être aggravées par des épisodes aigus intercurrents tels qu'une déshydratation, une décompensation cardiaque, des maladies infectieuses.

Egalement, la réduction des capacités physiques, les difficultés de communication, l'existence de troubles de la déglutition, la baisse de l'acuité visuelle ou de l'audition, que l'on peut rencontrer chez les personnes âgées, peuvent influencer sur la prise, en elle-même, des médicaments.

De plus, le vieillissement est à l'origine de difficultés dans la prise en charge médicale et le suivi thérapeutique, comme l'isolement social ou géographique, la dépendance, le changement du mode de vie (déménagement, institutionnalisation), les conditions climatiques extrêmes.

L'arrêté du 6 avril 2011 inclut le sujet âgé dans sa définition du patient à risque : « Il s'agit de patients les 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, ..., personnes âgées,...) » (44).

3.1.3 La iatrogénie liée à la poly-médication

Il est à présent largement démontré que les effets indésirables sont favorisés par la poly-médication en lien avec des états poly-pathologiques fréquents chez les sujets âgés. En effet, ces derniers sont particulièrement exposés au risque de iatrogénie : en 2001, les plus de 65 ans représentaient 16% de la population et consommaient 39% des médicaments prescrits en ville (67). Ainsi, l'étude de Perochon et al. (70), a montré que les effets indésirables sont plus fréquents lorsque la consommation médicamenteuse est plus importante.

La poly-médication est, chez le sujet âgé, habituelle mais augmente le risque iatrogénique. En moyenne, la consommation journalière a été évaluée, lors d'une étude de l'HAS de 2005, à 3,6 médicaments par personne âgée de 65 ans et plus. Elle passe de 3,3 médicaments différents par jour, pour les 65-74 ans, à 4,0 pour les 75-84 ans, et 4,6 pour les 85 ans et plus (69). L'étude de Delzenne et al. (71), en 2012, regroupant vingt-trois institutions (Unités de Soins de Longue Durée (USLD) et Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)), de la région Nord-Pas-de-Calais, a trouvé une prise quotidienne moyenne de $7,94 \pm 3,6$ médicaments par résident. De même, l'étude PAQUID montre que 87% des personnes âgées vivant à domicile prennent plus d'un médicament par jour et 39% plus de 5 médicaments (72).

Le tableau 2 suivant reprend le nombre de médicaments des sujets âgés hospitalisés retrouvé dans quelques études.

Tableau 2 - Nombre de médicaments observé chez le sujet âgé hospitalisé

Etudes	Age moyen des patients	Nombre moyen de médicaments à l'entrée	Nombre moyen de médicaments à la sortie
Foucher et al. en 2009 (73)	79 ans	6,4	6,7
Cattenoz et al en 1997 (74)	79,20 +/-5,93 ans	4,77 +/- 2,11	5,53 +/- 1,98
Spinewine et al en 2007 (13)	82,2 +/- 6,9 ans	7,8 +/-3,5	NR
Oudjhani et al en 2004 (75)	84 +/- 8 ans	6,06 +/-2,69	NR
Debruyne et al en 2009 (76)	84,7 +/- 6,8 ans	6,8 +/- 2,7	8,5 +/- 2,8

La poly-médication est un facteur de risque d'accidents iatrogènes, constamment retrouvé dans les études (69).

3.2 Le sujet âgé en géro-nto-psychiatrie : un risque majoré ?

Comme nous venons de le voir, le sujet âgé est donc, de part ses pathologies et sa poly-médication, un sujet à risque.

Plusieurs études se sont intéressées de façon plus spécifique à la géro-nto-psychiatrie.

Ainsi, l'étude de Hamzaoui et al. (77) a montré que les patients, au moment de l'hospitalisation, avaient une moyenne de 8,8 médicaments et 80 % des patients au moins 3 psychotropes.

De même, une Evaluation des Pratiques Professionnels (EPP), réalisée au CH Charles Perrens en 2013, observait une moyenne de 8,5 médicaments pour les patients de plus de 65 ans, avec 35% de traitements psychotropes (78).

Enfin, l'étude de Bichard et al. (97), menée pendant 10 mois, en géro-nto-psychiatrie, décrit une augmentation du nombre de traitements, entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation, de 7,1 à 8,1 médicaments par patient.

Il serait logique quand géro-nto-psychiatrie, le nombre de médicaments soit plus important du fait de la prise en charge conjointe des pathologies psychiatriques et somatiques. Cependant, le nombre de médicaments chez les patients pris en charge dans un service de gériatrie versus un service de géro-nto-psychiatrie reste relativement semblable : entre 6 à 8 traitements en gériatrie, dans les études les plus récentes (13,73,75,76), versus 7 à 8 médicaments par patient en géro-nto-psychiatrie.

3.3 La conciliation médicamenteuse en géro-nto-psychiatrie

D'après le projet des High 5s ou la SFPC, les sujets, pour lesquels la conciliation est conseillée, sont les patients âgés de plus de 65 ans ou les patients à haut risque de iatrogénie comme les patients poly-médiqués ou avec des maladies chroniques (39,46).

Les patients de géro-nto-psychiatrie appartiennent à cette population âgée de plus de 65 ans et peuvent présenter plusieurs pathologies psychiatriques et somatiques.

DEUXIEME PARTIE

Mise en place de la conciliation médicamenteuse dans deux services de géro-psi-chiatrie

Le Centre Hospitalier Charles Perrens (CHCP) est un Etablissement Public de Santé Mentale de 500 lits et 324 places. La pharmacie clinique est une discipline en plein développement au sein de notre établissement : analyse pharmaco-thérapeutique des prescriptions papiers puis informatiques avec l'émission d'interventions pharmaceutiques, éducation thérapeutique à travers les ateliers du médicaments, présence hebdomadaire d'un interne en pharmacie à des staffs d'un service de géro-psi-chiatrie. C'est dans cette dynamique, et cette volonté de participer à une prise en charge optimale du patient, que la CTM a été développée.

Cette deuxième partie décrit la mise en place du projet de CTM au Centre Hospitalier Charles Perrens. L'originalité de ce travail réside dans la réalisation d'une étude comparative des sources d'informations permettant l'élaboration du BMO et les combinaisons de sources possibles. Les résultats de la mise en place de cette expérience sont appuyés par une analyse de la conciliation médicamenteuse via les indicateurs Med'Rec (MR1-4), une étude de l'impact clinique de cette activité et enfin une évaluation de la satisfaction des professionnels concernés par la CTM (ville et hôpital).

1. Description et mise en place de la conciliation au CHCP

En amont, la mise en place de la conciliation a nécessité un travail visant à :

- définir la population pour laquelle l'intérêt de la CTM était manifeste tout en étant gérable, en terme de temps, par l'interne en pharmacie. C'est ainsi que nous avons choisi la géronto-psychiatrie,
- travailler sur une méthodologie de conciliation avec l'élaboration de documents et procédures adaptés aux nécessités des services et permettant d'intervenir en moins de 24 heures, si possible,
- communiquer et valider cette méthodologie avec les équipes médicales et soignantes.

1.1 Choix des patients à concilier

En novembre 2013, l'activité de conciliation médicamenteuse est mise en place. La phase test a débuté dans les 2 services de géronto-psychiatrie :

- L'unité de soins « Bazin » dont le responsable de service est le Dr. Marc GERAUD (chef de pôle, Dr. Chantal BERGEY) situé sur le site du CHCP (Bordeaux).
- L'unité de soins « UISG » dont le responsable est le Dr. Laurent GLENISSON (chef de pôle, le Pr. Hélène VERDOUX) situé sur le Centre Hospitalier Xavier Arnoz (Pessac).

Tous les patients âgés de plus de 65 ans et hospitalisés dans ses deux services ont été inclus, qu'il s'agisse d'une hospitalisation par admission directe ou suite à un transfert.

1.2 Création de supports et utilisation dans la conciliation des patients

Pour la mise en place de cette nouvelle activité, la création d'outils a été indispensable. Ces documents ont été élaborés avec l'appui d'une revue de la bibliographie permettant de s'inspirer d'équipes et de projets existants de CTM. Ces documents, une fois rédigés, ont été validés en lien avec le service qualité.

1.2.1 Procédures et mode opératoire

Deux procédures (une par service) décrivent la démarche de la conciliation, les intervenants et son organisation pratique dans le service de soins (annexe 3 et 4). Egalement, un mode opératoire (annexe 5) a été rédigé relatant, étapes par étapes, la réalisation de l'ensemble de la démarche de conciliation médicamenteuse (entrée et sortie) (figure 28 et 29).

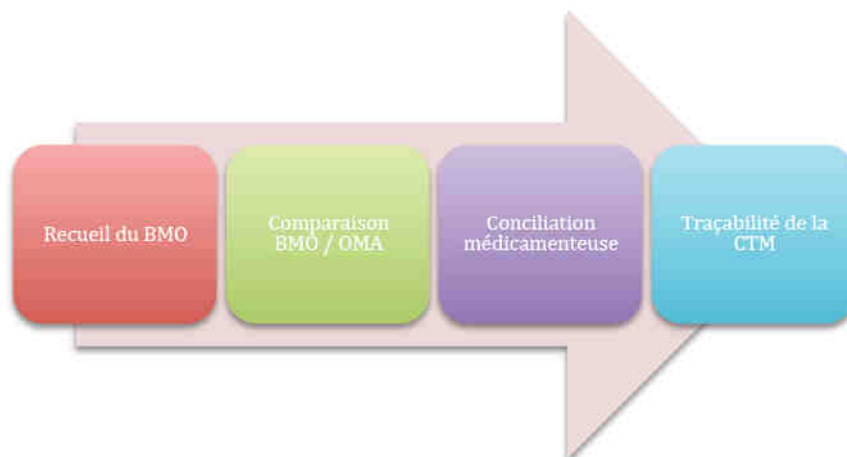


Figure 28 - Processus de conciliation médicamenteuse d'entrée

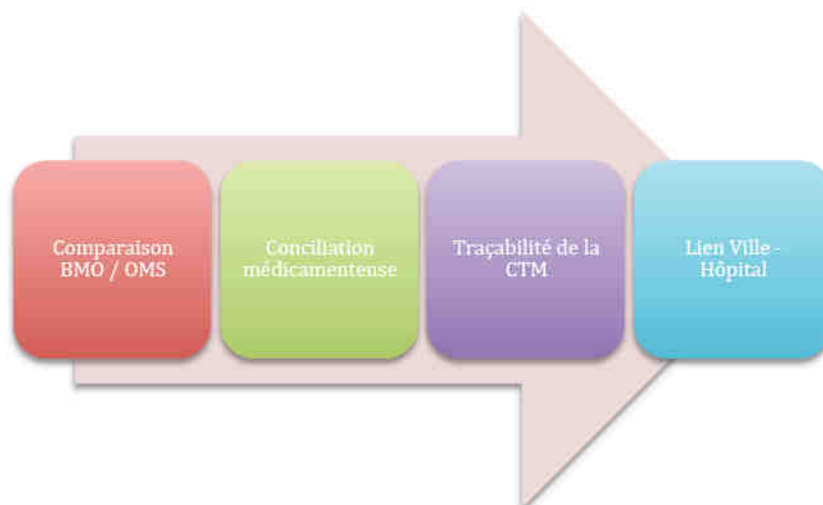


Figure 29 – Processus de conciliation médicamenteuse de sortie

1.2.2 Fiche de recueil des traitements avant l'admission

Une fiche de recueil des médicaments avant l'admission (figure 30) a été élaborée, par l'interne en pharmacie responsable de cette activité. L'objectif de ce document était de faciliter l'organisation des informations recueillies. Dans cet outil, sont reportées « des données patients » (nom, prénom, âge, date d'admission) et un tableau reprend les informations apportées par les 12 sources d'informations possibles avec le temps passé pour le recueil et le nombre de spécialités retrouvées par source.

Fiche de recueil des traitements avant l'admission												Fiche n°															
Étiquette patient		Nom			Prénom			Age																			
Admis le ... / ... / ...		à ... h ...																									
Sources consultées																											
Sources		Patient		Pharmacien d'officine		Médecin traitant		Médecin spécialiste		courrier d'hospit		Dossier patient informatisé HM		DP carte vitale		Médica apportés		Prescriptions apportées		Famille		Établissement		IDE			
Date de consultation																											
Consultée par																											
Durée																											
Nb de lignes																											
Médicament / Forme / Voie		Dosage		Poso		Dosage		Poso		Dosage		Poso		Dosage		Poso		Dosage		Poso		Dosage		Poso			

Figure 30 - Fiche de recueil des traitements avant l'admission (CHCP)

1.2.3 Guide d'entretien

Afin de faciliter et d'uniformiser les entretiens réalisés, nous avons souhaité mettre en place un « Guide d'entretien pour l'obtention du Bilan Médicamenteux Optimisé » (figure 31 et 32).

Au recto de ce document, ce sont les questions posées aux patients et / ou aux familles qui sont regroupées.

Dans une première partie, centrée sur les « données patient », nous retrouvons des questions telles que : le nom des personnes à contacter, le médecin traitant, la pharmacie d'officine, l'infirmière à domicile ou le consentement pour la consultation du dossier pharmaceutique.

Dans une deuxième partie, ce sont plutôt des questions spécifiques sur les traitements médicamenteux avant l'admission à l'hôpital.

Le verso du document est découpé en plusieurs parties selon le professionnel de santé contacté (médecin traitant, pharmacien d'officine, IDE, personnel d'un établissement...). Il permet le recueil des spécialités avec les particularités pour chaque personne.

Centre de Santé
Centre de Santé

Nom: _____ **Service:** _____

Prénom: _____

Introduction - Présentez-vous et dites votre profession
« Je souhaiterais faire un point avec vous les médicaments que vous prenez à domicile. Je dispose d'une liste de médicaments extraite de votre dossier et souhaite m'assurer qu'elle est exacte et actualisée. Serait-il possible de m'entretenir avec vous sur vos traitements? »

Patient

Réalisé par: _____

Information Patient

Origine
 Domicile EPHAD Transfert service Ville / Code postal: _____ Ré-hospitalisation
 Adresse: _____
 Motif d'hospitalisation: _____

Famille
 Puis-je contacter un de vos proches? OUI NON
 Comment pouvons-nous le/la contacter? Lien: _____
 Nom: _____ Tel: _____
Médecin traitant
 Nom: _____ Tel: _____
 Adresse: _____ Ville / Code postal: _____

Médecin spécialiste Nom: _____
 Adresse: _____ Ville / Code postal: _____

Pharmacie du patient
 Est-ce vous qui aller chercher vos médicaments ? OUI NON
 Si non, qui y va? _____
 Quel est le nom de la pharmacie où vous allez habituellement?
 Nom: _____ Tel: _____
 Adresse: _____ Ville / Code postal: _____

Infirmière à domicile (IDE)/Aide ménagère
 Nom: _____ Tel: _____
 Adresse: _____ Ville / Code postal: _____

Allergies médicamenteuses
 Souffrez-vous d'allergies médicamenteuses ? OUI NON
 Si oui, pour quels médicaments et que se passe-t-il? _____

Avez-vous votre Carte Vitale et puis consulter le DF? OUI NON
 Faire signer le consentement pour l'accès au dossier pharmaceutique
 Avez-vous apporté vos médicaments? OUI NON
 Avez-vous apporté vos prescriptions/ordonnances? OUI NON
 Puis-je les consulter? OUI NON

Médicaments pour le BMO

Traitements énoncés par le patient
 Recrutez le dosage, la voie d'administration et la fréquence de chaque médicament. Lesquels?

Avez-vous récemment arrêté ou modifié votre traitement? OUI NON
 Si oui, pour quelle raison? _____

Médicaments en vente libre (OTC)
 Prenez vous des médicaments que vous achetez sans ordonnance? (ex: Aspirine, Maalox, Migralgine, etc)
 Si oui, quels médicaments? _____

Vitamines/Minéraux/Supplémentaires
 Prenez-vous des vitamines et/ou minéraux (ex: complexe vitaminés, BION, BEROCOCA, Calcium, Far)?
 Si oui, lesquels? _____

Collyres yeux/Oreilles/Nez
 Prenez-vous des collyres ou des gouttes dans les yeux? OUI NON
 Utilisez vous des inhalateurs (bouche, nez...)? OUI NON
 Avez vous des patchs ou crèmes (médicaments) à mettre sur la peau? OUI NON
 Avez vous des piqûres à la maison? OUI NON
 Si oui, lesquels (Nom, Fréquence d'utilisation, dosage)? _____

Antibiotiques (ATB)
 Avez-vous pris des ATB ces 3 derniers mois? OUI NON
 Si oui, lesquels (Nom, Fréquence d'utilisation, dosage)? _____


Commentaires (autres) : _____

Conclusion
 « Ceci conclut notre entretien. Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à mes questions. Avez-vous des questions? Si vous vous rappelez de quelque chose après notre entretien, n'hésitez pas à me contacter pour compléter les informations. »

Date: ... / ... / ...

Durée entretien: min

Figure 31 - Guide d'entretien pour l'obtention du BMO (recto: patient et famille) au CHCP



Centre Hospitalier de Charleroi

GUIDE D'ENTRETIEN POUR L'OBTENTION D'UN BILAN MEDICAMENTEUX OPTIMISE (BMO)

Professionnel de santé Réalisé par :

Nom: _____

Prénom: _____

Service: _____

Introduction - Présentez-vous et dites votre profession
« Mme (M.) X., Pharmacien au Centre Hospitalier de Charleroi Perrens, je vous appelle dans le cadre de la conciliation médicamenteuse. Afin d'assurer la continuité des soins des patients hospitalisés en géronto psychiatrie, nous recherchons à connaître la liste de leur traitement avant l'admission à l'hôpital. »

Le médecin traitant

Traitements énoncés par le médecin traitant
Recueillez le dosage, la voie d'administration et la fréquence de chaque médicament.
« Pourriez vous me donner les traitements de M./ Mme X ? »

Avez-vous récemment arrêté ou modifié votre traitement? OUI NON

Si oui, pour quelle raison? _____

« Est ce que le patient a des collyres, formes cutanées, injection... ? OUI NON

Si oui, lesquels (Nom, Fréquence d'utilisation, dosage)? _____

Histoire du malade
Quels sont les antécédents du patient ? (Possible de les voir sur HM)

Histoire de la maladie
Posez les questions utiles à la compréhension du cas, ou nécessaires pour la conciliation (confirmation de la présence d'un médicament, coordonnés du spécialiste, de l'IDE...).

Le pharmacien d'officine

Traitements énoncés par le pharmacien d'officine
Recueillez le dosage, la voie d'administration et la fréquence de chaque médicament.
« Pourriez vous me donner les traitements de M./ Mme X., ainsi que les posologies associées? »

Serait-il possible de remonter à **minimum 3 mois**, afin d'être le plus exhaustif possible (voir les délivrances par boîte de 3 mois et en cas de sur-stockage au domicile du patient) ? »

« Est ce que le patient a des collyres, formes cutanées, injection... ? OUI NON

Si oui, lesquels (Nom, Fréquence d'utilisation, dosage)? _____

Questions complémentaires
Posez les questions utiles à la compréhension du cas, ou nécessaire pour la conciliation (confirmation de la présence d'un médicament, coordonnés du spécialiste, de l'IDE...).

Appel de l'IDE, EHPAD ou autres

Traitements énoncés
Recueillez le dosage, la voie d'administration et la fréquence de chaque médicament.
« Pourriez vous me donner les traitements de M./ Mme X ? »

Conclusion

« Merci pour toutes ces informations et le temps que vous m'avez consacré. Bonne journée, Au revoir »

* pour les MT et le PO :

« Suite à la conciliation, nous vous ferons parvenir une lettre récapitulant les modifications du traitement à la sortie du patient. »

Même introduction et mêmes questions :

Contacter un médecin spécialiste

Date: ... / ... / ...

Durée entretien: min

Figure 32 - Guide d'entretien pour l'obtention du BMO (verso: professionnels de santé) au CHCP

Enfin, lors de l'entretien, nous demandons au patient son accord pour consulter son Dossier Pharmaceutique. Cette approbation est tracée sur une fiche de consentement créée à partir d'un document fourni par l'OMEDIT Aquitaine (annexe 6).

1.2.4 Fiche de CTM d'entrée

Une fiche de conciliation médicamenteuse d'entrée réunit les résultats du recueil (BMO), l'OMA et la conciliation à l'entrée (figure 33). Elle se compose d'une partie « BMO » avec le report de la liste des traitements avant l'admission à l'hôpital, une partie « OMA » avec la première prescription des médicaments à l'admission et une partie « caractérisation des divergences ». Cette fiche de CTM a été élaborée en s'inspirant de documents publiés par d'autres équipes. Le schéma général, des différents documents retrouvés, est relativement standardisé. Ainsi, nous avons structuré notre document en nous inspirant :

- de la « Fiche de conciliation des traitement médicamenteux » issue du programme des High 5s (annexe 7),
- de la « Fiche de conciliation des traitements médicamenteux » du CH de Lunéville (annexe 8),
- de la « Fiche de conciliation des traitements médicamenteux » du CH Xavier Arnoz, de Bordeaux (annexe 9) et
- de la « Fiche de conciliation des traitements médicamenteux » de l'hôpital des armées de Brest (annexe 10).

Un encadré spécifique à notre étude sur les sources est cependant présent. Il résume, pour chaque source consultée, les indicateurs suivants : nombre de lignes obtenues par la source et temps consacré à ce recueil d'informations.

Fiche de conciliation des traitements médicamenteux (FCT) à l'entrée du patient



NOM Age Allergie connue: Oui ou Non Admission le ... / ... / ...		PRENOM Si oui, nature:		Processus de CTM Conciliation des traitements médicamenteux Document réalisé par: Mélanie GERARD, Interne en pharmacie					
Sources									
	BMO Bilan Médicamenteux Optimisé réalisé le: / / Délai < 24h ou 24-48h ou > 48h par	Statut arrêté, suspendu, modifié, poursuivi, éliminé	OMA Ordonnance des Médicaments à l'Admission réalisée le: / / par	Correct / Divergent	DI / DNI intentionnelle ou non	DID / DIND documentée ou non	Commentaires		
	Méd/dosage/forme	Date d'initiation	Méd/dosage/forme	Posologie					
	Nb de lignes de BMO:	Temps passé:		Nb de lignes d'OMA:	Temps passé:	Nb DNI:	Nb DI:	Nb DID:	Nb DIND:
Sources pour élaborer le BMO:									
Ville	<input type="checkbox"/> Entretien avec le pharmacien d'officine (PO)	tps	nb	<input type="checkbox"/> Entretien avec le médecin traitant (MT)	tps	nb	<input type="checkbox"/> Prescriptions médicales apportées (P)	tps	nb
Hôpital	<input type="checkbox"/> Courriers d'hospitalisation (C)			<input type="checkbox"/> Dossier patient informatisé: HM (DPI)			<input type="checkbox"/> Dossier pharmaceutique: CV (DP)		
<input type="checkbox"/> Patient / <input type="checkbox"/> Famille	<input type="checkbox"/> Réponses aux questions (QP ou QF)			<input type="checkbox"/> Médicaments apportés (M)			<input type="checkbox"/> Coordonnées médecin traitant		
Validation médicale:					Validation pharmaceutique				

Figure 33 - Fiche de Conciliation des Traitements Médicamenteux à l'entrée au CHCP

1.2.5 Observations pharmaceutiques dans le DPI

La CTM sous-entend un travail pluridisciplinaire et une communication qui doit l'être tout autant. Ainsi, le travail réalisé doit être visualisable par tous professionnels de santé prenant en charge un patient concilié. Avec l'aide du service « Hotline HM », nous avons pu intégrer les observations de CTM au sein des autres observations médicales (psychiatriques et somatiques) mais aussi paramédicales (kinésithérapeutes, assistantes sociales...). Les documents intégrés, à l'entrée et à la sortie du patient, sont :

- Une observation pharmaceutique reprenant les sources d'informations utilisées pour l'élaboration du BMO et les résultats de la conciliation d'entrée et de sortie (cf. copie d'écran, ci-dessous, figure 34)

DÉTAILS

LIBELLÉ : Conciliation médicamenteuse DU : 20/04/2014 16:52

CHAPITRE : Conciliation médicamenteuse AU :

URGENCE : Normal AUTEUR : GERARD MELANE

DESTINATAIRE : Pharmaciens

CRÉATEUR : GERARD MELANE
FICHE VALIDÉE LE 23/04/2014 16:53 PAR GERARD MELANE

OBSERVATIONS | CONCLUSION | INFO PRIVÉES

Conciliation médicamenteuse d'entrée

réalisée le 22.04.14

Sources d'information utilisées:

- patient:	vue le 22.04	
- famille:	appel de la fille au	0
- médecin traitant:	appel de Dr au	
- pharmacie d'officine:	appel de la pharmacie	- 00
- consentement DP:	oui (carte vitale ok)	
- prescriptions apportées:	oui	
- médicaments apportés:	non	
- IDE:	appel de Mme au	

CTM: 1 divergence non intentionnelle (risperdal 1mg) cf fiche de CTM

Figure 34 - Ecran de saisie d'observation de conciliation médicamenteuse d'entrée

- La fiche de CTM d'entrée avec le détail du BMO, de l'OMA ou de l'Ordonnance des Médicaments à la Sortie (OMS) et des commentaires de conciliation (cf. copie d'écran ci-dessous, figure 35).


Fiche de conciliation des traitements médicamenteux (FCT) à l'entrée du patient										DPI-100 LITHAS VERSION 6.1 DATE DE CESTION : 10 DECEMBRE 2012			
NOM: [REDACTED] PRENOM: [REDACTED] Age: 96 ans			Processus de CTM Conciliation des traitements médicamenteux										
Allergie connue: [REDACTED] Admission le: 18 / 04 / 2014			BMO Bilan Médicamenteux Optimisé à l'entrée réalisé le: 22 / 04 / 2014 Dela: P. Hla par M. GERARD			Travaux avec supplément médicament prescrits avant		OMA Ordonnance des Médicaments à l'Admission réalisée le: 18 / 04 / 2014 par Dr. A. [REDACTED]				Cohérence Divergence	DI / DNI Incompatibilités à 90 ans
Sources		Médicaments/formes	Poologie	Date d'initiation		Médicaments/formes	Poologie						
Nb. de DPI DPI DPI		Elipental 1mg/ml, sol. buv (mg)	0-0-1		Arrêté	-	-	Divergent	Non intentionnelle	-	-	Monothérapie plus antipyrétique	
Nb. de DPI DPI		Zypresca 5 mg cp	0-0-0,5		Poursuivi	Olanzapine 5 mg cp	0-0-0,5	Correct	-	-	-		
Nb. de DPI DPI DPI		Alprazolam 0,5 mg cp	0-0-0,5		Modifié	Alprazolam 0,5 mg cp	0-0-1 + 1 à besoin	Divergent	Intentionnelle	Non intentionnelle	-	Adapté à la clinique	
Nb. de DPI DPI DPI		Pantoprazole 20 mg cp	1j		Poursuivi	Espanol 20 mg cp	1-0-0	Correct	-	-	-		
Nb. de DPI DPI DPI		Kenzen 8 mg cp	1j		Modifié	Tareg 80 mg cp	1-0-0	Correct	-	-	-		
Nb. de DPI DPI DPI		Monoprost 0,003% collyre unidose	0-0-1		Poursuivi	Monoprost 0,003% collyre unidose	0-0-1	Correct	-	-	-		
Nb. de DPI DPI DPI		Vimmed Flacon (goutte)	1-2 j		Poursuivi	Vimmed Flacon (goutte)	1-2 j	Correct	-	-	-		
Nb de lignes de BMO: 7		Temps passé: 48 min			Nb de lignes d'OMA: 6		Temps passé: 8 min		Nb DNE: 1	Nb DI: 1	Nb DII: 0	Nb DIND: 1	
Sources peut évaluer le BMO:													
		tps	nb			tps	nb			tps	nb		tps
Ville	☐ Entretien avec le pharmacien d'office (FO)	5	8	☐ Entretien avec le médecin traitant (MT)	-	-	-	☐ Prescriptions médicales opposées (P)	2	8	☐ Entretien opticien (OPE)	-	-
Hôpital	☐ Commentaires du pharmacien ext. (C)	5	8	☐ Descrier patient infirmier: SM (DPI)	10	7	☐ Descrier pharmacien: CV (DP)	5	8	☐ Établissement / DNE (E)	4	4	
Prise en charge	☐ Réponses aux questions (QP ou QP)	10	4	☐ Médicaments opposés: OM	3	-	☐ Coordonner infirmier traitant	ou	☐ Coordonner pharmacien d'office	ou			
Validation médicale: Dr. [REDACTED]						Validation pharmaceutique: M. GERARD							

Figure 35 - Ecran de visualisation de la fiche de CTM dans le DPI (CHCP)

1.2.6 Fiche de CTM de sortie

Une fiche de conciliation médicamenteuse de sortie synthétise les résultats du recueil (BMO), l'ordonnance de sortie et la conciliation avant la sortie (figure 36). Cette fiche a été conçue sur le même modèle que la fiche de CTM d'entrée avec 3 parties : le BMO, l'OMS et la discussion.

Ce document est bien évidemment intégré avec une observation pharmaceutique dans le DPI, comme vu précédemment.

Fiche de conciliation des traitements médicamenteux (FCT) à la sortie du patient

<p>NOM</p> <p>Age</p> <p>Allergie connue: Oui ou Non</p> <p>Admission le ... / ... / ... à ... h ...</p>	<p>PRENOM</p> <p>Si oui, nature:</p>	<p>Processus de CTM Conciliation des traitements médicamenteux</p> <p>Document réalisé par: Mélanie GERARD, Interne en pharmacie</p>
<p>BMO Bilan Médicamenteux Optimisé A l'entrée réalisé le: / / par</p>	<p>OMS Ordonnance des Médicaments à la Sortie réalisée le: / / par</p>	<p>Correct / Divergent</p>
<p>Mdt/dosage/forme: Posologie</p>	<p>Mdt/dosage/forme: Posologie</p>	<p>DI / DNI intentionnelle ou non</p>
<p>Nb de lignes de BMO: Temps passé:</p>	<p>Nb de lignes d'OMA: Temps passé:</p>	<p>Nb DNI: Nb Di: Nb DID: Nb DIND:</p>
Validation médicale:		Validation pharmaceutique

Figure 36 - Fiche de Conciliation des Traitements Médicamenteux à la sortie (CHCP)

1.2.7 Fiche de liaison pharmaceutique « Ville – Hôpital »

Une fiche de liaison « Hôpital – Ville » a été également créée (figure 37). Son objectif est de permettre la communication d'informations sur la prescription de sortie et la raison des modifications de traitements pendant le séjour du patient de manière synthétique et complémentaire au courrier médical. Ce document a été rédigé en s'inspirant d'une revue de la bibliographie. Les informations diffusées sont relativement standardisées comme le montre les documents suivants:

- le courrier de sortie de l'Université Health Network (annexe 11) et
- le courrier adressé au pharmacien d'officine (annexe 12).

Cette fiche reprend des informations telles que les coordonnées du médecin traitant et du pharmacien d'officine, les allergies médicamenteuses du patient, sa dernière clairance de la créatinine, le motif d'hospitalisation et la durée de séjour dans le service.

Enfin, un tableau reprenant le traitement avant l'admission et à la sortie permet d'expliquer les différences visualisées. Les traitements arrêtés et la raison de ces arrêts ont été volontairement regroupés en bas du tableau afin d'assurer une meilleure lisibilité.



Fiche de liaison Hôpital-Ville des traitements médicamenteux

Médecin traitant : Dr.
Adresse :

Pharmacien d'officine : Dr.
Adresse :

Le __/__/2013

Docteur,
M./Mme, âgée de ans, a été hospitalisé(e) dans le service.....du Centre Hospitalier Charles Perrons du __/__/2013 au __/__/2013.
A son admission, un bilan des traitements avant hospitalisation a été réalisé puis comparé à l'ordonnance de sortie. Veuillez trouver, ci-dessous, le résultat de ce travail.

Allergie(s) connue(s):

Dernière clairance de créatinine:.....ml/min le __/__/2013 (Cockcroft)

Motif d'hospitalisation :

Liste des médicaments avant admission		Liste des médicaments à la sortie		Nature de la Modification	Justifications
Nom/Dosage/Forme	Posologie	Nom/Dosage/Forme	Posologie	Arrêté, suspendu, modifié, poursuivi, introduit...	
Traitements Arrêtés					

Interne en pharmacie:

Médecin hospitalier:

Pour nous joindre : 05.56.56.34.32

Élaboré par Mélanie GERARD

Figure 37 - Fiche de liaison Hôpital-Ville des traitements médicamenteux

1.3 Validation institutionnelle et pluri-professionnelle

Lors de la mise en place de cette activité, la communication auprès des professionnels de santé de l'établissement nous a paru un point essentiel. C'est ainsi que des présentations ont été réalisées:

- lors de deux réunions, une auprès de chacun des deux services concernés, avec présence des chefs de pôles, des cadres supérieurs, des cadres de santé des services, des médecins responsables des unités et des médecins somaticiens. Cette interaction pluridisciplinaire nous a permis d'affiner certains détails organisationnels tels que les jours de passage dans les services, l'organisation de l'envoi des fiches de liaison « Hôpital - Ville » aux secrétariats médicaux, la traçabilité de l'activité dans le DPI du patient,
- lors de deux communications en réunion du groupe « OMEDIT Psychiatrie », menées par l'interne en pharmacie,
- lors de deux réunions d'information aux services de soins réalisées par l'interne en pharmacie, afin de présenter le projet aux équipes soignantes (activité de CTM, objectifs).

2. Objectifs de la conciliation médicamenteuse au CHCP

Au sein du projet High 5s, le Bilan Médicamenteux Optimisé regroupe tous les médicaments retrouvés dans au moins deux sources d'informations différentes (38). Cependant, celles-ci ne sont pas précisées et sont laissées au libre choix des professionnels. La SFPC précise que pour garantir l'obtention d'une liste exacte, il est pertinent de croiser au moins trois sources d'informations, voire plus (39). Dans ce contexte, il nous a semblé important d'essayer de mettre en évidence un « trinôme » de sources d'informations à consulter de façon systématique pour obtenir un BMO le plus juste possible.

Notre objectif principal est la comparaison des sources d'informations utilisées pour la CTM, afin d'obtenir un « trinôme » de sources nous fournissant le BMO le plus « fiable », selon des critères de disponibilité, d'exhaustivité, de complétude et de temps (définis ultérieurement).

L'autre objectif de ce travail est d'analyser la mise en place de cette nouvelle activité à travers:

- les premiers résultats de la mise en place de la CTM,
- l'évaluation de l'impact clinique de cette activité,
- l'évaluation de la satisfaction des professionnels y participant.

3. Méthode de recueil de données

3.1 Elaboration du BMO

L'objectif est de recueillir un maximum d'informations en un minimum de temps. Pour cela, nous avons déterminé un ordre de consultation des sources d'informations.

- Etape 1 : La lecture du **Dossier Patient Informatisé (DPI)** permet de connaître l'histoire du patient et de récolter des informations (nom du médecin traitant, personne à contacter, antécédents et médicaments déjà connus par le service de soins).
- Etape 2 : Il s'agit de l'**entretien avec le patient**. Il est parfois possible de rencontrer l'entourage si celui-ci est présent dans le service de soins.
- Etape 3 : Recherche des documents et des médicaments présents dans l'unité de soins. Nous consultons les **prescriptions apportées**, les **courriers médicaux** et prenons connaissance des éventuels **traitements personnels** que le patient a apporté.
- Etape 4 : Les appels téléphoniques aux personnes pouvant intervenir dans la prise en charge du traitement du patient. Il s'agit de l'**entourage** et, éventuellement, de l'**infirmier(e) libéral(e)** qui passe au domicile ou en maison de retraite ou du **personnel soignant de l'établissement** d'hébergement du patient (EHPAD).
- Etape 5 : Les informations pharmaceutiques. Dans les cas où la carte vitale est présente et que le patient donne son consentement, nous consultons le **Dossier Pharmaceutique** et appelons le **pharmacien d'officine**. Ce dernier donne des informations complètes du fait qu'il détient les prescriptions scannées et des données précises dans son logiciel. Il est important de ne pas se limiter à la dernière prescription, mais de prendre connaissance des données sur les trois mois précédents afin de pouvoir être le plus exhaustif possible.
- Etape 6 : L'entretien médical. Nous contactons le **médecin traitant**, voire le médecin spécialiste si besoin (ophtalmologiste). Il nous a paru pertinent d'effectuer cet entretien en dernier car il ne permet pas uniquement le recueil de la liste des médicaments, mais il peut

être une source d'informations sur la stratégie thérapeutique, les modifications de traitements, les indications d'un médicament ou apporter des réponses à tout autre questionnement. Le **médecin spécialiste** est contacté, de la même façon, si nécessaire, afin de confirmer la présence d'un éventuel traitement spécifique.

Douze sources d'informations possibles sont donc interrogées et les données recueillies sont reportées sur la fiche de recueil des traitements avant l'admission (figure 30).

3.2 Formalisation du BMO

Ce bilan médicamenteux est le résultat du travail décrit précédemment. Un médicament ne sera reporté sur le BMO que s'il est retrouvé dans au moins deux sources d'informations différentes. Ce croisement de données permet un double contrôle et assure la fiabilité de cette liste de traitement.

3.3 Comparaison du BMO avec l'OMA

Après avoir reporté l'Ordonnance des Médicaments à l'Admission sur la fiche de CTM (figure 37), une comparaison est alors effectuée afin de préparer la discussion avec le médecin prenant en charge le patient. Ce travail consiste à caractériser le statut des lignes de traitements en formalisant ce statut dans la colonne « Statuts ». Les six statuts possibles sont : « poursuivi », « ajouté », « arrêté », « modifié », « suspendu » et « substitué ». Des différences peuvent être facilement visualisables comme l'absence ou la présence d'un médicament, mais d'autres sont beaucoup moins évidentes comme une différence de forme galénique, de dosage, de posologie ou de répartition horaire.

Chaque ligne analysée est ensuite dite « correcte » ou « divergente ». Cette information est reportée dans la colonne « Correct / Divergent » de la fiche de CTM.

3.4 La conciliation médicamenteuse d'entrée

Cette conciliation est une discussion inter-disciplinaire médecin / pharmacien, basée sur la comparaison de l'OMA avec le BMO et l'analyse des divergences observées. Cette discussion permet de compléter la fiche de CTM en caractérisant et expliquant les divergences.

Nous avons choisi de caractériser, en premier lieu, l'intentionnalité de la divergence avec, comme première question posée au médecin prescripteur : « Etiez vous au courant de la présence de ce traitement avant l'admission dans votre service ? ». Cette question permet de séparer les Divergences Intentionnelles (DI) des Non Intentionnelles (DNI). Dans un second temps, pour les DI, la documentation est vérifiée, *a posteriori*, dans le Dossier Patient Informatisé, ce qui permet de différencier les DI Documentées des DI Non Documentées.

La discussion permettant la conciliation se compose donc :

- de l'apport d'informations sur le traitement à domicile au médecin prescripteur,
- puis d'un échange sur les divergences avec l'émission d'opinions pharmaceutiques telles que la présence d'interactions médicamenteuses ou pharmacocinétique, l'existence d'une galénique plus adaptée, la présence de recommandations (consensus ou référentiels), l'adaptation posologique à la fonction rénale... pour discuter des mesures correctives,
- enfin d'une décision médicale sur la prise en charge à suivre.

3.5 Traçabilité et poursuite de la prise en charge du patient

La conciliation permet d'échanger avec le médecin prescripteur, au sujet d'éventuelles actions correctrices à mettre en place afin d'accorder les deux listes de traitements. Ces actions peuvent être très variées, allant de la documentation dans le dossier patient, en passant par l'ajout d'une surveillance (par exemple ; surveillance de la tension artérielle), d'un examen biologique (par exemple, surveillance de l'INR), à la represcription d'un traitement. Cette discussion est tracée dans le Dossier Patient Informatisé (DPI), avec les coordonnées des personnes contactées et une conclusion ciblant le nombre de Divergences Non Intentionnelles (figure 34).

Cette fiche de conciliation des traitements médicamenteux est informatisée et intégrée dans le dossier patient informatisé, afin d'être consultable par tous (figure 35).

3.6 La conciliation médicamenteuse de sortie

Nous avons choisi de réaliser la CTM de sortie en deux étapes :

- Tout d'abord, une comparaison de la dernière prescription effectuée en hospitalisation versus le BMO,
- Ensuite, une comparaison du BMO à l'OMS.

La figure 38 suivante schématise l'évolution des prescriptions pour un patient donné, depuis son admission à l'hôpital jusqu'à la sortie d'hospitalisation.

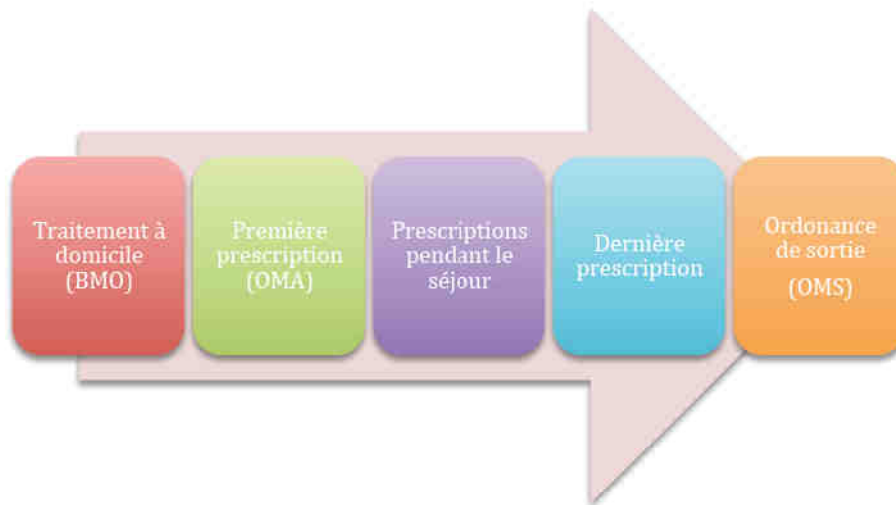


Figure 38 - Evolution des prescriptions de l'entrée à la sortie d'un patient

3.6.1 Comparaison du BMO avec l'OMS

La première étape de la CTM de sortie consiste à reporter l'Ordonnance des Médicaments à la Sortie et le BMO d'entrée sur la fiche de CTM de sortie (figure 40). L'OMS n'est pas encore rédigée, donc la comparaison s'effectue alors avec la dernière prescription dans le service. Une caractérisation du statut des lignes de traitements est effectuée selon les mêmes critères que précédemment (« poursuivi », « ajouté », « arrêté », « modifié », « suspendu » et « substitué »).

Cette comparaison est alors effectuée afin de préparer la discussion avec le médecin réalisant la sortie du patient. Chaque ligne analysée est ensuite dite « correcte » ou « divergente » et l'information est reportée dans la colonne « statuts » de la fiche de CTM (figure 36).

3.6.2 La conciliation médicamenteuse de sortie

La discussion avec le prescripteur permet de compléter la fiche de CTM en caractérisant les divergences, selon leur intentionnalité et leur documentation. La CTM de sortie suit la même méthodologie que celle de l'entrée. La conciliation peut amener le médecin à modifier l'OMS et / ou à apporter un commentaire ou un éclairage sur la raison d'une divergence. Ces explications sont reportées dans la fiche de CTM de sortie. Comme lors de l'entrée, cette discussion et cette fiche sont tracées dans le DPI.

3.7 Le lien « Ville - Hôpital »

L'élaboration d'une fiche récapitulant les modifications des traitements, entre l'entrée et la sortie du patient, fait suite à la CTM de sortie. Cette fiche de liaison assure un lien « Ville-Hôpital » par un envoi au pharmacien et au médecin traitant (figure 37). Cette transmission s'effectue dans la journée de sortie du patient par courrier. L'envoi pour le médecin traitant s'effectue via le secrétariat de l'unité de soins qui associe la fiche au courrier médical de sortie et pour le pharmacien d'officine, via le secrétariat de la pharmacie du CHCP.

3.8 Evaluation de l'impact clinique

Les DNI sont à l'origine d'erreurs médicamenteuses potentielles. Nous avons donc souhaité évaluer l'impact clinique en lien avec les DNI détectées. Nous avons, pour cela, interrogé individuellement : deux psychiatres, deux internes de psychiatries, deux médecins somaticiens et deux pharmaciens.

Il nous a paru intéressant d'interroger plusieurs professionnels afin d'objectiver les priorités de chaque évaluateur. Nous avons choisi l'échelle d'impact clinique de Hatoum qui présente quatre niveaux d'impact, initialement adaptés à des interventions pharmaceutiques, définies dans la figure 39, ci-dessous.

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

Figure 39 - Echelle d'évaluation des opinions pharmaceutiques selon Hatoum (79)

3.9 Evaluation de la satisfaction des professionnels

Concernant la mise en place de la conciliation des traitements médicamenteux au sein de notre établissement, il nous a semblé essentiel d'évaluer la satisfaction des professionnels de ville concernés mais aussi celle des praticiens hospitaliers de l'établissement.

Deux questionnaires ont été rédigés, l'un pour la ville et l'autre pour l'hôpital, conçus de façon à faciliter les réponses.

Le questionnaire de la ville (figure 40) a été envoyé à tous les médecins traitants et aux pharmaciens d'officine après la sortie du patient du service de soins. Ce document comporte sept questions, détaillant la connaissance de la CTM, la relation « Ville-Hôpital », l'évaluation de l'intérêt de cette démarche et les apports de la fiche de liaison.



**Questionnaire satisfaction sur le lien « ville-hôpital »
Ville**

Le .../.../2014

Pharmacie XXX / Docteur...

Docteur,

Nous vous avons sollicité, dans les mois précédents, suite à la mise en place de la conciliation des traitements médicamenteux au Centre Hospitalier Charles Perrens. Vous avez été contacté à deux reprises pour permettre la continuité de l'information et des soins entre la ville et l'hôpital:

- à l'entrée, lors d'un appel téléphonique, sur les traitements du patient avant son admission dans le service de gériatrie psychiatrie
- à la sortie du patient avec la mise en place du lien ville hôpital formalisé par un courrier de liaison.

Cette enquête est destinée à évaluer votre niveau de satisfaction vis à vis de cette démarche.

Nous vous remercions par avance pour votre collaboration.

1. Connaissiez vous la conciliation médicamenteuse, avant cette mise en place? Oui Non

A l'entrée du patient à l'hôpital:

2. Quel est votre ressenti sur le temps passé lors de l'entretien téléphonique :

- Trop chronophage et peu utile Trop chronophage et utile
 Rapide et peu utile Rapide et utile

3. Avez vous eu facilement accès aux informations demandées ?

- Oui Oui mais difficilement Non

A la sortie du patient à l'hôpital :

4. Que vous a apporté la fiche de liaison ville-hôpital ?

- Des informations non utilisables ou non adaptée à vos pratiques professionnelles
 Une meilleure compréhension de la prescription de sortie du patient
 Une information/ explication sur les modifications de traitement lors de l'hospitalisation
 Une adaptation des conseils pharmaceutique et information pour le patient lors de la dispensation / visite.
 Autres

5. Etes-vous satisfait de ce type de collaboration ville hôpital ?

- Oui tout à fait Plutôt satisfait Non satisfait

6. Que faites vous lorsque vous recevez ces courriers de liaisons pour certains de vos patients ?

- Diffusion de l'information à l'équipe (assistants, préparateurs, étudiants...)
 Archivage (papier ou informatique) des documents dans un dossier réservé au patient
 Document non conservé
 Autres

7. Avez vous des remarques particulières (informations manquantes, point à améliorer, proposition pour améliorer le lien ville hôpital) ?


.....
.....
.....

**Merci de renvoyer ce questionnaire par fax au 05.56.56.35.48
Pour nous contacter : 05.56.56.34.32**

Mélanie GERARD (interne en pharmacie hospitalière)

Figure 40 - Questionnaire de satisfaction pour la ville (CHCP)

Le questionnaire de satisfaction pour l'hôpital (figure 41) comporte huit questions, détaillant la connaissance de la conciliation médicamenteuse, la relation « service de soins – pharmacie », la relation « ville – hôpital » et l'intérêt de cette démarche.



Questionnaire de Satisfaction, suite à la conciliation médicamenteuse
Hôpital

Le .../.../2014

Docteur ...

Docteur,
Nous vous avons sollicité, dans les mois précédents, suite à la mise en place de la conciliation des traitements médicamenteux au Centre Hospitalier Charles Perrens. La conciliation a été réalisée à deux moments critiques du circuit du patient :

- Lors de son entrée avec un bilan de ses traitements avant son admission dans votre service de gériatrie psychiatrie
- Lors de sa sortie avec la mise en place du lien ville hôpital formalisé par un courrier de liaison.

Cette enquête est réalisée afin d'évaluer votre niveau de satisfaction vis à vis de la conciliation des traitements médicamenteux et de la mise en place du lien ville-hôpital.

Nous vous remercions par avance pour votre collaboration.

1. Connaissiez vous la conciliation médicamenteuse, avant cette mise en place? Oui
 Non

A l'entrée du patient à l'hôpital :

2. La conciliation, vous a-t-elle apporté des informations pertinentes ou vous aidant dans la prise en charge du patient?
 Oui Partiellement Non

3. Etes-vous satisfait de la collaboration avec la pharmacie pour cette nouvelle activité (délai de réalisation, rigueur...)?
 Oui tout à fait Plutôt satisfait Non satisfait

Si non, quels sont les points à améliorer :

4. Le temps passé, pour réaliser la conciliation médicamenteuse à l'entrée du patient, vous semble ?
 Rapide Adapté Trop chronophage

Temps moyen estimé par patient :min

A la sortie du patient à l'hôpital :

5. Pensez vous que le courrier de liaison ville hôpital est utile à vos confrères de ville ?
 Oui Non

6. Etes-vous satisfait de participer à ce type de collaboration ville hôpital ?
 Oui tout à fait Plutôt satisfait Non satisfait

7 Le temps passé, pour réaliser la conciliation médicamenteuse à la sortie du patient, vous semble ?
 Rapide Adapté Trop chronophage

Temps moyen estimé par patient :min

8. Avez-vous des remarques particulières (informations manquantes, point à améliorer, proposition pour faciliter la conciliation médicamenteuse au CHCP et améliorer le lien ville hôpital) ?
.....
.....

Merci de retourner ce questionnaire à la pharmacie
Pour nous contacter : 05.56.56.34.32

Mélanie GERARD (interne en pharmacie hospitalière)

Figure 41 -Questionnaire de satisfaction pour l'hôpital (CHCP)

4. Méthode d'analyse

4.1 Comparaison des sources d'informations du BMO

Nous avons effectué une comparaison des différentes sources d'informations consultées sur une période de 7 mois (Novembre 2013 à Juin 2014). Pour chaque patient concilié, un recueil systématique des informations apportées par toutes les sources interrogeables a été réalisé. Nous avons répertorié 12 sources potentielles, en essayant d'être le plus exhaustif possible. Ces différentes sources sont schématisées à travers la figure 42.



Figure 42 - Liste des sources d'informations potentielles

Pour une comparaison objective de ces sources d'informations, nous avons retenus quatre critères. Trois de ces critères sont définis selon Bonhomme et al. (58) : la disponibilité, l'exhaustivité et la complétude (figure 43). Un critère « temps » a été ajouté, suite à de nombreuses réflexions autour du caractère chronophage de cette activité.

➤ **La disponibilité** : une source est dite « disponible » si une mise à disposition de l'information est effective (par exemple, un médecin traitant qui répond au téléphone ou une poche de médicaments amenée par le patient).

- L'exhaustivité : désigne le nombre de spécialités identifiées par une source sans préjuger de la qualité de l'information.

- La complétude : renvoie au caractère « informationnel » de la source pour chaque spécialité. Un système de cotation a été créé afin de la mesurer. Celui-ci additionne, pour chaque médicament retrouvé : 1 point pour le nom de spécialité, 1 pour le dosage, 1 pour la forme et 1 pour la posologie. Prenons un exemple, un pharmacien d'officine qui indique un seul médicament : « Seroplex[®] 15mg comprimé, un le matin », obtient un score de complétude de 4 /4, alors que le patient qui cite du « Doliprane[®] gélule et du Dépakote[®] » n'obtient qu'un score de 3/ 8.

- Le temps : désigne la mesure du temps passé pour recueillir l'information.

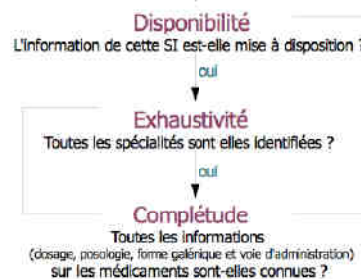


Figure 43 - Critères d'évaluation des sources d'informations (40)

Une première base de données Excel[®], « **Sources BMO** », a donc été créée afin de réunir les données obtenues sur les différentes sources d'informations. Elle récapitule, pour chaque patient inclus, les quatre critères (disponibilité, exhaustivité, complétude et temps) codés pour chacune des douze sources potentiellement interrogées. Egalement, pour chaque patient, ont été renseignés le nombre de lignes du BMO et le temps global.

L'objectif de notre étude était de comparer les sources d'informations afin d'identifier un ou plusieurs trinômes permettant un recueil du BMO, exhaustif et rapide. Cette identification s'est faite sur les quatre critères décrits précédemment.

Une deuxième base de données Excel®, « **Trinômes** », liste tous les trinômes de sources d'informations existants. En effet, dans le cadre de l'activité de pharmacie clinique, il nous a paru indispensable que le patient fasse parti du trinôme. Ainsi, nous avons obtenu 55 combinaisons potentielles de trinômes par patient, pour une consultation de douze sources d'informations.

Pour chaque trinôme, ont été calculé : la disponibilité globale du trinôme (possible ou impossible), l'exhaustivité (nombre de médicaments retrouvés grâce à ce trinôme) et la complétude (score global pour tous les traitements trouvés avec les trois sources). Le temps passé pour ce trinôme a également été reporté.

Cette base de données a permis de comparer les moyennes de chaque critère pour chaque trinôme afin d'essayer de voir si l'un des trinômes se démarquait pour un ou plusieurs critères.

4.2 Conciliation médicamenteuse d'entrée

➤ Activité de conciliation

Pour chaque patient inclus dans notre étude prospective, une base de données Excel[®], « **CTM entrée** », a été incrémentée suite à la conciliation.

L'objectif était de décrire la population conciliée (données sociodémographiques et traitements médicamenteux) et l'activité de conciliation avec les différents indicateurs existants (taux de DNI, taux de documentation des DI...). Nous avons également cherché à observer, avec des tests statistiques (test de CHI2) (80) si un lien existait entre le délai de réalisation de la CTM et la localisation géographique du service d'hospitalisation mais aussi entre les divergences et le lieu de vie du patient.

Des informations ont été reportées dans cette base de données:

- pour le patient : l'âge, le sexe, la provenance, le service d'hospitalisation, la date d'admission,
- pour l'OMA : le nombre moyen de médicaments,
- pour la CTM : le temps moyen de conciliation globale (BMO et CTM), le délai et la caractérisation des lignes (nombre de lignes au statut « correct », « divergent », « DID », DIND » et « DNI ») et
- pour les DNI : leur nature (omission, modification du dosage, de la posologie...).

➤ Les médicaments prescrits et leurs classes ATC

Une deuxième base de données Excel[®], appelée « **classe ATC** », avait pour objectif d'identifier les classes ATC les plus prescrites dans le BMO et l'OMA. Afin de mettre en évidence une éventuelle relation entre les classes ATC et les lignes à statut « correct », « DNI », nous avons réalisé des tests statistiques (test de CHI2 et Friedman Rank) (80).

Pour chaque ligne de traitement, nous avons reporté le code ATC, son statut et sa caractérisation lors de la CTM.

➤ Devenir des Divergences Non Intentionnelles

Une troisième base de données Excel[®], « **Devenir des DNI** », a permis de visualiser le résultat de la CTM pour les DNI : prescription d'une ligne de traitement, ou non prescription avec justification éventuelle. Nous avons cherché à observer si un lien potentiel reliait ces paramètres aux classes ATC.

4.3 Conciliation médicamenteuse de sortie

Pour chaque patient sortant sur la période d'étude, sa sortie a été incrémentée dans des bases de données, suite à sa conciliation de sortie.

La base de données, « **CTM sortie** », avait comme objectif de décrire la conciliation médicamenteuse à travers la population conciliée (données sociodémographiques et traitements médicamenteux) et l'activité de conciliation (DIND, DID, DNI ...).

Cette base de données reprends les informations principales sur :

- le patient : âge, sexe, provenance, service d'hospitalisation, date d'admission.
- l'OMS : nombre moyen de médicaments et
- la CTM : temps moyen de conciliation globale et caractérisation des lignes (nombre de lignes au statut « correct », « divergent », « DID », DIND » et « DNI »).

4.4 Lien « Ville – Hôpital »

Une base de données Excel[®], nommée « **Hors livret** », avait pour objectif d'évaluer le taux de represcription des traitements initiaux des patients. En effet, s'il y avait eu une substitution d'un traitement (car non référencé au CHCP) il devait en théorie, être represcrit à la sortie.

Pour chaque substitution observée, a été reportée la represcription ou non du traitement à domicile.

4.5 Evaluation de la CTM

4.5.1 L'impact clinique

L'impact clinique global de la CTM a été évalué grâce à une base de données Excel[®], « **Impact clinique** ». L'objectif était de savoir, dans un premier temps, si l'ensemble des intervenants de la CTM (évaluateurs) constatait un bénéfice pour le patient en terme d'impact clinique. Puis, dans un deuxième temps, selon la spécialité des évaluateurs, nous avons étudié l'existence d'un possible entre l'impact clinique et les classes ATC, grâce à des tests statistiques (test de CHI2) (80).

Pour chaque DNI, ont été reportés :

- l'impact clinique évalué par les huit professionnels de santé, codé de 0 à 3, selon l'échelle d'Hatoum,
- le code ATC du médicament concerné.

4.5.2 La satisfaction des professionnels de santé

Les différentes réponses aux questionnaires de satisfaction (médecins traitants, pharmaciens et professionnels hospitaliers) ont été reportées dans une base de données Excel[®], « **Satisfaction** ».

Cette base comprend les réponses sur la connaissance de la CTM, l'utilité de la CTM d'entrée, le temps consacré, les apports de la fiche de liaison et la satisfaction.

5. Résultats

Tous les patients hospitalisés entre le 21/11/2013 et le 20/06/2014, dans les deux services de géro-psycho-geriatrie, âgés de plus de 65 ans, ont bénéficié de la conciliation médicamenteuse.

Au cours des 7 mois d'étude, 110 patients ont été inclus. (Un seul patient n'a pas pu être concilié pour manque de sources d'informations, une seule était disponible le patient lui-même.)

Des analyses statistiques descriptives et comparatives ont été réalisées à partir de bases de données Excel® et grâce au site « BiostaTGV » de la Faculté de Jussieu (80).

5.1 Données sociodémographiques des patients conciliés

5.1.1 A l'entrée

Sur la cohorte de 110 patients, 62% sont des femmes et 38% des hommes, soit un sexe ratio H/F de 0,62. L'âge moyen ($m \pm sd$) est de $78,5 \pm 7,4$ ans (min : 65 – max : 96 ans). La répartition des âges est représentée sur la figure 44 ci-dessous.

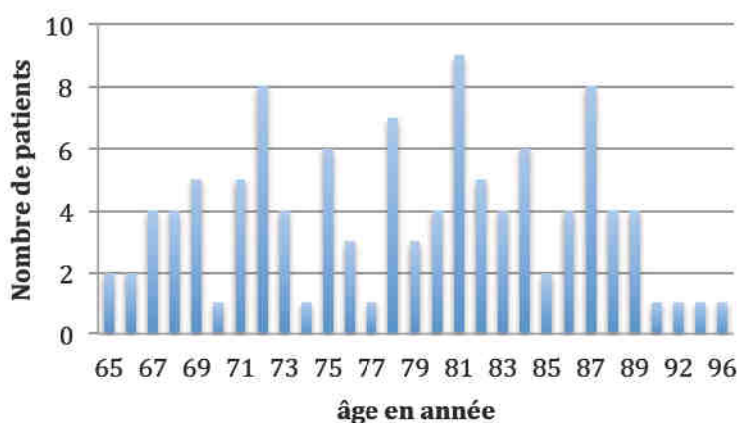


Figure 44 - Répartition de la population conciliée selon l'âge

Sur la période donnée, la durée moyenne de séjour est de 47 jours pour l'UISG et de 36 jours pour BAZIN. Pour rappel, l'admission en psychiatrie est fonction du secteur géographique du domicile du patient (on parle de « sectorisation »), mais aussi, elle tient compte naturellement de la pathologie et de la disponibilité des lits des unités de soins. La figure 45 suivante montre la répartition des patients selon leur service d'hospitalisation.

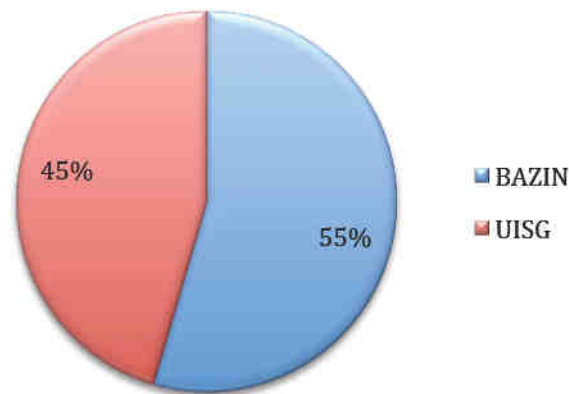


Figure 45 - Répartition des patients selon le service d'hospitalisation

La provenance des patients, avant leur admission au Centre hospitalier Charles Perrens, a été renseignée. Connaître le lieu de vie du patient, avant son hospitalisation, permet d'obtenir des informations comme les antécédents médicaux et les personnes à contacter pour réaliser la conciliation médicamenteuse (infirmier(e) à domicile, EHPAD, courrier de transfert...).

Comme le montre la figure 46 suivante, les patients proviennent de leur domicile (58 patients), d'un autre service hospitalier (transfert : 32 patients), d'un établissement (EHPAD ou maison de retraite : 19 patients) et ré-hospitalisation dans le même service (durée de sortie insuffisante pour qu'il y ait une modification de la prescription : 2 patients).

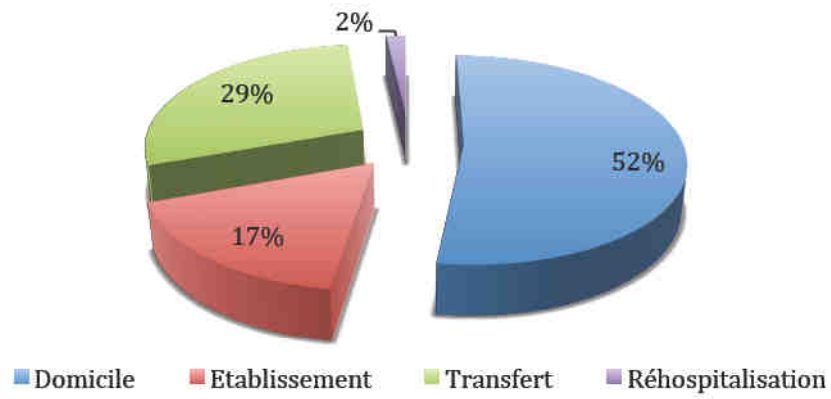


Figure 46 - Origine des patients

5.1.2 A la sortie

Sur la période étudiée, 88 des 110 patients (soit 80%) ont bénéficié d'une sortie d'hospitalisation et ont donc pu être conciliés à la sortie. 62,5% sont des femmes et 37,5% des hommes, soit un sexe ratio H/F de 0,60. L'âge moyen ($m \pm sd$) est de $78 \pm 7,3$ ans (min : 65 – max : 93 ans).

5.2 Comparaison des sources d'informations

5.2.1 Description des sources d'informations

Dans le tableau 3 suivant, nous avons résumé les résultats (m +/- sd, min – max) pour les quatre critères choisis pour chaque source d'informations envisagée, à savoir : la disponibilité, l'exhaustivité, la complétude et le temps.

Tableau 3 -Résultats descriptifs des sources d'informations (4 critères)

	Disponibilité	Exhaustivité	Complétude	Temps
Médecin traitant	70,90%	66% +/- 31% (min: 0 - max: 100)	60% +/- 29% (min: 0 - max: 100)	4,5 min +/- 2,1 min (min: 1 - max: 16)
Pharmacien d'officine	99,10%	92% +/- 15% (min: 43 - max: 100)	90% +/- 16% (min: 24 - max: 100)	5,9 min +/- 2,6 min (min: 2 - max: 15)
Médecin spécialiste	4,50%	38% +/- 42% (min: 0 - max: 100)	34% +/- 38% (min: 0 - max: 90)	2,5 min +/- 1,9 min (min: 1 - max: 5)
Courriers d'hospitalisation	94,50%	54% +/- 39% (min: 0 - max: 100)	47% +/- 38% (min: 0 - max: 100)	6,6min +/- 3,7 min (min: 2 - max: 20)
Dossier Patient Informatisé	100%	54% +/- 38% (min: 0 - max: 100)	47% +/- 37% (min: 0 - max: 100)	9,3 min +/- 4,1 min (min: 2 - max: 20)
Etablissement d'origine	18,20%	82% +/- 24% (min: 0 - max: 100)	80% +/- 27% (min: 0 max: 100)	6,2 min +/- 3,5 min (min: 2 - max: 15)
Infirmier(e) à domicile	20,90%	50% +/- 32% (min: 0 - max 100)	46% +/- 32% (min: 0 - max: 100)	3,9 min +/- 1,5 min (min: 2 - max: 7)
Patient	92,70%	21% +/- 30% (min: 0 - max: 100)	13% +/- 23% (min: 0 - max: 100)	12,9 min +/- 7,6 min (min: 0 - max: 45)
Entourage	66,40%	38% +/- 37% (min: 0 - max: 100)	28% +/- 34% (min: 0 - max: 100)	5,6 min +/- 4,4 min (min: 0 - max: 25)
Médicaments apportés	27,30%	62% +/-36% (min: 0 - max: 100)	45% +/- 31% (min: 0 - max: 100)	3,4 min +/-1,3 min (min: 2 - max: 10)
Prescriptions apportées	37,30%	85% +/- 19% (min: 14 - max: 100)	80% +/- 21% (min: 23 - max: 100)	3,5min +/- 2 min (min: 0 - max: 15)
Dossier Pharmaceutique	33,60%	55% +/- 48% (min: 0 - max: 100)	50% +/- 42% (min: 0 - max: 100)	4,4 min +/- 1,3 min (min: 1 - max: 7)

Pour chacun des quatre critères (disponibilité, exhaustivité, complétude et temps) du tableau précédent, nous avons mis en évidence les quatre sources les plus :

- disponibles: le DPI (100%), le pharmacien d'officine (99,1%), les courriers médicaux (94,5%) et le patient (92,7%),
- exhaustives : le pharmacien d'officine (92%), les prescriptions apportées par le patient (85%), l'établissement (82%) et le médecin traitant (66%),
- complètes (en terme d'information sur les lignes de traitement) : le pharmacien d'officine (90%), les prescriptions apportées (80%) – les établissements (80%) et le médecin traitant (60%),
- rapides (en terme de temps de recueil) : le médecin spécialiste (2,5 minutes), les médicaments apportées (3,4 minutes), les prescriptions apportées (3,5 minutes) et l'infirmier(e) (3,9 minutes).

Ainsi, il semble que le **pharmacien d'officine** soit une source particulièrement intéressante, compte tenu de sa présence sur trois critères majeurs (disponibilité, exhaustivité et complétude). De plus, si on associe les informations du pharmacien d'officine et les prescriptions apportées (fournies par la source « patient »), nous nous rendons compte que l'exhaustivité, la complétude et le temps sont également améliorés.

Cependant, pour certaines sources fréquemment utilisées pour réaliser le BMO dans la littérature, nous observons:

- une exhaustivité et complétude de 80 et 82% pour la source « Etablissement » quand elle est disponible (disponibilité de 18,2 %),
- une disponibilité, exhaustivité et complétude de l'ordre de 60-70% pour la source « Médecin traitant ».

Ces résultats sont illustrés dans les figures 47 et 48 suivantes.

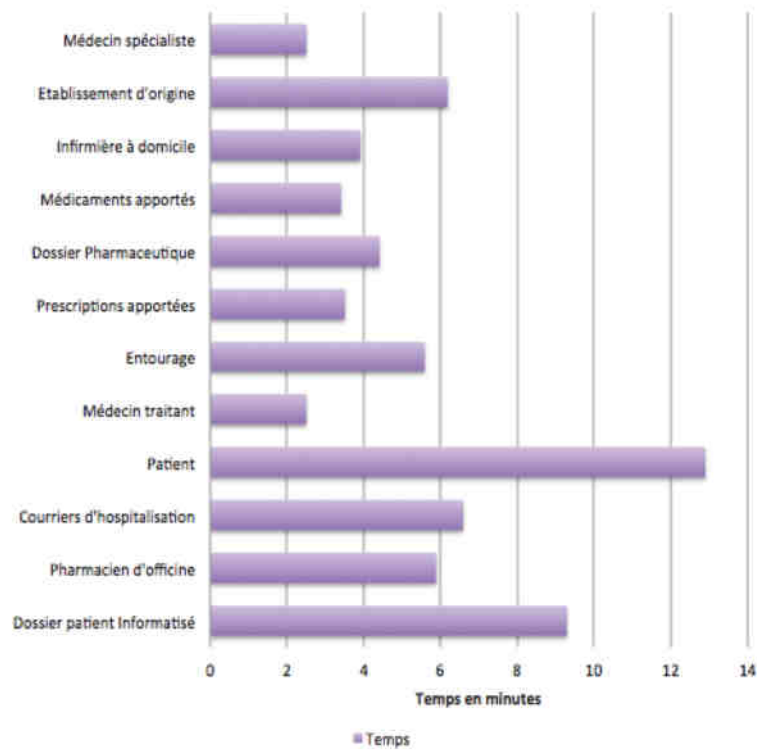


Figure 47 - Critère temps par source d'informations

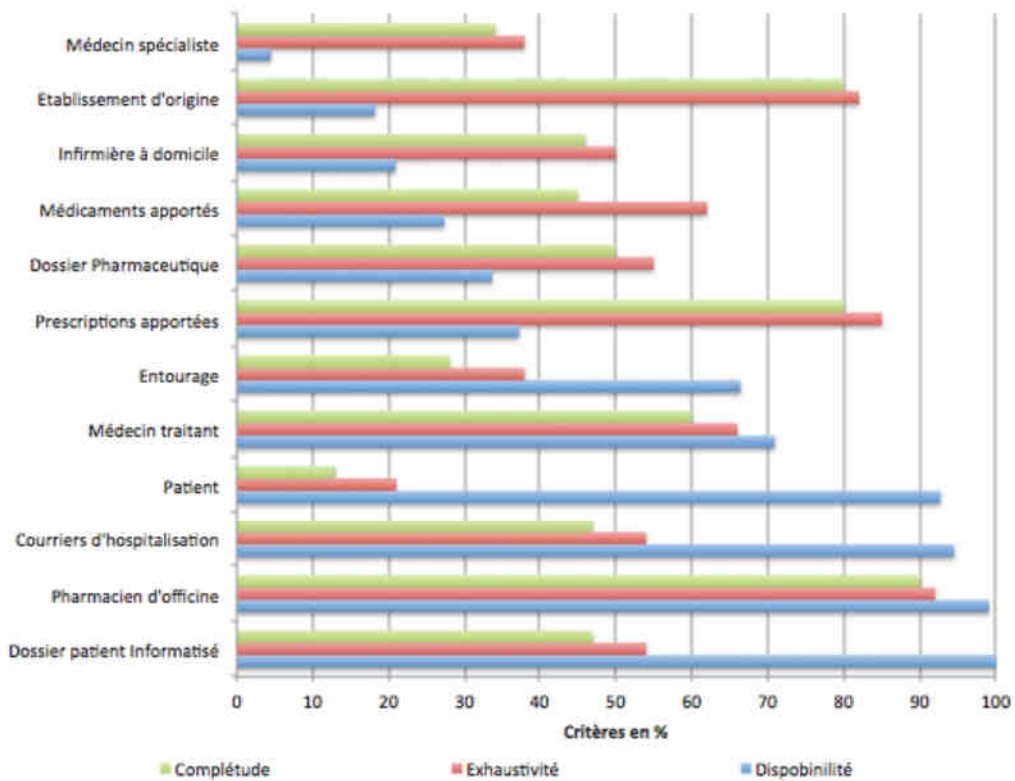


Figure 48 - Critères disponibilité / exhaustivité / complétude par source d'informations

5.2.2 Comparaison des trinômes de sources d'informations

Nous avons analysé douze sources d'informations potentielles. Pour rappel, comme nous l'avons expliqué précédemment, nous avons observé uniquement les trinômes comportant le « patient » comme source d'informations. Le nombre de combinaisons, comprenant le « patient », est donc de 55 trinômes pour chaque patient. Certaines sources, lors du recueil du BMO, ne sont pas disponibles et sont dites « Non applicable » (par exemple : un médecin traitant en congés, des médicaments non apportés). La présence d'au moins une source « Non applicable » rend le trinôme « Non applicable ». Les 55 combinaisons envisagées n'ont donc pas pu être toutes étudiées, mais nous avons observé une moyenne de 14 à 15 trinômes réellement complets par patient (min : 1 – max : 36).

Sachant qu'il y a 55 combinaisons potentielles et que notre cohorte comprend 110 patients, nous avons donc analysé 6050 trinômes potentiels et calculé les 4 critères pour chacun, soit :

- une disponibilité moyenne de 26,3% (soit 1593 trinômes disponibles et 4457 trinômes « non applicables »),
- une exhaustivité moyenne de 83% +/- 24 % (min : 0 – max : 100),
- une complétude moyenne de 82% +/- 24% (min : 0 – max : 100),
- un temps moyen de 24 minutes par trinôme +/- 10 minutes (min : 5 – max : 65).

Pour chaque trinôme possible, nous avons repris l'ensemble des quatre critères. Les résultats sont reportés dans le tableau 4 suivant.

Les abréviations des sources sont les suivantes :

- Patient :	Pa
- Pharmacien d'officine :	PO
- Médecin traitant :	MT
- Prescriptions :	Pr
- Médecin spécialiste :	Spé
- Courriers médicaux :	C
- Dossier patient informatisé :	DPI
- Dossier pharmaceutique :	DP
- Etablissement d'origine :	E
- Infirmier(e) à domicile :	IDE
- Entourage :	F
- Médicaments apportés :	M

Tableau 4 - Analyse des trinômes de sources d'informations

Trinômes			Disponibilité en % (n patients)	Exhaustivité en %	Complétude en %	Temps en minutes	Nombre de patients sans médicament retrouvé par ce trinôme	Nombre de patients avec un BMO complet avec ce trinôme
Pa	PO	MT	77,3% (85)	93% +/- 14% (min: 40 - max: 100)	92% +/- 13% (min: 40 - max: 100)	23 +/- 10 min (min: 8 - max: 60)	0	60
Pa	PO	Pr	38,2% (42)	96% +/- 11% (min: 44 - max: 100)	96% +/- 7% (min: 64 - max: 100)	24 +/- 9 min (min: 11 - max: 55)	0	34
Pa	PO	Spé	5,5% (6)	92% +/- 13% (min: 63 - max: 100)	96% +/- 6% (min: 88 - max: 100)	23 +/- 12 min (min: 11 - max: 37)	0	5
Pa	PO	C	96,4% (106)	97% +/- 11% (min: 10 - max: 100)	97% +/- 6% (min: 67 - max: 100)	25 +/- 10 min (min: 8 - max: 55)	0	88
Pa	PO	DPI	99,1% (109)	95% +/- 13% (min: 10 - max: 100)	95% +/- 9% (min: 56 - max: 100)	28 +/- 9 min (min: 8 - max: 60)	0	82
Pa	PO	DP	32,7% (36)	90% +/- 24% (min: 5 - max: 100)	94% +/- 12% (min: 53 - max: 100)	23 +/- 9 min (min: 11 - max: 55)	0	27
Pa	PO	E	17,3% (19)	100% +/- 0% (min: 100 - max: 100)	97% +/- 6% (min: 80 - max: 100)	23 +/- 10 min (min: 9 - max: 38)	0	19
Pa	PO	IDE	20,9% (23)	89% +/- 19% (min: 41 - max: 100)	90% +/- 15% (min: 45 - max: 100)	20 +/- 8 min (min: 9 - max: 40)	0	15
Pa	PO	F	65,5% (72)	91% +/- 17% (min: 33 - max: 100)	92% +/- 13% (min: 45 - max: 100)	24 +/- 10 min (min: 8 - max: 57)	0	48
Pa	PO	M	19,1% (21)	96% +/- 11% (min: 44 - max: 100)	93% +/- 12% (min: 53 - max: 100)	22 +/- 8 min (min: 10 - max: 38)	0	24
Pa	MT	Pr	29,1% (32)	92% +/- 12% (min: 60 - max: 100)	94% +/- 11% (min: 63 - max: 100)	22 +/- 11 min (min: 8 - max: 11)	0	19
Pa	MT	Spé	4,5% (5)	73% +/- 19% (min: 45 - max: 91)	73% +/- 17% (min: 55 - max: 100)	17 +/- 11 min (min: 6 - max: 37)	0	0
Pa	MT	C	72,7% (80)	81% +/- 23% (min: 0 - max: 100)	79% +/- 26% (min: 0 - max: 100)	23 +/- 9 min (min: 6 - max: 58)	1	35
Pa	MT	DPI	76,4% (84)	77% +/- 28% (min: 0 - max: 100)	77% +/- 25% (min: 0 - max: 100)	25 +/- 10 min (min: 8 - max: 65)	5	34
Pa	MT	DP	22,7% (25)	84% +/- 19% (min: 40 - max: 100)	82% +/- 17% (min: 36 - max: 100)	21 +/- 10 min (min: 11 - max: 60)	0	11
Pa	MT	E	11,8% (13)	94% +/- 10% (min: 71 - max: 100)	90% +/- 12% (min: 70 - max: 100)	19 +/- 8 min (min: 8 - max: 35)	0	9

Pa	MT	IDE	15,5% (17)	76% +/- 28% (min: 11 - max: 100)	80% +/- 21% (min: 45 - max: 100)	20 +/- 10 min (min: 7 - max: 41)	0	6
Pa	MT	F	49,1% (54)	72% +/- 28% (min: 0 - max: 100)	70% +/- 28% (min: 8 - max: 100)	23 +/- 12 min (min: 5 - max : 62)	2	14
Pa	MT	M	20% (22)	82% +/- 26% (min: 10 - max: 100)	85% +/- 22% (min: 4 - max: 100)	22 +/- 8 min (min: 8 - max: 36)	0	10
Pa	Pr	Spé	2,7% (3)	80% +/- 18% (min: 64 - max: 100)	75% +/- 34% (min: 36 - max: 100)	19 +/- 10 min (min: 11 - max: 36)	0	1
Pa	Pr	C	37,3% (41)	85% +/- 18% (min: 22 - max: 100)	88% +/- 15% (min: 50 - max: 100)	24 +/- 9 min (min: 13 - max: 53)	0	17
Pa	Pr	DPI	39,1% (43)	86% +/- 19% (min: 22 - max: 100)	88% +/- 16% (min: 44 - max: 100)	26 +/- 10 min (min: 11 - max: 60)	0	20
Pa	Pr	DP	16,4% (18)	90% +/- 16% (min: 44 - max: 100)	90% +/- 12% (min: 67 - max: 100)	24 +/- 11 min (min: 11 - max: 55)	0	9
Pa	Pr	E	0,9% (1)	100% (min: 100 - max: 100)	100% (min: 100 - max: 100)	37 min (min: 37 - max 37)	0	1
Pa	Pr	IDE	7,3% (8)	91% +/- 10% (min: 75 - max: 100)	85% +/- 20% (min: 44 - max: 100)	18 +/- 9 min (min: 8 - max: 35)	0	3
Pa	Pr	F	26,4% (29)	81% +/- 21% (min: 22 - max: 100°)	79% +/- 21% (min: 10 - max: 100)	22 +/- 11 min (min: 9 - max: 57)	0	9
Pa	Pr	M	12,7% (14)	85% +/- 22% (min: 33 - max: 100)	90% +/- 15% (min: 52 - max: 100)	21 +/- 7 min (min: 11 - max: 35)	0	8
Pa	Spé	C	2,7% (3)	59% +/- 39% (min: 22 - max: 100)	71% +/- 26% (min: 53 - max: 100)	26 +/- 9 min (min: 18 - max: 36)	0	1
Pa	Spé	DPI	4,5% (5)	67% +/- 34% (min: 14 - max: 100)	62% +/- 39% (min: 14 - max: 100)	25 +/- 10 min (min: 11 - max: 36)	0	1
Pa	Spé	DP	2,7% (3)	86% +/- 13% (min: 75 - max: 100)	94% +/- 11% (min: 81 - max: 100)	22 +/- 13 min (min: 11 - max: 36)	0	1
Pa	Spé	E	NA	Non applicable	Non applicable	Non applicable	0	0
Pa	Spé	IDE	NA	Non applicable	Non applicable	Non applicable	0	0
Pa	Spé	F	3,6% (4)	54% +/- 9% (min: 42 - max: 63)	55% +/- 22% (min: 25 - max: 75)	21 +/- 12 min (min: 11 - max: 38)	0	0
Pa	Spé	M	2,7% (3)	76% +/- 18% (min: 55 - max: 88)	67% +/- 28% (min: 36 - max: 91)	19 +/- 9 min (min: 11 - max: 29)	0	0
Pa	C	DPI	97,3% (107)	71% +/- 30% (min: 0 - max: 100)	70% +/- 31% (min: 0 - max: 100)	28 Min +/- 10 min (min: 12 - max: 58)	5	30
Pa	C	DP	31,8% (35)	77% +/- 33% (min: 0 - max: 100)	72% +/- 30% (min: 0 - max: 100)	23 +/- 9 min (min: 14 - max: 53)	3	17
Pa	C	E	16,4% (18)	97% +/- 8% (min: 71 - max: 100)	93% +/- 15% (min: 2 - max: 100)	24 +/- 10 min (min: 10 - max: 45)	0	15

Pa	C	IDE	20% (22)	75% +/- 28% (min: 9 - max: 100)	76% +/- 27% (min: 2 - max: 100)	20 +/- 9 min (min: 5 - max: 45)	0	7
Pa	C	F	60,9% (67)	70% +/- 29% (min: 0 - max: 100)	65% +/- 31% (min: 0 - max: 100)	25 +/- 10 min (min: 7 - max: 55)	3	16
Pa	C	M	25,5% (28)	76% +/- 21% (min: 33 - max: 100)	71% +/- 26% (min: 13 - max: 100)	21 +/- 8 min (min: 11 - max: 43)	0	6
Pa	DPI	DP	31,8% (35)	79% +/- 32% (min: 0 - max: 100)	76% +/- 28% (min: 0 - max: 100)	25 +/- 8 min (min: 11 - max: 50)	3	17
Pa	DPI	E	17,3% (19)	97% +/- 7% (min: 78 - max: 100)	90% +/- 15% (min: 45 - max: 100)	25 +/- 10 min (min: 11 - max: 40)	0	15
Pa	DPI	IDE	20,9% (23)	77% +/- 23% (min: 9 - max: 100)	70% +/- 26% (min: 7 - max: 100)	22 +/- 9 min (min: 8 - max: 45)	0	6
Pa	DPI	F	63,6% (70)	70% +/- 31% (min: 0 - max: 100)	66% +/- 30% (min: 0 - max: 100)	27 +/- 10 min (min: 0 - max: 62)	4	18
Pa	DPI	M	27,3% (30)	73% +/- 28% (min: 0 - max: 100)	68% +/- 28% (min: 9 - max: 100)	24 +/- 9 min (min: 9 - max: 45)	1	10
Pa	DP	E	3,6% (4)	96% +/- 10% (min: 78 - max: 100)	93% +/- 12% (min: 75 - max: 100)	23 +/- 11 min (min: 15 - max: 35)	0	4
Pa	DP	IDE	6,4% (7)	88% +/- 25% (min: 33 - max: 100)	82% +/- 10% (min: 67 - max: 100)	19 +/- 4 min (min: 15 - max: 25)	0	5
Pa	DP	F	21,8% (24)	73% +/- 33% (min: 0 - max: 100)	68% +/- 28% (min: 0 - max: 100)	23 +/- 9 min (min: 11 - max: 57)	2	10
Pa	DP	M	13,6% (15)	81% +/- 29% (min: 0 - max: 100)	68% +/- 26% (min: 8 - max: 100)	21 +/- 6 min (min: 11 - max: 32)	1	7
Pa	E	IDE	NA	Non applicable	Non applicable	Non applicable	0	1
Pa	E	F	9,1% (10)	85% +/- 35% (min: 0 - max: 100)	84% +/- 31% (min: 0 - max: 100)	22 +/- 12 min (min: 6 - max: 40)	1	5
Pa	E	M	3,6% (4)	97% +/- 7% (min: 87 - max: 100)	95% +/- 10% (min: 81 - max: 100)	20 +/- 8 min (min: 13 - max: 32)	0	3
Pa	IDE	F	13,6% (15)	64% +/- 32% (min: 1 - max: 100)	61% +/- 27% (min: 7 - max: 100)	19 +/- 10 min (min: 7 - max: 37)	0	4
Pa	IDE	M	4,5% (5)	93% +/- 10% (min: 81 - max: 100)	73% +/- 14% (min: 55 - max: 92)	20 +/- 4 min (min: 15 - max: 25)	0	3
Pa	F	M	17,3% (19)	71% +/- 22% (min: 25 - max: 100)	65% +/- 27% (min: 19 - max: 100)	21 +/- 8 min (min: 6 - max: 36)	0	2

Les résultats décrits sont issus du tableau 4 précédent, dont nous avons retiré tous les trinômes contenant l'établissement, l'infirmier(e) ou le médecin spécialiste.

Il semble que seulement deux trinômes proposent des résultats $\geq 95\%$ pour les trois critères principaux permettant d'obtenir un BMO exhaustif, complet et rapide, avec une disponibilité satisfaisante. Il s'agit des trinômes :

- **« Patient - Pharmacien d'officine - DPI » :**
(D : 99,1% / E : 95% / C : 95% / T : 28 min)
- **« Patient – Pharmacien d'officine – Courriers médicaux » :**
(D : 96,4% / E : 97% / C : 97% / T : 25 min)

Cependant, certains trinômes, bien que plus rarement disponibles, peuvent avoir un intérêt pour certains patients (exhaustivité et complétude $\geq 93\%$) :

- le trinôme « Patient - Pharmacien d'officine – Prescriptions apportées » :
(D : 38,2% / E : 96% / C : 96% / T : 24 min)
- le trinôme « Patient - Pharmacien d'officine – Médecin traitant » :
(D : 77,3% / E : 96% / C : 93% / T : 23 min)

Pour le critère temps, la durée de recueil moyenne pour chaque trinôme est assez homogène, entre 19 et 28 minutes. Cependant, les trinômes permettant un recueil le plus rapide (17 à 18 minutes) sont :

- « Patient – Médecin traitant- Médecin spécialiste »
(D : 4,5% / E : 77% / C : 73% / T : 17min)
- « Patient – Prescriptions apportées – Infirmier(e) à domicile »
(D : 7,3% / E : 91% / C : 85% / T : 18min)

Malgré leur rapidité, ces trinômes ne peuvent être utilisés en routine car ils sont très peu disponibles.

Nous observons trois cas particuliers : l’infirmier(e) à domicile, l’établissement (EHPAD) et le médecin spécialiste. En effet, la consultation de ces trois sources d’informations ne dépend pas uniquement de leur disponibilité mais principalement de leur existence. C’est pour cela que ces trois cas sont analysés séparément des autres trinômes.

Dans le cas où le patient a une « **Infirmier(e) à domicile** » qui passe pour la gestion du traitement médicamenteux, nous avons observé les résultats suivants (figure 49 et 50).

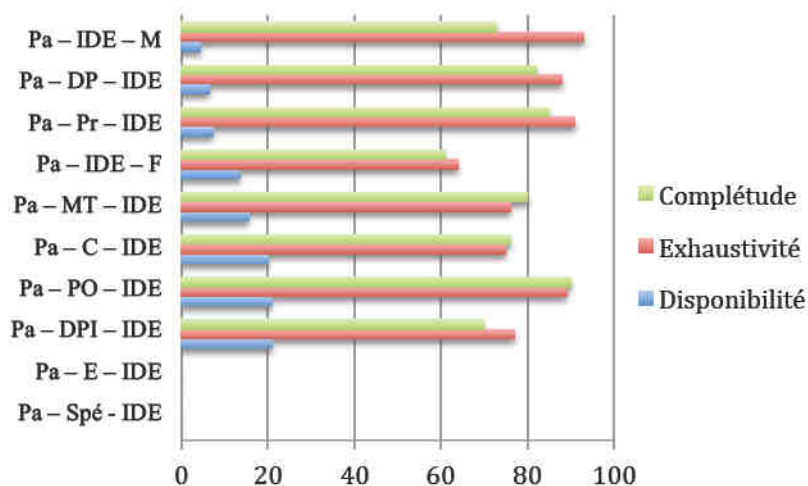


Figure 49 - Comparaison des trinômes pour les patients avec un infirmier(e) (disponibilité, exhaustivité et complétude)

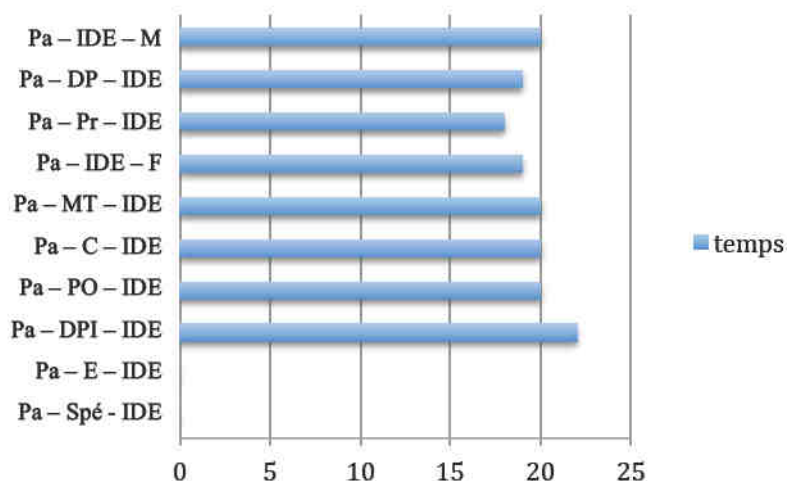


Figure 50 - Comparaison des trinômes pour les patients avec un infirmier(e) à domicile (temps)

Le meilleur trinôme, contenant l’infirmier(e) et le patient, semble être « **Patient – Pharmacien d’officine – Infirmier(e) à domicile** » (D : 20,9%, E : 89%, C : 90% et T : 20 min) mais ce résultat est inférieur aux combinaisons ne comportant pas l’infirmier(e). Le critère temps moyen est équivalent pour l’ensemble des possibilités, de 18 à 22 minutes par trinôme.

Lorsque le patient vit dans un « **Etablissement** » (EHPAD), où la gestion du traitement médicamenteux est réalisée au sein de la structure, nous avons observé les résultats suivants (figure 51 et 52).

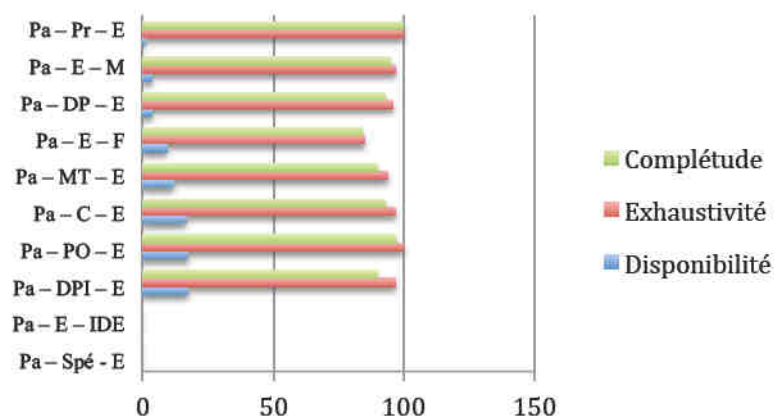


Figure 51 - Comparaison des trinômes de sources d'informations des patients vivant dans un établissement (disponibilité, exhaustivité et complétude)

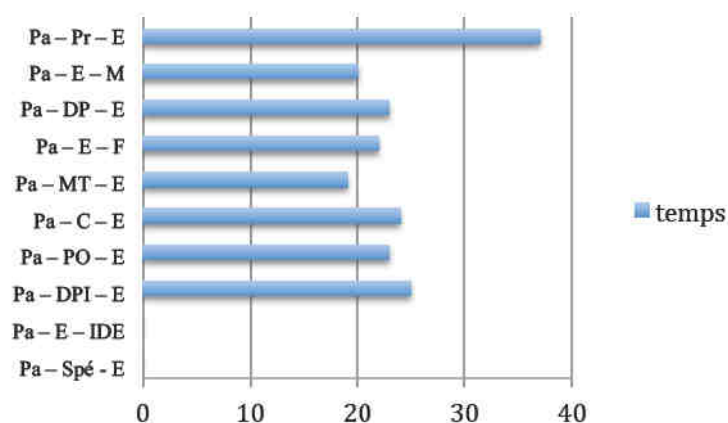


Figure 52 - Comparaison des trinômes de sources d'informations des personnes vivant en établissement (temps)

Les résultats suivant pour les critères « Exhaustivité » et « Complétude », sont obtenus:

- « **Patient – Pharmacien d'officine – Etablissement** »
(D : 17,3%, E : 100% , C : 97% et T : 23 min)
- « **Patient – Prescriptions – Etablissement** »
(D : 0,9%, E : 100%, C : 100% et T : 37 min)

Bien que rarement disponible, l'établissement est une source indispensable lorsqu'elle existe et est à prioriser.

Le temps moyen est équivalent pour la majorité des possibilités, de 19 à 25 minutes par trinômes (excepté pour « Patient – Prescriptions – Etablissement » avec un temps de 37 minutes (pour 1 cas)).

Enfin, si le patient a consulté un « Médecin spécialiste », nous avons observé les résultats suivants (figure 53 et 54).

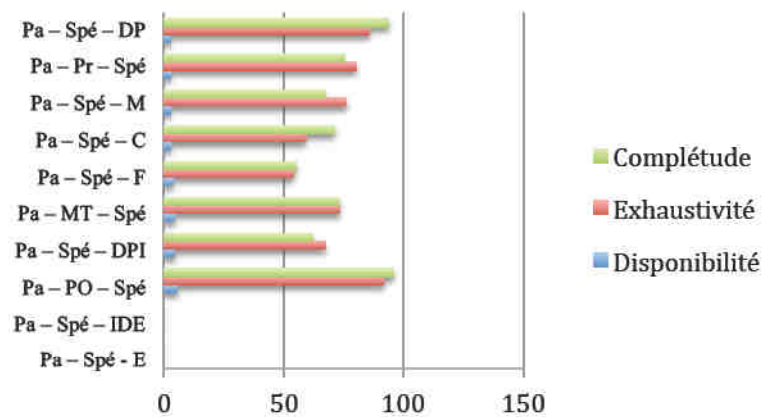


Figure 53 - Comparaison des trinômes de sources d'informations, avec un médecin spécialiste (disponibilité, exhaustivité et complétude)

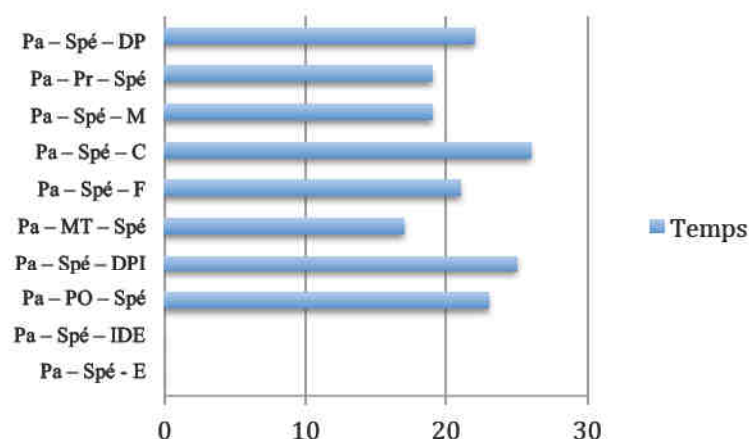


Figure 54 - Comparaison des trinômes de sources d'informations, avec un médecin spécialiste (temps)

Les trinômes, contenant le « Spécialiste », ne sont pas meilleurs, pour les critères d'exhaustivité et de complétude, que les trinômes ne le contenant pas :

➤ « **Patient – Pharmacien d'officine – Médecin spécialiste** »

(D : 5,5%, E : 92%, C : 96% et T : 23 min)

➤ « **Patient – Médecin spécialiste – DP** »

(D : 2,7%, E : 86%, C : 94% et T : 22 min)

Pour le critère temps, l'ensemble des temps moyens par trinôme semble équivalent de 19 à 26 minutes.

Cependant cette source, bien que peu utile dans la CTM, n'est pas à écarter de façon systématique car elle peut apporter une information complémentaire pour la prise en charge thérapeutique du patient.

5.3 Conciliation des traitements médicamenteux d'entrée

5.3.1 Le BMO

Sur la cohorte de 110 patients, nous avons pu observer :

- un temps moyen de recueil du BMO (avec 12 sources d'informations potentiellement interrogées) de 52,2 min +/- 13,6 min (min : 30 – max : 93),
- un nombre de ligne du BMO de **8,7 spécialités** +/- 4, 0 (min : 0 – max : 23),
- un nombre moyen de sources interrogées de 6,7 par patient +/- 1,3 (min : 3 – max : 10).

5.3.2 Temps nécessaire à la CTM

Le temps moyen pour réaliser l'ensemble de la conciliation (de l'élaboration du BMO à la discussion avec le médecin) pour un patient donné, est de **62,8 ± 14,4 minutes** (min : 38 minutes - max 101 : minutes). Il est rappelé que dans le cadre de cette étude, nous avons interrogé toutes les sources d'informations possibles (avec une durée moyenne d'élaboration du BMO de 52,2 minutes).

5.3.3 Délai de conciliation d'un patient

Le délai entre l'admission dans le service et la conciliation médicamenteuse est un indicateur des High 5s. Il est représenté par l'**indicateur MRI** qui correspond au nombre de conciliations réalisées moins de 24 heures après l'admission. Dans notre étude, nous obtenons un indicateur de **40%**.

La figure 55 ci-dessous présente la répartition des patients en fonction du délai de réalisation de la CTM. Nous constatons que sur 110 patients, 44 (40%) ont été conciliés en moins de 24 heures, 27 (25%) en 24-48 heures et 39 (35%) en plus de 48 heures.

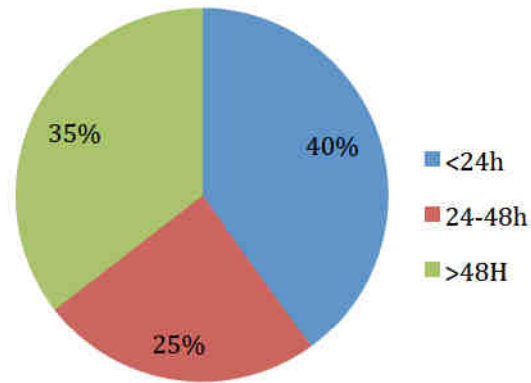


Figure 55 - Délai de réalisation de la CTM

Nous nous sommes interrogés pour savoir si la localisation géographique des services pouvait impacter ce délai de conciliation. En effet, l'unité de soins BAZIN se trouve sur le site même de l'hôpital Charles Perrens, tandis que l'unité de soins UISG se trouve à l'hôpital Xavier Arnoz, nécessitant environ 20 minutes de trajet.

Tableau 5 - Délai de conciliation en fonction du service

	UISG	BAZIN
<24h	18	26
24-48h	13	14
>48h	19	20

En appliquant un test statistique CHI2 sur le tableau 5, ci dessus, nous n'avons pas observé de lien entre la localisation du service et le délai pour réaliser la conciliation ($p=0,736$ avec un $Q_{obs} = 0,613$ et $ddl = 2$). L'éloignement du service UISG n'a pas pour conséquence un allongement du délai de conciliation médicamenteuse. Il est également intéressant de noter que les déplacements au sein de cette unité étaient fixés des jours précis (lundi, mercredi après midi et vendredi matin).

5.3.4 Analyse des lignes de prescriptions OMA et BMO

En début d'hospitalisation, le nombre moyen de traitements sur l'Ordonnance des Médicaments à l'Admission (OMA) est de **7,4 spécialités** +/- 3,3 (min : 0 – max : 17). La figure n°56 suivante montre la répartition du nombre de patients en fonction du nombre de médicaments sur leur OMA.

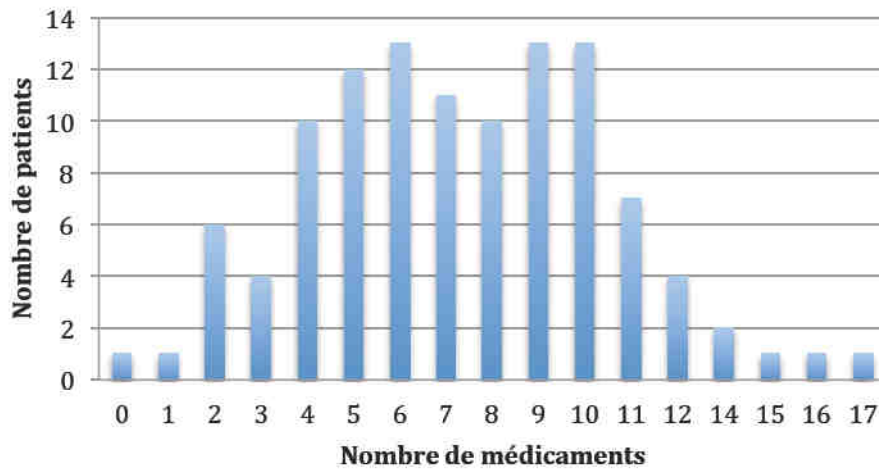


Figure 56 - Répartition du nombre de patients en fonction du nombre de médicaments sur l'OMA

1156 lignes de traitements ont été étudiées. L'analyse, comparant le BMO à l'OMA, a permis de fixer un statut pour chaque ligne. Dans la figure n°57 ci-dessous, nous visualisons la répartition des statuts :

- lorsque la ligne était identique entre le BMO et l'OMA, on parle de lignes à statut « Poursuivi » (442 lignes, soit 38,2%),
- lorsqu'une ligne du BMO était absente sur l'OMA, on parle de lignes à statut « Arrêté » (358 lignes, soit 31,0%),
- lorsqu'une ligne de l'OMA était absente du BMO, on parle de lignes à statut « Ajouté » (192 lignes, soit 16,6%) ,
- lorsqu'il y a une modification de dosage, posologie, forme galénique entre le BMO et l'OMA, on parle de lignes à statut « Modifié » (149 lignes, soit 12,9%),
- lorsqu'une ligne du BMO a été remplacée par un équivalent du livret du CHCP, on parle de lignes à statut « Substitué » (15 lignes, soit 1,3%).

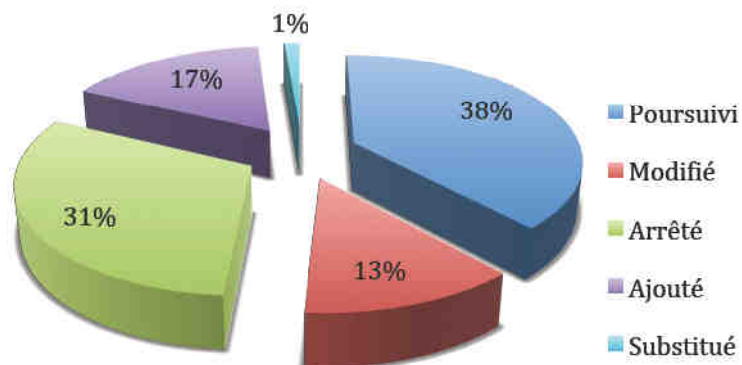


Figure 57- Statuts des lignes comparées entre le BMO et l'OMA

5.3.5 Caractérisation des divergences

Le statut fixé précédemment permet de caractériser les lignes selon les critères de la CTM : les lignes poursuivies à l'identique étaient caractérisées de « correctes » et les autres de « divergentes ». La figure n°58 suivante présente la répartition des lignes analysées selon l'existence d'une divergence (statut « divergent ») ou l'absence de divergence (statut « correct »).

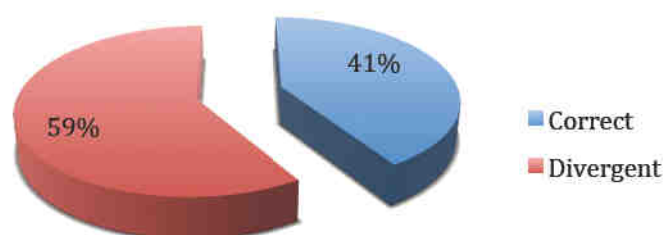


Figure 58 - Analyse des lignes de prescriptions à statut « Correct » / « Divergent »

Nous observons un nombre moyen de lignes à statut « correct » par prescription de 4,3 médicaments \pm 3,4 (min : 0 – max : 22) et un nombre moyen de lignes à statut « divergent » par prescription de 5,2 médicaments \pm 3,8 (min : 0 – max : 18). Le tableau 6 reprend la répartition des patients selon la présence ou non de lignes à statut « correct » ou « divergent ».

Tableau 6 – Répartition des patients selon la présence de lignes à statut "correct" ou "divergent"

Patient sans « divergence »	Patients avec au moins 1 « divergence »	Patient sans « correct »	Patient avec au moins un « correct »
3	107	12	98

Afin de confirmer l'intérêt de la conciliation pour notre population, nous avons calculé le taux de prescriptions sans divergence. Il est de **2,72%** de prescriptions sans aucune divergence, qu'elle soit intentionnelle ou non, et 97,3% des prescriptions présentent des divergences dont 10,9% de prescriptions entièrement « divergentes » (sans aucun traitement reconduit à l'identique entre le BMO et l'OMA).

5.3.6 Analyse des écarts de prescriptions

5.3.6.1 Les lignes analysées

Ces lignes de traitements ont été classées, lors de la conciliation médicamenteuse avec le prescripteur, en plusieurs catégories, selon la méthode de la CTM. Les résultats sont présentés dans la figure 59 ci-dessous.

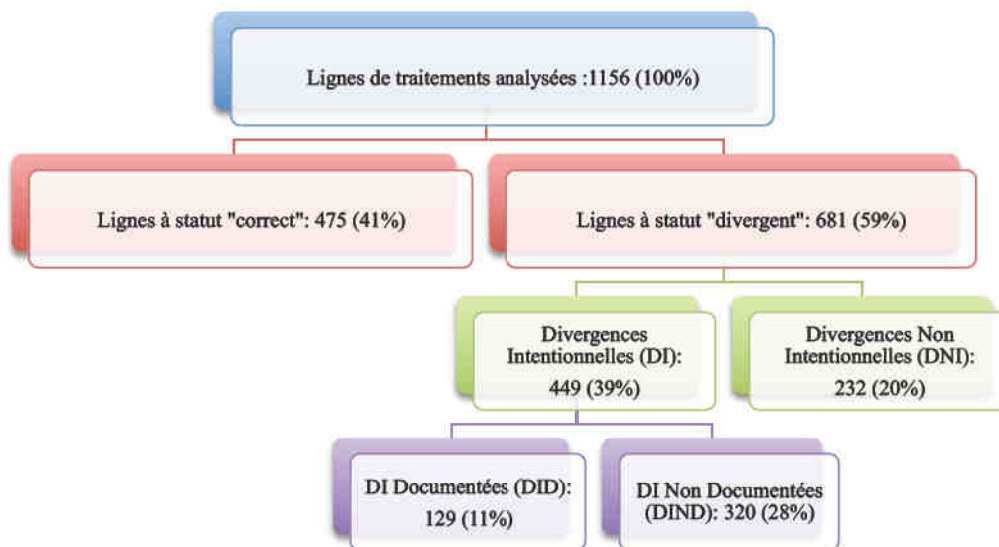


Figure 59 - Analyse des lignes de prescriptions

5.3.6.2 Divergences analysées

Ces divergences sont reprises et réparties selon l'intentionnalité et la documentation dans la figure 60 qui suit.

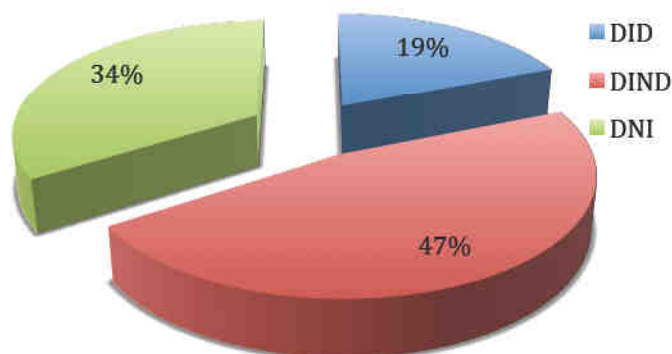


Figure 60 - Analyse des divergences

La documentation des Divergences Intentionnelles semble peu réalisée (19% de DID/DI). Ceci peut être une source potentielle d'erreur via un manque d'information pour les autres prescripteurs qui interviennent dans la prise en charge du patient. Ainsi, nous constatons que 61% des lignes de prescriptions comportant des DI sont non documentées versus 29% documentées.

L'**indicateur MR2** (nombre moyen de divergences intentionnelles non documentées) fait état de la clarté de communication entre les prescripteurs. Nous l'estimons à **2,9 DIND** en moyenne par patient, pour notre cohorte de 110 patients.

Regardons plus attentivement les DNI (1/3 des divergences retrouvées) qui représentent des erreurs médicamenteuses potentielles évitées. L'**indicateur MR3** (nombre moyen de divergences non intentionnelles par patient) peut donc être estimé à **2,1 DNI**.

Nous constatons qu'il y a 26 patients sans DNI (23,6%) et 84 patients avec au moins 1 DNI sur la prescription (76,4%). L'**indicateur MR4** (patients avec au moins 1 DNI), pour notre cohorte, est donc évalué à **76,4%**.

Nous nous sommes demandés si la provenance du patient pouvait avoir une influence sur le type de divergences observées. Le tableau n°7 suivant répertorie les types de divergences selon la provenance des patients.

Tableau 7 - Répartition des divergences selon l'origine du patient

	DID	DIND	DNI
Domicile	54	149	108 (34,72%)
Etablissements	16	53	34 (33,01%)
Transfert ou ré hospitalisation	59	118	90 (33,71%)

Après réalisation d'un test du CHI2, il ne semble pas y avoir de lien entre la provenance du patient et le type de divergence ($p= 0,48$ avec un $Q_{obs} = 3,46$ et $ddl = 4$).

Un test du CHI2, appliqué uniquement sur les DNI, ne montre pas de lien entre la provenance du patient et le taux de DNI ($p= 0,989$ avec un $Q_{obs} = 0,021$ et $ddl = 2$).

5.3.7 Analyse des Divergences Non Intentionnelles

Nous avons souhaité analyser, de manière plus précise, la nature des DNI retrouvées au sein des conciliations effectuées. La figure n°61 suivante reprend l'ensemble des DNI réparties selon le type de modification : **omission** d'un médicament (176 lignes, soit 76%), modification de la posologie (19 lignes, soit 8%), modification du dosage (15 lignes, soit 6%), modification de la répartition horaire (9 lignes, soit 4%), ajout de médicament (9 lignes, soit 4%) et modification de la forme galénique (4 lignes, soit 2%).

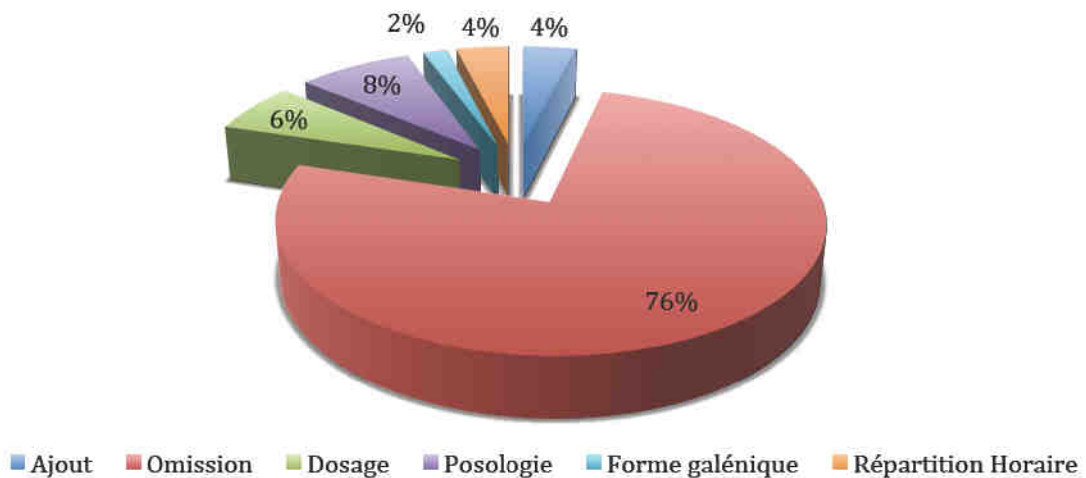


Figure 61 - Type de Divergences Non Intentionnelles

De façon majoritaire, il s'agit d'omission de traitement (76%).

Egalement, nous avons décidé de regarder les classes ATC des lignes de prescriptions concernées par une divergence, quelque soit leur statut « correct » ou « divergent ». Le tableau 8 suivant, reprend ainsi l'ensemble de ces données.

Tableau 8 - Types de divergences selon la classe ATC

	A: Voies digestives et métabolisme	B: Sang et organes hématopoïétiques	C: Système cardiovasculaire	D: Médicaments dermatologiques	G: Systèmes génito urinaire et hormones sexuelles	H: Hormones systémiques	J: Anti infectieux généraux à usage systémique	L: Antinéoplasiques et immuno modulateurs	M: Muscles et squelette	N: Systèmes nerveux	P: Antiparasitaires	R: Système respiratoire	S: Organes sensoriels
Correct	67	48	107	8	12	19	0	4	5	177	0	5	15
	34%	70%	64%	57%	63%	73%	0%	100%	26%	32%	0%	28%	42%
DID	19	7	10	1	0	1	0	0	1	78	0	0	4
	9%	10%	9%	7%	0%	4%	0%	0%	5%	14%	0%	0%	11%
DIND	51	5	15	2	1	1	1	0	2	220	1	4	4
	26%	7%	14%	14%	5%	4%	50%	0%	11%	41%	100%	22%	11%
DNI	63	9	35	3	6	5	1	0	11	71	0	9	13
	31%	13%	33%	21%	32%	19%	50%	0%	58%	13%	0%	50%	36%

En utilisant un test de Friedman (qui teste l'hypothèse nulle que les variables proviennent de la même population), nous avons comparé la répartition des différentes classes ATC selon les populations (« correct », « DID », « DIND », « DNI »). Ainsi, un lien entre la classe ATC et le type de divergences a pu être mis en évidence ($p = 2,7 \cdot 10^{-5}$, $Q_{obs} = 42,54$ et paramètre du test à 12).

Ainsi, nous observons des classes ATC où la proportion de lignes à statut « correct » est majoritaire :

- « L : Antinéoplasiques et immuno-modulateurs » 100%,
- « H : Hormones systémiques » 73 %,
- « B : Sang et organes hématopoïétiques » 70%,
- « C : Système cardiovasculaire » 64%,
- « G : Systèmes génito urinaires et hormones sexuelles » 63% et
- « D : Médicaments dermatologiques » 57%,

Au contraire, certaines classes ont une majorité de « DNI » (>50%) :

- « M : Muscles et squelette » 58 %,
- « R : Système respiratoire » 50 % et
- « J : Anti infectieux généraux à usage systémique ».

Nous nous sommes intéressés à la répartition des classes ATC uniquement pour les DNI, comme le montre la figure 62 suivante.

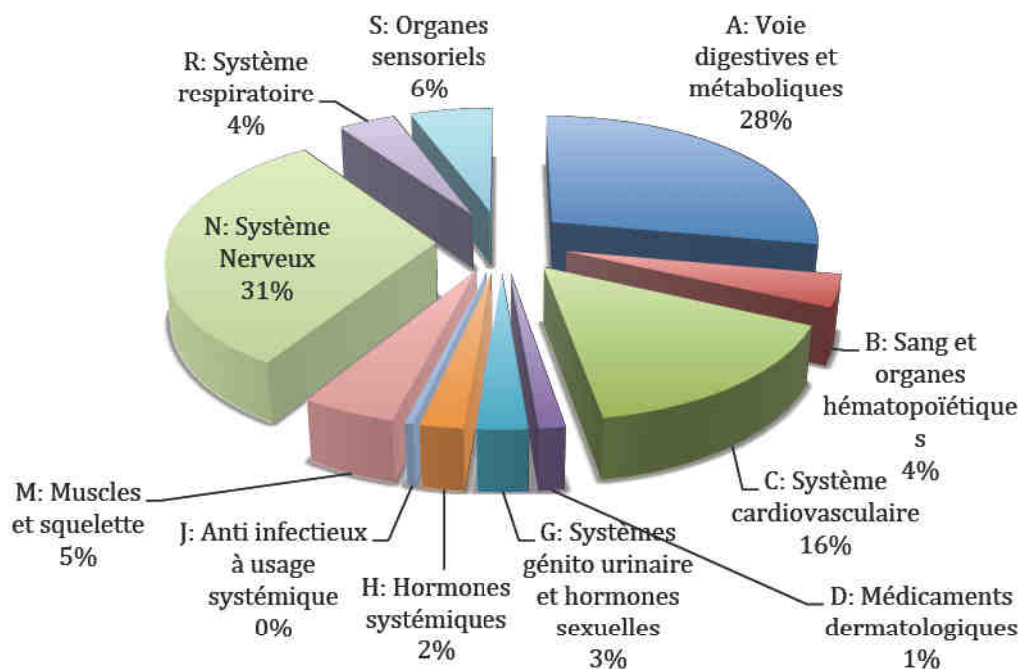


Figure 62 - Répartition des DNI selon la classe ATC

Nous observons une majorité de médicaments somatiques (69%) parmi les DNI et 31% de médicaments de système nerveux.

5.3.8 Devenir des DNI

Lors de la conciliation médicamenteuse effectuée en collaboration avec le médecin, il est discuté de la poursuite de certaines lignes de traitement.

Cette discussion de conciliation a été estimée à environ 10 minutes par patient.

En effet, chaque ligne de divergence non intentionnelle est analysée et une décision est prise pour la prescription (76 lignes, soit 33%) ou non de ce traitement (156 lignes, soit 67%) (figure 63). Ainsi, nous avons 43 patients qui ont bénéficié d'au moins 1 DNI corrigée sur leur prescription (39%).

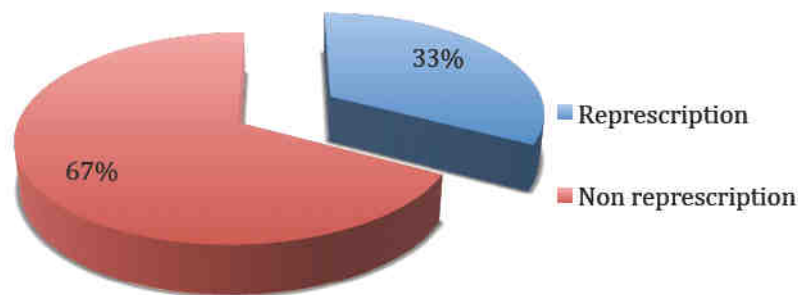


Figure 63 - Devenir des DNI

La non prescription du traitement est discutée et justifiée dans le cadre de la prise en charge du patient. Elle résulte:

- d'une **absence d'indication** retrouvée chez le patient (par exemple un IPP pris à long terme),
- d'un ajout de **surveillance médicale** (dosage biologique ou surveillance clinique),
- de la présence d'une redondance, deux traitements pour la même indication, sur le BMO (par exemple : deux inhibiteurs calciques),
- de la présence d'un **traitement ponctuel**, moins d'une semaine, qui est poursuivi sans motif, donc non indiqué (antibiothérapie, collutoire...),
- de la **présence d'un médicament** prenant en charge une pathologie décelée à l'admission, sans connaissance d'un traitement existant à domicile (par exemple, un patient présente une hypertension à l'admission, pour laquelle on ajoute un antihypertenseur, sans que le médecin ait la notion qu'il y avait un traitement présent à domicile),

- d'une **réévaluation** de l'indication (par exemple : une réévaluation de la douleur et un traitement antalgique au long cours),
- d'une **fenêtre thérapeutique** souhaitée en attente d'une consultation auprès d'un spécialiste,
- de la réévaluation d'un **traitement non agréé aux collectivités**,
- de la décision d'un **sevrage** (exemple : arrêt d'un hypnotique),
- d'une réévaluation en lien avec des **recommandations** (par exemple : une benzodiazépine à demi vie longue chez un sujet âgé),
- de la présence d'un traitement instauré à l'admission, et immédiatement arrêté après la CTM.

La figure n°64 ci-dessous, illustre la répartition, sur notre cohorte de 110 patients, des raisons de « non prescriptions ».

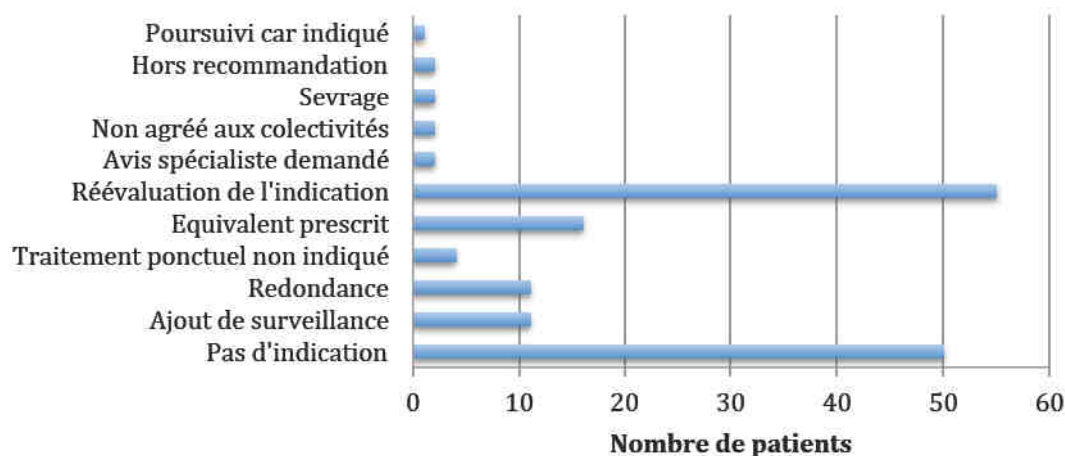


Figure 64 - Motifs de non correction des DNI

Dans 2/3 des cas des lignes « DNI », il n'y a donc pas de « represcription » car une réévaluation de l'indication est nécessaire pendant l'hospitalisation (35,3%) ou l'indication n'est pas retrouvée (32,1%).

5.3.9 Synthèse des indicateurs

L'essentiel de nos résultats est repris dans le tableau 9 suivant selon des indicateurs décrits dans le projet des High 5s ou par la SFPC:

Tableau 9 - Différents indicateurs de la CTM réalisée au CHCP

Projets High'5s				SFPC	
MR1	MR2	MR3	MR4	IPAQSS - CM1	IPC- CM2
Nombre de patients conciliés en moins de 24	Nombre moyen de DIND/ patients	Nombre Moyen de DNI / patients	Nombre de patients avec au moins 1 DNI	Nombre de patients conciliés / patients éligibles	Nombre de patients avec au moins 1 erreur médicamenteuse corrigée / patients conciliés
40%	2,9	2,1	76,4%	99,1%	43

5.4 Conciliation des traitements médicamenteux de sortie

5.4.1 Durée de conciliation

Le temps moyen de conciliation est de 9,52 +/- 3,56 minutes (min : 4 – max : 20). Il est à noter que ce temps prend en compte le temps de préparation de la CTM de sortie, la discussion avec le médecin et la traçabilité dans le DPI. Ce temps exclut l'élaboration du BMO car celui-ci a été effectué lors de l'entrée du patient, ainsi que la réalisation de la fiche de liaison « Hôpital-Ville » qui est une étape après la conciliation de sortie.

5.4.2 Analyse des lignes de prescriptions

A la sortie d'hospitalisation, le nombre moyen de traitements sur l'Ordonnance des Médicaments à la Sortie (OMS) est de 8,8 +/- 3,4 spécialités (min : 2 – max : 19). Le tableau n° 10 suivant montre la variation du nombre de médicaments entre le BMO, l'OMA et l'OMS.

Tableau 10 - Comparaison de nombre de lignes de prescription

	BMO	OMA	OMS
M +/- sd	8,6 +/- 3,0	7,3 +/- 3,3	8,8 +/- 3,4
Min - Max	0 - 23	0 - 17	2 - 19

1061 lignes ont été analysées à la sortie, selon la même méthode de caractérisation des lignes, que celle utilisée précédemment. Nous observons 775 lignes à statut « divergent » (73%) (différence entre l'entrée et la sortie) et 286 lignes à statut « correct » (27%) (poursuite à l'identique du traitement d'entrée), comme l'illustre la figure n°65 suivante.

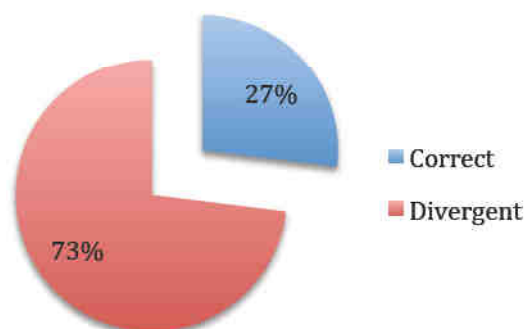


Figure 65 - Analyse des lignes à statut « correct » / « divergent » à la CTM de sortie

Nous retrouvons un taux de 73% de lignes à statut « divergent ». Le nombre moyen de lignes à statut « correct » par prescription est de $3,25 \pm 2,62$ (min : 0 – max : 13) versus $8,81 \pm 4,35$ (min : 0 – max : 18) lignes à statut « divergent » par prescription. Le tableau 11 suivant montre la répartition des patients selon la présence ou l'absence de lignes à statut « correct » ou « divergent ».

Tableau 11 – Répartition des patients selon la présence ou non de lignes à statut "correct" ou "divergent"

Patient sans divergences	Patients avec au moins 1 divergence	Patient sans ligne à statut «correct »	Patient avec au moins une ligne à statut « correct »
11	77	1	87

Nous observons 12,5 % de patients avec le même traitement à l'entrée et à la sortie.

5.4.3 Analyse des écarts de prescriptions

Lors de la conciliation médicamenteuse avec le prescripteur, nous avons classé les différentes lignes de traitements analysées et, plus particulièrement, les divergences identifiées selon leur intentionnalité et leur documentation. Les résultats sont présentés dans la figure n°66 ci dessous.

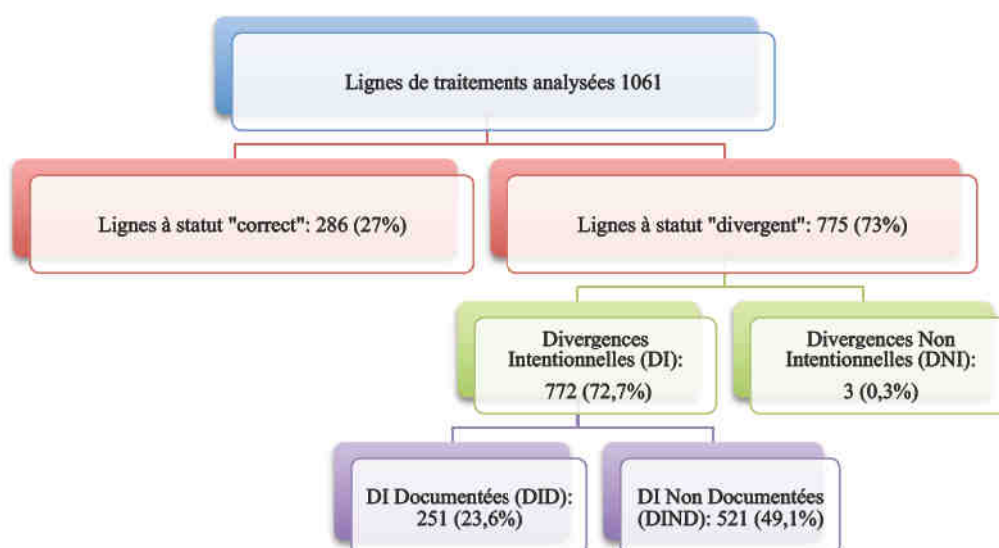


Figure 66 - Analyse des lignes de prescriptions

La figure n°67 suivante illustre la répartition des divergences selon leur intentionnalité et leur documentation, sur les prescriptions de sortie.

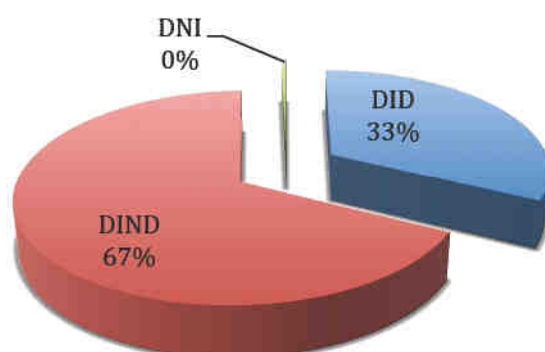


Figure 67 - Analyse des divergences

La documentation des divergences intentionnelles dans le DPI est peu fréquente expliquant un taux de DIND de 67%.

Pour les DNI, 3 (3,4%) patients seulement sont concernés.

5.5 Lien « Ville – Hôpital »

Suite à la conciliation, une communication des informations est effectuée vers les professionnels de ville.

La réalisation de cette fiche nous a pris environ 20 minutes par patient, avec validation médicale et relecture systématique par un pharmacien.

Ainsi, 88 fiches de liaison « Hôpital – Ville » ont été envoyées aux médecins traitants et aux pharmaciens d'officine. Quelques patients ont nécessité des prises en charge particulières : en complément de l'envoi de cette fiche au médecin et pharmacien référent, trois autres types d'envoi ont été nécessaires:

- à deux pharmacies d'officine (patient se rendant régulièrement dans deux pharmacies d'officine),
- à un autre établissement de soins, avec la mention du transfert et de la poursuite de la prise en charge (patient transféré dans un autre établissement),
- à un EHPAD ou une maison de retraite, avec la fiche adressée au médecin coordonnateur.

Nous avons souhaité connaître la proportion de patients présentant, à la sortie, un traitement différent de celui à l'entrée, pour cause de non référencement des spécialités initiales au livret thérapeutique du CHCP.

Un effort doit être porté sur le fait de represcrire, à la sortie, la spécialité prise par le patient à son domicile, afin d'éviter des erreurs telles que la double prise du traitement.

Lors de la CTM de sortie, la correction devait être effectuée. Nous avons analysé chaque courrier de sortie. Quarante-huit spécialités ont été substituées lors de l'hospitalisation et nous avons observé un maintien de la spécialité référencée au CHCP pour 67 spécialités (76%) versus une modification pour 21 spécialités (24%) (figure 68).

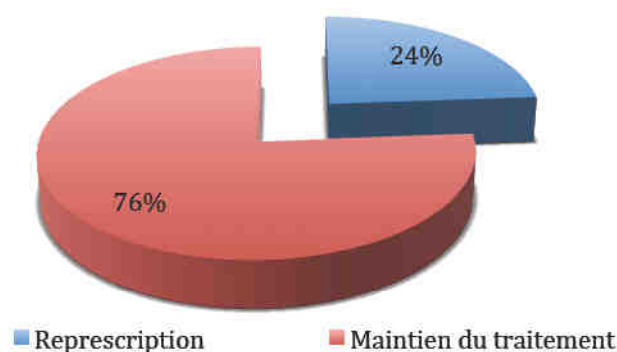


Figure 68 - Modification des lignes non référencées au CHCP

Egalement, nous nous sommes demandés quelles étaient les classes ATC des lignes concernées par le « Hors livret ». Nous avons ainsi observé qu’il s’agit majoritairement des classes « A : Voie digestive » (34 lignes, soit 38,6%), « C : Système cardiovasculaire » (29 lignes, soit 33,0%) et « S : Organes sensoriels » (11 lignes, soit 12,5%). La figure n°69 suivante illustre la répartition des « maintien du traitement CHCP » et « represcription » selon les classes ATC.

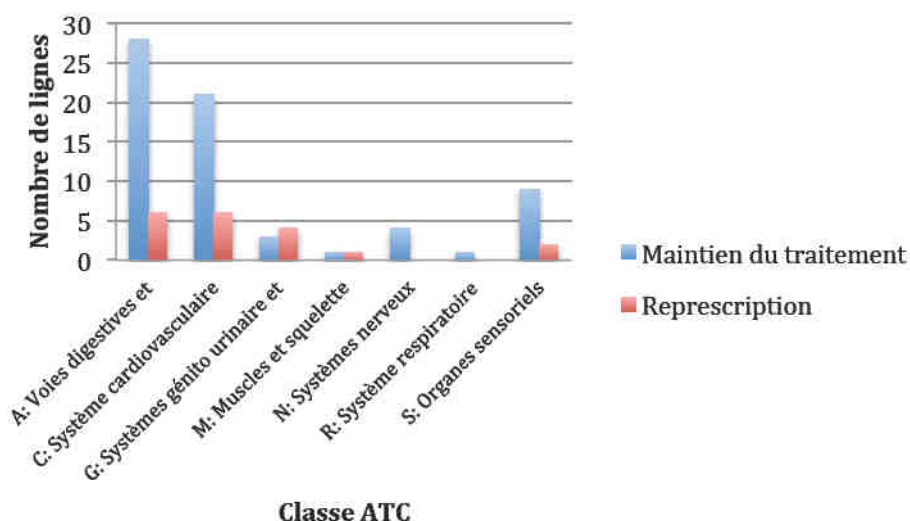


Figure 69 - Classes ATC des traitements non référencés au CHCP: « maintien du traitement » ou « represcription »

5.6 Evaluation de la CTM

5.6.1 Impact clinique

5.6.1.1 Evaluation de l'impact

Toutes les Divergences Non Intentionnelles ont été évaluées par huit professionnels de santé : deux médecins psychiatres, deux médecins généralistes, deux internes en psychiatrie (avec le changement d'internes, quatre internes concernés) et deux pharmaciens.

Un total de 1800 lignes a été analysé en utilisant l'échelle d'Hatoum. Ainsi un impact clinique (classe 1 à 3) a été retrouvé pour **79,4%** des lignes. Dans 19,3% des cas, aucun impact clinique n'a été retrouvé et l'impact n'a pas pu être évalué pour 1,3% des lignes.

La figure n°70 suivante représente le détail des impacts cliniques évalués. Nous observons un impact clinique nul pour le patient (classe 0) pour 348 lignes (19%), une majorité d'impact clinique significatif (classe 1) pour 996 lignes (56%), puis un impact très significatif (classe 2) pour 408 lignes (23%), et enfin un impact vital (classe 3) pour 25 lignes (1%).

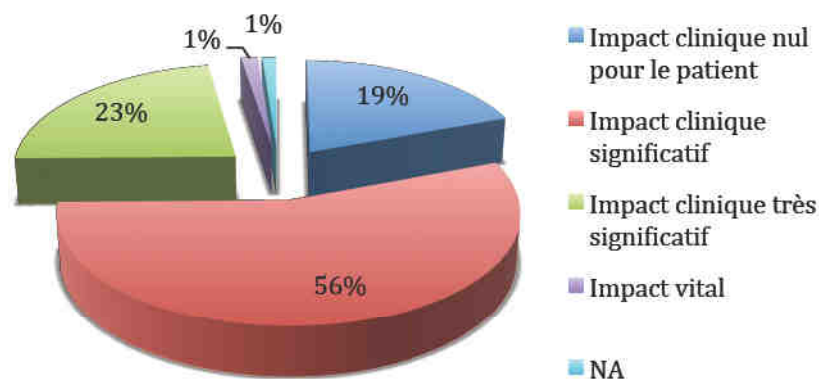


Figure 70 - Impact clinique des DNI selon l'échelle de Hatoum

Pour 80% des patients la conciliation médicamenteuse a donc un impact clinique, dont 56% d'impact clinique significatif (classe 1). L'intérêt principal est un renforcement de la sécurité, de l'efficacité du traitement ou de qualité de vie du patient.

Egalement, la CTM a permis la mise en évidence d'erreurs médicamenteuses évaluées comme potentiellement vitale dans 1% des cas (DNI de classe 3).

5.6.1.2 DNI cotées en impact vital

Ces DNI cotées en impact vital (classe 3), lors de la réalisation de la CTM d'entrée, sont particulièrement intéressantes à observer : il s'agissait de (tableau 12) :

Tableau 12 - Description des DNI cotées en impact vital

Traitement du BMO		Traitement de l'OMA	Discussion et mesure corrective	Evaluateurs
-	Ajouté	Voltarene 25mg cp	Erreur de forme galénique, initialement en gel pour l'épaule. Cl créat < 30 ml/min. Arrêt et prescription de Flector gel	Deux somaticiens
Levothyrox 125µg cp	Arrêté	-	Omission. Represcription et surveillance de la TSH	Un somaticien
Sevikar 40/5mg cp	Modifié	amlodipine 10mg cp	Le Sevikar est une association avec 5 mg d'amlodipine, erreur de dosage dans l'équivalence. Represcription d'amlodipine à 5mg	Deux somaticiens
-	Ajouté	Cozaar 50mg cp	Confusion lors de la réalisation de l'équivalence (traitement prescrit en double) Arrêt du Cozaar	Un somaticien et un pharmacien
Lasilix 20mg cp	Modifié	Lasilix 40mg cp	Posologie initiale de 2 cp à 20mg (BMO) et remplacé par 2cp à 40mg (OMA). Chez un patient insuffisant rénal. Rectification de la posologie: 1cp à 40mg	Un interne
Previscan 20mg ¼ cp	Modifié	Previscan 20mg 1 cp	Erreur de posologie (augmentation involontaire) Surveillance INR renforcée et réévaluation de la posologie	Un pharmacien
Ramipril 5mg cp	Arrêté	-	Omission du ramipril, indication retrouvée dans les dossiers. Represcription de Triatec	Un pharmacien
Innohep 0,7ml inj	Arrêté	-	Omission: indication retrouvée: patient avec FA et AVC récent (2mois). Represcription avec renforcement de la surveillance.	Deux somaticiens, un interne et un pharmacien

Lamictal 100mg 2 cp	Arrêté	-	Omission. Traitement omis pendant 4 jours. Represcription à posologie d'initiation	Un somaticien
Seloken 200mg cp	Arrêté	-	Omission. Indication non retrouvée dans le dossier, évaluation clinique souhaitée. A réévaluer/attente visite des médecins somaticiens	Un pharmacien
Bisoprolol 2,5mg cp	Modifié	Bisoprolol/Hydrochlorothiazide 2,5/6,25mg cp	Erreur de spécialité. Patient déshydraté et insuffisant rénal. Represcription du bisoprolol seul	Un somaticien
Flécaïne LP 100mg cp 2/jour	Modifié	Flécaïne LP 100mg cp 1/jour	Erreur de posologie. Represcription à la posologie initiale	Un somaticien et un pharmacien
Flécaïne 100mg cp	Modifié	Flécaïne 100mg cp	Erreur de répartition horaire. Represcription selon le schéma posologique du domicile	Un pharmacien
Verapamil LP 240mg cp	Arrêté	-	Omission; indication retrouvée et pas de notion d'angor. Represcription	Un somaticien et un pharmacien
Flécaïne 100 mg cp	Modifié	Flécaïne LP 100 mg cp	Erreur de forme galénique. Represcription de la Flécaïne non LP	Un pharmacien
Lasilix spéciale 500mg cp	Modifié	Lasilix special 500 mg cp	Erreur de posologie, traitement arrêté et re-initier à une posologie très basse pour une déshydratation sévère, ayant motivé une hospitalisation. Represcription à la posologie et surveillance de l'état d'hydratation	Un pharmacien

5.6.1.3 Influence de la classe ATC sur l'impact clinique

Nous avons souhaité savoir s'il existait un lien entre l'impact clinique et la classe ATC concernée par la divergence. Le tableau n° 13 suivant montre la répartition des divergences en fonction des impacts cliniques et des classes ATC.

Tableau 13 - Répartition des divergences selon les classes ATC et l'impact clinique

Classe Hatoum	A: Voies digestives et métabolisme	B: Sang et organes hématopoïétiques	C: Système cardiovasculaire	D: Médicaments dermatologiques	G: Systèmes génito urinaire et hormones sexuelles	H: Hormones systémiques	J: Anti-infectieux généraux à usage systémique	M: Muscles et squelette	N: Systèmes nerveux	R: Système respiratoire	S: Organes sensoriels
0	123	11	30	9	7	2	1	13	122	8	22
1	331	33	108	7	23	8	6	38	333	45	66
2	29	22	138	0	25	29	1	16	114	10	24
3	0	5	15	0	0	1	0	3	1	0	0
NA	5	1	5	0	1	0	0	2	6	1	0

La figure n°71 suivante reprend les données du tableau précédent.

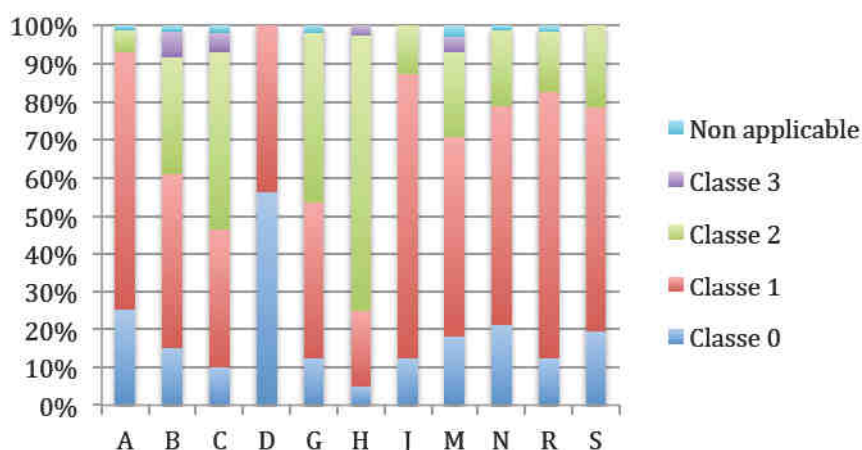


Figure 71 - Evaluation de l'impact clinique selon la classe ATC

Il semble donc que l'impact clinique soit jugé plus important pour les interventions portant sur les classes des traitements somatiques suivantes :

- « H : Hormones systémiques »,
- « C : Système cardiovasculaire »,
- « G : Systèmes génito urinaire »,
- « B : Sang et organes hématopoïétiques ».

5.6.1.4 Influence de l'évaluateur sur l'impact clinique

Existe-t-il un lien entre la spécialité de l'évaluateur et l'impact clinique attribué à la divergence ? Pour répondre à cette question, nous avons repris l'ensemble des divergences en les répartissant selon l'évaluateur et l'impact attribué (tableau 14 et figure 72).

Tableau 14 - Analyse de l'impact selon l'évaluateur

	Médecins psychiatres	Médecins généralistes	Internes en psychiatrie	Pharmaciens
Classe 0	167	25	42	114
Classe 1	198	294	242	264
Classe 2	77	111	161	59
Classe 3	0	12	2	11
NA	8	8	3	2

Après la réalisation d'un test de CHI2, il semble se dégager un lien entre la spécialité de l'évaluateur et son appréciation de l'impact clinique, avec $p = 4,4.10^{-47}$ (Qobs = 252 et ddl= 12). Les médecins psychiatres semblent accorder un risque moins important à certaines divergences versus les internes en psychiatrie, les médecins somaticiens et les pharmaciens.

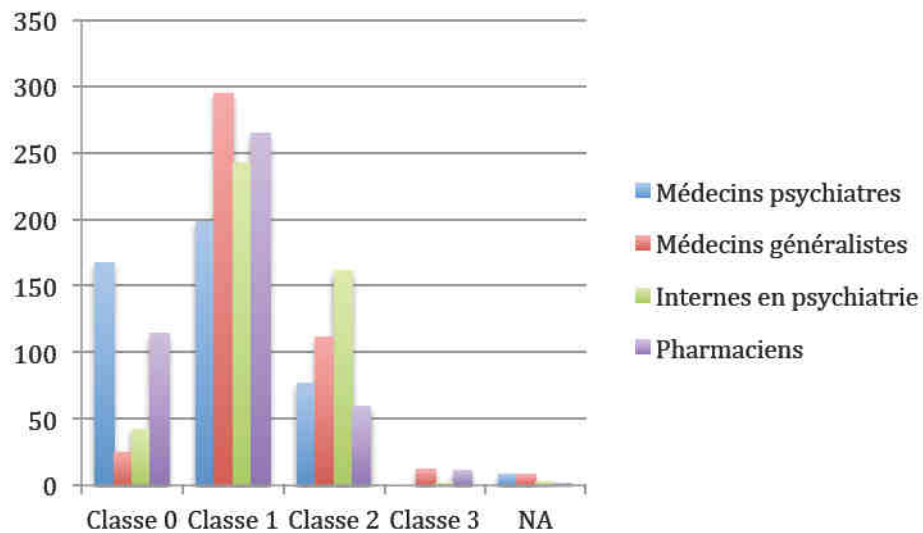


Figure 72 - Analyse de l'impact clinique selon les évaluateurs

5.6.2 Evaluation de la satisfaction

5.6.2.1 Satisfaction des professionnels de ville

Nous avons cherché à évaluer la satisfaction des professionnels de ville, contactés lors de la réalisation de la CTM et recevant la fiche de liaison « Hôpital – Ville ». Cent quarante trois questionnaires de satisfaction ont été envoyés. Nous avons eu un taux de réponse de 28% (soit 40 réponses), se répartissant en 25 réponses pharmaciens et 15 réponses médecins.

La première question portait sur leur connaissance de la CTM. Nous observons que 9 professionnels de santé (22,5%) affirment connaître la conciliation, comme le montre la figure n° 73 ci-dessous.

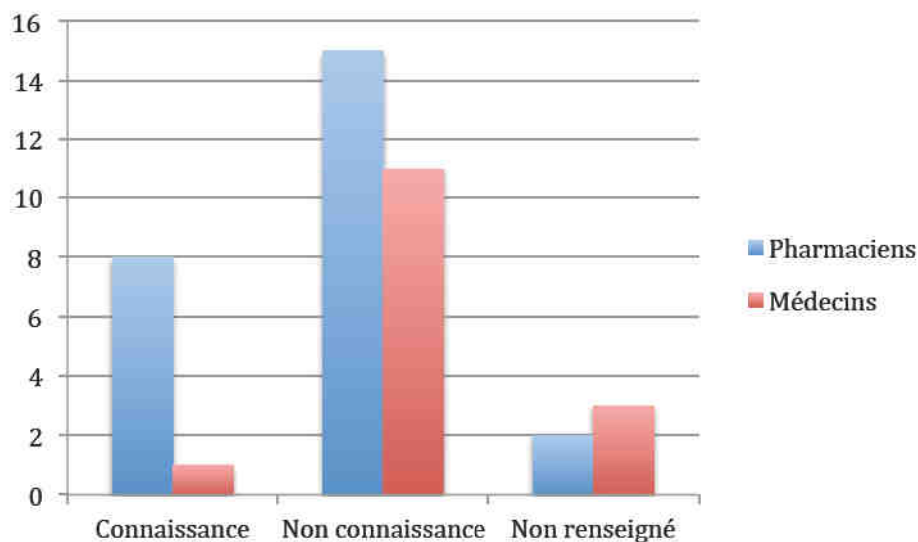


Figure 73 - Connaissance au préalable de la CTM

Nous avons ensuite souhaité connaître leur ressenti sur l'utilité et le caractère chronophage de cette activité de conciliation médicamenteuse. Ils ont trouvé qu'il s'agissait d'une activité utile dans 90% et non chronophage dans 85% des cas.

Les apports de la fiche de liaison « Hôpital – Ville » ont été étudiés. Nous observons que les professionnels ont trouvé cette fiche utile (34 réponses, soit 85%), apportant des explications nécessaires à l'ordonnance de sortie (22 réponses, soit 55%), permettant de faciliter la compréhension (20 réponses, soit 50%) et permettant d'adapter les conseils au patient (9 réponses, soit 22,5%). Ces résultats sont repris dans la figure n°74 ci dessous.

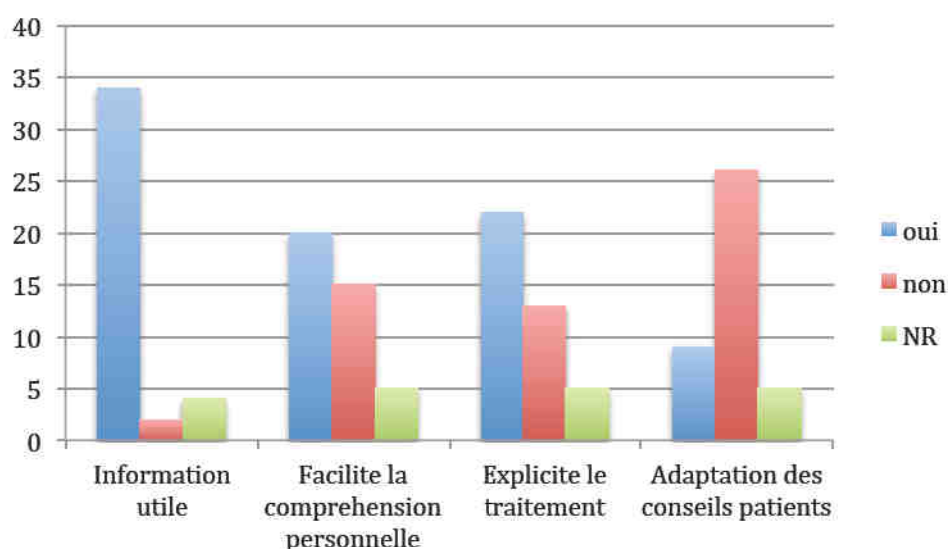


Figure 74 - Apport de la fiche de "Liaison Hôpital - Ville"

Egalement, la figure 75 suivante permet de visualiser le devenir de cette fiche : archivage dans le dossier du patient (2/3 des cas) et diffusion à l'équipe des préparateurs et pharmaciens ou autres médecins du cabinet (1 cas sur 2).

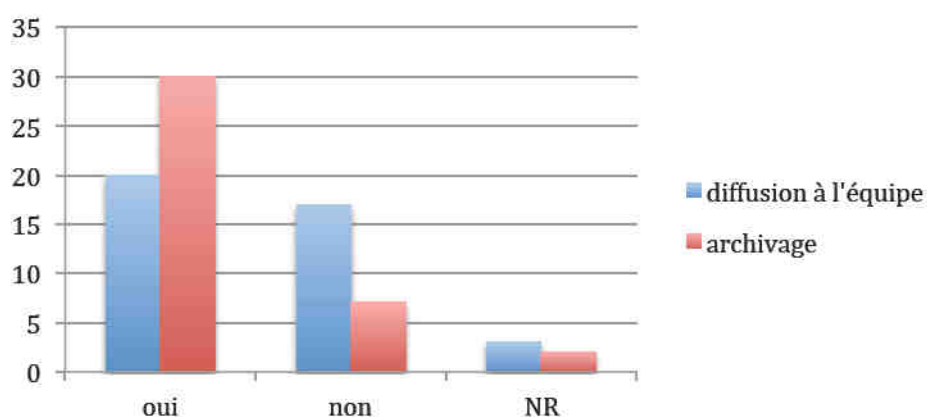


Figure 75 - Devenir de la fiche de liaison

Cette activité a satisfait 85 % des professionnels de santé. Aucun professionnel a jugé être non satisfait (figure 76).

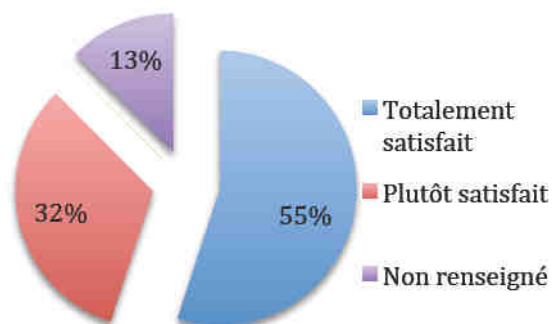


Figure 76 - Satisfaction des professionnels de ville

Nous observons, donc, une satisfaction de l'ensemble des acteurs de ville. Certains d'entre eux ont émis quelques remarques permettant d'envisager des axes d'améliorations, notamment au sujet du délai de réception de la fiche de liaison. Une suggestion émise serait l'envoi par messagerie sécurisée. Egalement, certains professionnels ont souhaité la systématisation de ce type de courrier pour plus de patients.

5.6.2.2 Satisfaction des professionnels hospitaliers

La satisfaction des professionnels hospitaliers participant à la CTM (deux médecins psychiatres, quatre internes en psychiatries, deux médecins somaticiens et deux pharmaciens) a été évaluée.

La première question portait sur leur connaissance de la CTM. Nous avons observé que 100% des médecins (10) affirmaient ne pas connaître la conciliation avant ce projet et 100% des pharmaciens (2) la connaissaient (figure n°77).

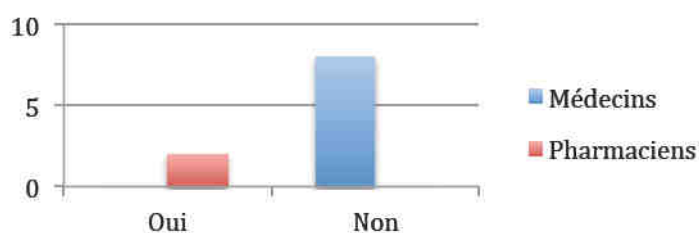


Figure 77 - Connaissance de la CTM des professionnels hospitaliers

100% des professionnels sont satisfaits de :

- la collaboration « pharmacie - service de soins » que ce soit sur le délai de réalisation, la qualité des informations et la rigueur du travail (figure n°78)
- la réalisation de la CTM d'entrée pour la pertinence des informations et l'aide dans la prise en charge globale du patient (figure n°79).

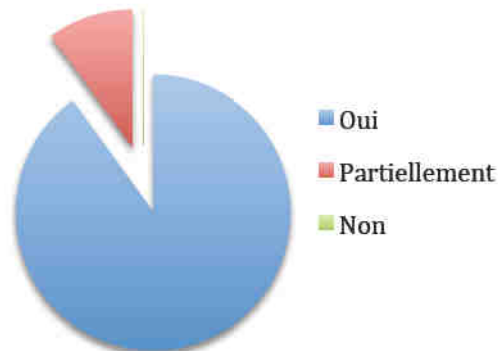


Figure 78 - Pertinence des informations apportées

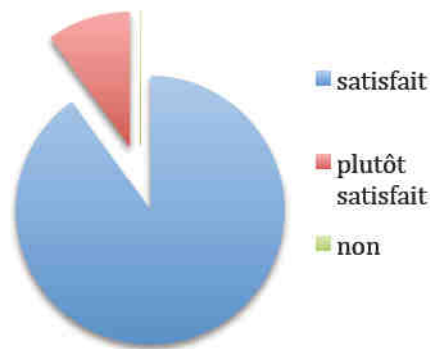


Figure 79 - Satisfaction de la collaboration "Pharmacie - Service de soins"

Le temps de conciliation médicamenteuse d'entrée a semblé être adapté pour l'ensemble des médecins et chronophage aux pharmaciens. Lors de la sortie, les médecins, comme les pharmaciens, trouvent la durée de conciliation appropriée.

La fiche « Hôpital-Ville » est utile, d'après l'ensemble des professionnels hospitaliers, à leurs confrères de ville. Cette collaboration «Hôpital – Ville » est satisfaisante pour 100% des professionnels interrogés.

Cette initiative semble bien accueillie par les acteurs concernés et trouve un intérêt dans la prise en charge pluridisciplinaire des patients.

Discussion

Lors de cette discussion, nous allons, dans un premier temps, comparer les sources d'informations utiles pour le BMO. Ensuite, nous discuterons autour des résultats des conciliations réalisées à l'entrée et à la sortie au Centre Hospitalier Charles Perrens, puis nous évoquerons l'impact clinique et la satisfaction des professionnels impliqués dans cette activité. Enfin, nous tenterons de répondre à la question suivante : « La CTM en psychiatrie diffère-t-elle de celle en MCO ? ».

1. Comparaison des sources d'informations utiles au BMO

1.1 Sources d'informations utilisées

Dès le début de ce travail, nous nous sommes interrogés sur les sources d'informations existantes et leur pertinence. En réalité, il existe peu d'études décrivant les sources utilisées pour le BMO et citant des indicateurs précis. Nous avons donc croisé l'ensemble des sources retrouvées dans les études (tableau 15) en essayant d'être le plus exhaustif possible. Au CHCP, douze sources d'informations potentielles sont comparées.

Tableau 15 - Bibliographie sur les sources utiles à l'élaboration du BMO

Etudes	Nombres de patients	Sources d'informations interrogées
Soussan et al. (81)	64	Ordonnance de ville – Patient +/- Médecin traitant
Colombe et al. (82)	69	Etude sur le DP : 2,5 sources en moyenne et 26% des cas où l'appel au pharmacien d'officine est nécessaire
Choukroum et al. (83)	33	Patient - Médecin traitant – Officine (au moins 2 sur 3)
Reliquet et al. (84)	123	Patient – Pharmacien d'officine - Ordonnances
Berard et al. (85)	206	Patient – Famille – DP – Pharmacien – Médecin traitant- Ordonnances
Courtin et al. (86)	213	Comparaison de la consultation des sources : DPI (100%) > Médecin traitant (35%) > Infirmière / EHPAD (6%) > Pharmacien d'officine (5%) > Médecin spécialiste (2%)
Saint Germain et al. (87)	200	3,6 sources en moyenne / patient les plus utilisées : Pharmacien d'officine (81%) > Ordonnances de ville (75%) > Patient (69%)
Fayad et al. (88)	85	3,8 sources d'informations utilisées en moyenne Entretien avec le patient +/- famille, et appel au pharmacien. Ordonnances, Médicaments, Lettres / Compte rendu et DP.

Selon notre étude, trois sources principales d'informations se dégagent:

➤ Le **pharmacien d'officine** semble être la source la plus performante avec une disponibilité de 99%, une exhaustivité de 92%, une complétude de 90% et un temps de recueil de 5,9 minutes.

➤ Cependant, il est à noter que c'est grâce au **patient** (et / ou à l'entourage) que nous obtenons le nom de la pharmacie référente. Le patient, bien que peu informatif pour le BMO (exhaustivité de 21%, complétude de 13%), reste une source d'information incontournable (disponibilité de 92,7%) avec durée moyenne d'entretien de 12,9 minutes. Le patient est une source systématiquement utilisée et les informations recueillies sont souvent complétées avec d'autres sources comme le médecin traitant et / ou le pharmacien d'officine (65,81,83,85,87,88).

➤ Une autre source, mise en évidence, est l'**établissement d'origine** du patient. En effet, lorsque celle-ci existe (disponibilité de 18,2%), elle apporte une information fiable avec une exhaustivité de 82%, une complétude de 80% et nécessite peu de temps (6,2 minutes). C'est également une source utile pour obtenir des renseignements dans le cas où le patient ne peut répondre (médecin traitant, pharmacien d'officine).

Pour deux sources, nous n'avons pas les résultats attendus:

➤ L'**infirmier(e) à domicile**, qui administre les médicaments, n'apporte en réalité que peu d'informations (exhaustivité de 50%, complétude de 46%) pour un temps de 3,9 minutes. En effet, souvent en déplacement, il est difficile de le (ou la) joindre et les renseignements demandés ne sont pas forcément en sa possession. Cependant, il n'était pas rare que l'infirmier(e) ait transmis un courrier récapitulatif des traitements du patient (informations alors recueillies dans la source « courriers »).

➤ Actuellement, le **Dossier Pharmaceutique** ne semble pas être une source d'informations suffisante (exhaustivité de 55%, complétude de 50% et temps moyen de recueil de 4,4 minutes). La faible disponibilité (peu de carte vitale présente dans l'unité de soins) est évaluée à 35 % dans l'étude de Colombe et al. (82) à Caen, résultat similaire au notre de 33,6%. Quelques équipes concluent que le DP est une source importante pour la CTM, mais ne semble « pas encore totalement opérationnel » et « pas toujours complet » (82,88). Comme piste d'amélioration, les auteurs de ces études proposent d'enrichir le DP (posologies, noms des prescripteurs, pharmacie d'officine ayant dispensée) afin qu'il devienne une source majeure d'informations. Egalement, une incrémentation plus systématique du DP est indispensable ainsi qu'un transfert des données des cartes vitales vers le DPI lors d'une hospitalisation.

1.2 Comparaison des trinômes de sources d'informations

Afin d'optimiser la fiabilité du BMO et la durée de recueil, nous avons comparé 55 trinômes de sources d'informations potentiels selon les critères de disponibilité, d'exhaustivité, de complétude et de temps.

Nous avons ainsi mis en évidence que les trinômes « **Patient – Pharmacien d'officine – DPI** » et « **Patient – Pharmacien d'officine – Courriers médicaux** » permettaient un recueil quasi systématique avec une disponibilité supérieure à 95%, une exhaustivité et une complétude supérieures à 95%, en moins de 30 minutes en moyenne.

Lorsque le patient arrivait d'un établissement (EHPAD), la stratégie de recueil semble modifiée avec l'utilisation du trinôme « **Patient – Pharmacien d'officine – Etablissement** » permettant un recueil plus fiable et plus rapide que ceux cités précédemment. Ce trinôme bien que rarement disponible (17%), obtient un BMO avec une exhaustivité de 100% et une complétude de 97% en un temps moyen de 23 minutes.

Nous avons retrouvé, dans la littérature actuelle, une seule publication comparant les combinaisons de sources d'informations : il s'agit de l'étude de Bonhomme et al. (58), réalisée sur 115 patients, qui compare quatorze sources d'informations.

En étudiant de plus près l'ensemble des sources décrites, nous constatons que les auteurs remplacent les « courriers médicaux » par trois données : la « lettre du médecin traitant », la « lettre du médecin spécialiste » et la « lettre au médecin traitant ». La source « DPI » est également divisée en deux sources : le « logiciel d'aide à la prescription informatisée » et le « dossier médical patient antérieur ». Une source apparaît, il s'agit d'une « base de données interne » (disponibilité 0%). Enfin, deux sources n'apparaissent pas dans leur étude, mais font partie de notre analyse: le « dossier pharmaceutique » et le « médecin spécialiste ». Malgré ces quelques différences, les auteurs concluent que les combinaisons de 3-4 sources « tendent à l'obtention de la liste la plus juste possible », comme démontré dans notre étude. Les combinaisons citées sont « **Lettre du médecin traitant – Médecin traitant – Pharmacien d'officine – Patient** » avec une complétude à 98,9% et « **Médecin traitant – Pharmacien d'officine – Patient** » à 94,1%. De plus, cette étude met en avant que la présence d'un **EHPAD** modifie la méthode d'obtention du BMO, la fiche de liaison de l'EHPAD permettant, à elle seule, de fournir une « juste liste » (58).

Cette étude permet de confirmer trois points essentiels, retrouvés également lors de l'analyse des résultats de l'enquête nationale (figure 27) et que nous avons aussi mis en évidence :

- la nécessité de consulter **au minimum trois sources** afin d'obtenir le BMO le plus exacte et le plus complet possible (>95%),
- la nécessité que deux des sources consultées soient le binôme « **Patient – Pharmacien d'officine** »,
- lorsqu'elle est présente, l'**EHPAD** est incontournable.

Dans la pratique de la CTM, au Centre Hospitalier Charles Perrens, et en tenant compte de ces données, nous pouvons restreindre le nombre de sources à consulter et donc réduire le temps de conciliation. Il semble que deux options soient plus optimales lors de la conciliation médicamenteuse d'un patient :

- Patient provenant d'un EHPAD: nous pouvons choisir le trinôme « **Patient – EHPAD – Pharmacien d'officine** »,
- Patient provenant de son domicile ou en transfert d'hospitalisation: « **Patient – Pharmacien d'officine – Courriers médicaux** ».

2. La conciliation médicamenteuse

2.1 La CTM d'entrée

2.1.1 La population conciliée

La moyenne d'âge de notre population est de 78 ans, ce qui nous permet de la comparer aux patients des autres études (tableau 16). Dans cette cohorte, nous retrouvons une majorité de femmes (sexe ratio de 0,61). Ces résultats sont représentatifs de la population française, étant donné qu'au 1^{er} janvier 2009, 63% des personnes âgées de 75 ans ou plus, étaient des femmes (89).

Tableau 16 - Descriptif des populations conciliées dans différentes études

	Nombre de patients	Age	Sexe ratio (H/F)	Services conciliés
Pérennes et al. (66)	61	78 ans	NR	> 65 ans en médecine interne
Reliquet et al. (65)	123	87 ans	0,66	Service de gériatrie
Saint Germain et al. (87)	200	85,5 +/- 6 ans	0,82	Service de gériatrie aigüe
Marguet et al. (90)	51	81 ans	0,7	NR
Gérard et al.	110	78,5 ans	0,61	Services de géronto-psychiatrie

2.1.2 Le BMO

Le tableau 17 suivant reprend les quelques études détaillant les résultats du BMO, en terme de durée de recueil ou de nombre de sources utilisées.

Tableau 17 - Descriptif de la méthode de recueil du BMO dans la littérature

	Durée de recueil du BMO	Nombre de sources interrogées	Sources utilisées
Saint Germain et al. (87)	NR	3,6	Patient, Médecin traitant, Pharmacien d'officine..
Reliquet et al. (84)	20 min	NR	DPI, Patient, Prescriptions apportées et Pharmacien d'officine
Bonhomme et al. (58)	41 min	5,2	14 sources (étude sur les sources)
Gérard et al.	52,2 min	6,7	12 sources (étude sur les sources)

Dans notre étude, le Bilan Médicamenteux Optimisé était réalisé grâce à **6,7 sources en moyenne par patient**.

Comme déjà vu précédemment, nous ne pouvons nous comparer qu'à l'étude de Bonhomme et al. (58), où les auteurs consultent 5,2 sources par patient sur un total de 14 sources potentielles. Au final, en reprenant les différents regroupements, nous consultons deux sources de plus, ce qui explique un nombre de sources interrogées par patient supérieur dans notre étude versus l'étude de Bonhomme et al. (6,7 vs 5,2).

D'autres expériences (sans comparaison des sources) obtiennent un nombre de sources interrogées par patient inférieur : 3,6 sources consultées pour Saint Germain et al. (87), 58% des conciliations réalisées avec une seule source pour Courtin et al. (86) et 2 à 3 sources pour Chourkroun et al. (83). Le projet des High 5s recommande l'utilisation d'au minimum deux sources (38).

Concernant la durée de recueil, nous avons un temps estimé à 52 minutes (min : 30 – max : 93). L'équipe de Bonhomme et al. (58) obtient une durée de 41 minutes. Notre temps de recueil est probablement allongé en lien avec un nombre de sources interrogées par patient plus important.

Dans la pratique quotidienne, en l'absence de recueil systématique de toutes les sources potentielles, Reliquet et al. (84) décrit un temps de recueil de 20 minutes environ.

2.1.3 Les indicateurs d'efficience de la CTM d'entrée

➤ Nombre de lignes de l'OMA

Le nombre moyen de lignes à l'admission (OMA) est de **7,4 spécialités par patient**, très similaire à ceux cités dans d'autres publications de gériatrie avec 7 à 8,4 traitements par patient (58,65,66,91).

➤ Temps moyen de conciliation

La durée moyenne de conciliation pour un patient donné est un critère important, car le caractère chronophage de cette activité est très souvent mis en avant comme frein pour sa réalisation. Notre durée moyenne est de **62,8 minutes**. Ce résultat est largement supérieur aux données retrouvées dans la bibliographie : de 15 à 25 minutes selon Vira et al. (64), de 30 minutes selon Dufay et al. (40) ou de 53 minutes selon Pérennes et al. (66).

Cette durée de conciliation médicamenteuse allongée, par rapport aux autres expériences de conciliation, s'explique aisément par le recueil systématique des douze sources d'informations potentielles dans le cadre de notre comparaison de sources.

➤ Indicateur MR1 du projet High 5s : il s'agit du pourcentage de patients conciliés en moins de 24 heures. Dans notre étude, la conciliation a été réalisée en moins de 24 heures pour **40% des patients conciliés**. Cet indicateur varie selon les établissements: au CH de Brest, il est de 41% (66), au CH de Lunéville, de 56,4% (40) et au CHU de Bordeaux, de 77,4%, (65). Nous sommes donc dans la fourchette basse de cet intervalle très large (41-77). Le projet des High 5s fixe un objectif de 100%.

➤ Méthode de caractérisation des divergences

Parmi les éléments qui peuvent être discutés, d'un point de vue méthodologique, figure la caractérisation des divergences. Dans la littérature, nous avons retrouvé que peu d'études précisant le mode opératoire idéal à utiliser pour caractériser les divergences observées lors de la CTM.

En effet, l'équipe de Colombe et al. (92), à Caen, précise qu'ils évaluent en premier la documentation, puis que chaque divergence non documentée est classée selon son intentionnalité en DIND ou DNI. C'est aussi la méthode utilisée par E. Dufay (cf. figure 11) (40).

A l'inverse, dans son article, Pérennes et al. (66) définit avec le prescripteur l'intentionnalité de la divergence puis, après lecture du dossier patient, elle répartit les divergences intentionnelles en DID ou DIND. Ce processus est également suivi dans le SOP Med'Rec (figure 12) (38).

Quoiqu'il en soit, le choix de la méthode de caractérisation n'influe pas sur les résultats et les divergences sont réparties en trois catégories : DID, DIND et DNI. Nous avons donc choisi de suivre la méthodologie des High 5s.

➤ Indicateur MR2 du projet des High 5s : Il s'agit du nombre moyen de DIND par patient. Nous avons observé un taux de « non documentation » de **2,9 DIND par patient** (MR2). Cette documentation des modifications des prescriptions est très variable d'une expérience à l'autre. En effet, Marguet et al. (90) observe 1,02 DIND par patient et au contraire, Reliquet et al. (65) en trouve 6,8. Comme pour le critère précédent, le projet des High 5s suggère d'essayer d'amener ce résultat aussi proche que possible de 0.

Ce taux important de « non documentation » est une préoccupation connue en milieu hospitalier, depuis l'informatisation qui tend à rendre obligatoire la traçabilité de toutes interventions médicales ou paramédicales dans la prise en charge du patient. C'est ainsi que, en théorie, toutes les étapes doivent apparaître depuis la prescription, avec la traçabilité d'une évaluation de la balance « bénéfice/risque » des traitements, aux administrations au patient, en passant par les interventions pharmaceutiques.

➤ Indicateur MR3 et MR4 du projet des High 5s : Il s'agit du nombre moyen de DNI par patient et du pourcentage de patients avec au moins une DNI.

D'après la méta-analyse de Tam et al., la présence d'erreurs médicamenteuses à l'admission des patients, peut être estimée entre 19 et 75% (52). Dans notre étude, une moyenne de **2,1 DNI par patient** (MR3) a été mise en évidence, avec **76,4% des patients dont la prescription comporte au minimum une DNI** (MR4).

Ces résultats, que ce soit le taux de patients avec au moins une DNI ou le nombre moyen de DNI patient, sont supérieurs à ceux retrouvés dans la littérature (65,66,87,90). En effet, selon les études, nous retrouvons de 0,45 à 1,62 DNI patient.

➤ Nombre de patients ne présentant aucune divergence

Le taux de patient ne présentant aucune divergence est de **2,72%** dans notre étude. Celui-ci est très inférieur à celui cité par Marguet et al. (90) (35,3%) et Colombe et al. (93) (50,6%) où les auteurs n'ont pas ciblé la population de plus de 65 ans, poly-pathologique, poly-médiquée et à risque de iatrogénie. De même, des études réalisées au CH de Lunéville (Dufay et al. (40,41)), participant au projet des High 5s, rapportent 44 à 49,5% des patients sans divergence.

Le résultat obtenu au sein de notre étude confirme l'intérêt de la conciliation chez les sujets âgés de plus de 65 ans hospitalisés en géro-psycho-geriatrie.

En synthèse, le tableau 18, ci-dessous, récapitule l'ensemble des études, utilisant les sept indicateurs, développées précédemment.

Tableau 18 - Résultats de CTM d'entrée dans la bibliographie

	Nombre de lignes de l'OMA	Durée de CTM	MR1 : % patient CTM < 24h	MR2 : DIND / patient	MR3 : DNI / patient	MR4 : % patient > 1 DNI	Nombre de patients sans divergence
Pérennes et al. (66)	7	53 min	NR	NR	0,62	41%	NR
Reliquet et al. (65)	7,64	NR	77,4%	6,8	0,54	32%	NR
Saint Germain et al. (87)	NR	34 min	72%	NR	1,62	NR	NR
Marguet et al. (90)	10	27 min	22%	1,02	0,45	33,3%	35,3%
Gérard et al.	7,4	62,8 min	40%	2,9	2,1	76,4	2,72%

2.1.4 Analyse des erreurs médicamenteuses ou DNI

➤ Nature des DNI

Les DNI principalement mises en évidence par la conciliation sont des **omissions à 76%** puis, dans de plus rare cas, des modifications de posologie (8%) et des erreurs de dosage (6%). L'omission est l'erreur médicamenteuse la plus fréquemment retrouvée dans toutes les études, de 46 à 77% (40,52,62,63,65,66,83,87,92). Les erreurs de dosage et de posologie représentent une part moins importante des DNI : 23% d'erreur de dosage pour Dufay et al. (40), et 7% d'erreur de dosage et 3% de posologie pour Choukroun et al. (83).

➤ Classes ATC concernées par les DNI

Les classes ATC médicamenteuses les plus fréquemment impliquées dans les DNI, sont celles du **Système nerveux à 31,4%** puis **Voies digestives et métabolisme à 27,9%** et du **Système cardio-vasculaire à 15,5%**. Nos résultats se rapprochent de ceux retrouvés dans la littérature. En effet, dans l'étude de Tam et al. (52), les médicaments les plus concernés sont ceux de la sphère cardio-vasculaire, les traitements sédatifs et les antalgiques. Cornish et al. (62), retrouve également le système nerveux à 26,6% et le cardio-vasculaire à 25,9%.

➤ Devenir des DNI

Après la conciliation, 33% des lignes de traitements à statut « DNI » sont represcrites à l'identique par rapport au traitement du domicile et 2/3 de ces « non re-prescriptions » sont dues à l'absence d'indication retrouvée ou à la nécessité de réévaluer le traitement. Il y a peu d'études décrivant le devenir de ces divergences non intentionnelles. Dans l'étude de Saint Germain et al. (87) les auteurs mettent en avant une correction de 75% des DNI après discussion avec le médecin. A l'inverse, nos résultats se rapprochent plus de ceux de Courtin et al. (86), pour qui 36% des DNI ont fait l'objet d'une modification avec la CTM. Ces résultats sont variables et non formalisés. En effet, les termes « re-prescription » ou « correction » peuvent être interprétés de façon différente selon les auteurs. Quoiqu'il en soit, nous observons la mise en place de mesures correctives suite à la CTM.

2.2. La CTM de sortie

2.2.1 Population conciliée

La population conciliée à la sortie, dans notre étude, est issue de la population d'entrée (88 des 110 patients à l'entrée).

2.2.2 Les indicateurs d'efficacité de la CTM de sortie

➤ Temps moyen de conciliation

Nous avons réalisé la CTM de sortie en **9,5 minutes** en moyenne. Ce temps ne tient pas compte de la réalisation du BMO, ni de la rédaction de la fiche de liaison « Hôpital-Ville ». Peu d'études indiquent le temps nécessaire pour réaliser la CTM de sortie. Selon Pérennes et al. (66), elle durerait en moyenne 80 minutes, un temps relativement important comprenant l'explication de la prescription de sortie au patient, lors d'un entretien pharmaceutique. L'équipe de Dufay et al. (40) réalise la CTM de sortie, en 19 minutes, avec la remise d'une fiche explicative du traitement à 70% des patients.

➤ Méthodologie de comparaison de l'ordonnance des médicaments à la sortie

Les études réalisées sur la conciliation médicamenteuse de sortie sont peu retrouvées dans la littérature. Lors de la mise en place de la CTM d'entrée, il nous a semblé indispensable de concilier également les patients à la sortie d'hospitalisation. Cette conciliation compare le BMO réalisé à l'entrée du patient et l'Ordonnance des Médicaments à la Sortie (OMS). L'équipe du CHU de Bordeaux réalise la CTM de sortie en comparant la dernière prescription dans l'unité à l'ordonnance de sortie (OMS). Ces différentes méthodologies semblent possibles car le projet des High 5s n'en impose pas une précisément.

➤ Divergences à la sortie

Nous avons observé **67% de DIND** et **3,3% de DNI**. Selon Wong et al. (54) et Zoni et al. (63), 41% des patients ont au moins une DNI à la sortie et la majorité sont dues à un manque d'information ou à une prescription incomplète. Ces résultats peuvent s'expliquer par l'utilisation de méthodologies différentes pour la CTM de sortie. En effet, dans notre étude, la rédaction de la prescription de sortie était réalisée en même temps que la conciliation, d'où un nombre très faible de DNI (3 cas sur 88 patients).

3. Le lien « Hôpital - Ville »

Lors de la réalisation de la fiche de liaison « Hôpital – Ville », une attention particulière était portée sur les médicaments non référencés au livret thérapeutique du CHCP. En effet, toutes les substitutions ou équivalences réalisées à l'entrée d'un patient devaient être, si possible, modifiées afin de prescrire le traitement initial. Nous avons observé que seulement 24 % de ces modifications avaient été réalisées. Nous n'avons pas retrouvé d'études portant sur ce type de modifications de traitements à la sortie.

4. Evaluation de la conciliation

4.1 Evaluation de l'impact clinique

➤ Echelle d'Hatoum

Nous avons choisi d'évaluer l'impact clinique de la CTM d'entrée. D'après une revue de la littérature, il ne semble pas exister de méthode universelle particulièrement adaptée à la CTM. Le projet des High 5s propose une évaluation de la gravité du préjudice subi par le patient (figure 80) (65).

Gravité du préjudice		Description
a	Décès	
b	Préjudice permanent grave	Blessure psychologique ou corporelle à vie ou mutilation qui altère fortement les capacités fonctionnelles ou la qualité de vie
c	Préjudice permanent	Blessure psychologique ou corporelle à vie ou risque aggravé de maladie
d	Préjudice temporaire	Blessure psychologique ou corporelle probablement non permanente
e	Traitements supplémentaires	Blessure limitée à une intervention supplémentaire lors de l'hospitalisation ou de la visite et/ou prolongation du séjour, mais sans autre préjudice
f	Détresse émotionnelle ou désagrément	Anxiété ou douleur ou gêne physique moyenne et transitoire, mais qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire autre que la surveillance (observation, examen physique, tests de laboratoire, dont phlébotomie et/ou imagerie)
g	Aucune blessure	L'EI a atteint le patient sans lui porter préjudice

Figure 80- Echelle de gravité du préjudice subi par le patient (d'après Evalor, HAS)

L'équipe de Cornish et al. (62) ont classé les divergences selon trois catégories afin de différencier leur impact clinique :

- catégorie 1 : divergences sans conséquence clinique pour le patient.
- catégorie 2 : divergences pouvant entraîner un désagrément ou une conséquence clinique modérée.
- catégorie 3 : divergences pouvant entraîner un désagrément ou une conséquence clinique sévère.

Dans son étude Pérennes (66) a choisi de répartir les divergences non intentionnelles selon leur impact potentiel pour le patient en quatre classes :

- type 1 : DNI non susceptible d'avoir des conséquences cliniques.
- type 2 : DNI susceptible d'avoir des conséquences cliniques faibles.
- type 3 : DNI susceptible d'avoir des conséquences cliniques modérées.
- type 4 : DNI susceptible d'avoir des conséquences cliniques graves.

Pour notre part, notre choix s'est porté sur l'échelle d'Hatoum (94) (figure 81).

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

Figure 39 - Echelle d'évaluation de l'impact clinique de Hatoum

L'échelle d'Hatoum, composée de quatre niveaux comme celle de Pérennes et al. (66), est validée pour son utilisation lors de l'évaluation de l'impact clinique des interventions pharmaceutiques. Elle permet de réfléchir en terme d'impact potentiel si la conciliation n'avait pas eu lieu et non en terme de préjudice, et de simplifier la cotation des divergences avec moins de catégories.

➤ Impact clinique coté pour les DNI

Un impact clinique a été mis en évidence pour 79,4% des DNI dont 56 % d'impact significatif, 23 % d'impact très significatif et 1% d'impact vital. Malgré l'utilisation d'échelles différentes, nos résultats semblent similaires à ceux retrouvés dans la littérature. Ainsi, selon Dufour et al. (95), 49 à 51% des DNI ont un impact clinique significatif et 17 à 32% un impact sérieux. Pérennes (66) et Cornish (62) ont mis en évidence que 50 à 76 % des DNI ont un impact clinique pour le patient.

Quelque soit la méthode d'évaluation utilisée, nous observons une majorité de DNI pour lesquelles la CTM apporte un bénéfice au patient.

➤ Différences de cotation selon la spécialité de l'évaluateur

Nous avons observé une sensibilité différente selon l'évaluateur qui a coté l'impact clinique des DNI. Les médecins psychiatres semblent accorder un risque moins important à certaines divergences comparativement aux internes, aux médecins somaticiens ou aux pharmaciens.

Dans l'étude de Dufour et al. (95), cette différence d'évaluation a été également retrouvée entre les médecins gériatres et les pharmaciens (17% de DNI avec un impact clinique sérieux pour les médecins versus 32% pour les pharmaciens). Elle peut probablement s'expliquer par le fait que le médecin nuance sa cotation par la prise en compte de la clinique du patient, à l'inverse du pharmacien qui appuie son opinion principalement sur des critères pharmacologiques (mécanismes d'action des médicaments, interactions médicamenteuses, pharmacocinétique...).

Cependant, nous avons également observé une différence de sensibilité pour coter les impacts cliniques entre les médecins psychiatres et les médecins somaticiens. En effet, nous pouvons imaginer que les psychiatres, sont principalement sensibilisés à la iatrogénie potentielle liée aux classes médicamenteuses qu'ils utilisent, comme tout autre spécialiste.

4.2 Evaluation de la satisfaction

➤ Connaissance de la CTM

Lors de l'exploitation des réponses du questionnaire de satisfaction, seuls 22,5% des professionnels de ville et 16,7% des praticiens hospitaliers affirment connaître la CTM. Ceci peut s'expliquer par le caractère novateur de cette activité. La première publication retrouvée, évoquant le principe de la CTM, remonte aux années 2000 (60) et la formalisation réelle de la conciliation date de 2009 avec le début du projet des High 5s.

➤ Satisfaction des professionnels

Aucun professionnel de ville ou hospitalier ne semble être insatisfait de la mise en place de cette nouvelle activité de conciliation médicamenteuse et du lien « Ville-Hôpital » engendré. Nous avons observé respectivement, 55% et 92% de professionnels totalement satisfaits, en ville et à l'hôpital. Ces résultats très encourageants sont identiques à ceux d'autres établissements comme le CHU de Bordeaux où 92% des professionnels sont satisfaits de cette collaboration ville-hôpital et 100% souhaitent le développement de cette activité (96).

5. Y-a-t-il une différence à pratiquer la CTM en psychiatrie versus en MCO ?

➤ Une population conciliée similaire ?

D'un point de vue démographique, notre population hospitalisée en gérontopsychiatrie avait un âge moyen de 78 ans et un sexe ratio de 0,62. Ces paramètres étant identiques aux populations conciliées dans d'autres études (66,84,87,90), nous estimons avoir une population similaire.

➤ Le patient, une source d'informations ?

Le sujet âgé hospitalisé en gérontopsychiatrie, est peu informatif. Dans notre étude, cette source d'informations présente les paramètres suivants : exhaustivité (21%), complétude (13%), disponibilité (92,7%), et avec durée d'entretien moyenne de 12,9 minutes. Dans l'étude de Bonhomme et al. (58), portant sur des patients âgés en moyenne de 82 ans, on observe une légère amélioration de l'exhaustivité (29%) et de la complétude (22,8%) des données médicamenteuses fournies par le patient.

Le patient de psychiatrie semble donc être **moins informatif**. Deux explications peuvent être envisagées. La première est en lien avec les motifs d'hospitalisation. En psychiatrie ce sont principalement des troubles du comportement (agitation ou agressivité), ainsi que les pathologies psychiatriques présentes à l'admission (telles que la dépression ou la manie) qui peuvent rendre le patient moins réceptif à l'entretien et aux questions posées. La seconde explication peut être le fait qu'il existe des hospitalisations sous contrainte (d'un tiers ou d'un représentant de l'état) expliquant un manque de coopération de certains patients, surtout en début d'hospitalisation (conciliation réalisée dans les 24 à 48 premières heures).

Quoiqu'il en soit, le patient hospitalisé en psychiatrie ou dans un autre type d'établissement, reste **une source d'informations incontournable** : apport des médicaments, des prescriptions et des coordonnées de professionnels de santé. Ce résultat est confirmé par la présence de la source « Patient » dans les trinômes mis en avant dans l'étude de Bonhomme et al. (58).

➤ Le sujet âgé hospitalisé en géro-psycho-geriatrie est-il polymédiqué?

Nous avons observé, pour nos deux services de géro-psycho-geriatrie, un nombre moyen de lignes de l'OMA de 7,4 spécialités. Ce nombre est parfaitement comparable aux données retrouvées dans la bibliographie (58,65,74,91) avec une moyenne de 7 à 8,4 médicaments.

Il n'y a donc pas, contre toute attente, une majoration de la poly-médication en psychiatrie.

➤ Résultats de conciliation sont-ils différents ?

Nous avons constaté une homogénéité de nos résultats versus les différentes études citées précédemment. Cependant, un seul indicateur diffère et doit donc être discuté : il s'agit du taux de prescriptions sans divergence égal à 2,72%, inférieur à ceux cités : de 55,6% pour une population non ciblée (Colombe et al. (93)) ou de 44% pour une population gériatrique (Dufay et al. (40)).

Cette différence confirme l'intérêt de concilier les patients âgés hospitalisés en psychiatrie qui peut provenir du peu d'informations apportées par le patient (cf. paragraphe précédent).

➤ Y a-t-il des différences pour les DNI ?

Quelque soit la population conciliée, il a été mis en avant que les divergences non intentionnelles sont principalement des omissions.

Ces DNI concernent respectivement 31% des médicaments de la classe « Système Nerveux » et 69% médicaments autres et notamment appartenant aux classes : « Voie digestive et métabolisme » et « Système cardiovasculaire ». De même, Courtin et al. (86) en géro-psycho-geriatrie, rapporte, au sein de ces DNI, la présence de 23 % de psychotropes et 77% de médicaments somatiques, résultats équivalents aux nôtres.

Cette répartition des classes ATC concernées n'est pas modifiée selon la population. En effet, environ un quart de traitements du système nerveux et trois quart de traitements somatiques, sont aussi retrouvés en gériatrie aigüe dans les études de Saint-Germain et al. (87) et de Cornish et al. (62).

6. Limites et perspectives

➤ La CTM selon une méthode proactive ?

Dans notre étude, la conciliation médicamenteuse d'entrée est réalisée uniquement en rétroactif, avec seulement 40% de patients conciliés dans les 24 premières heures d'hospitalisation. Ce résultat est loin de l'objectif de 100% souhaité dans le projet des High 5s.

Il serait probablement possible d'améliorer ce score, notamment par une présence pharmaceutique plus optimale dans les services de soins. Celle-ci pourrait s'appuyer sur la pratique de la CTM par l'ensemble des étudiants de 5^{ème} année hospitalo-universitaire de pharmacie répartis dans quelques services de soins. Ceci nécessite une formation et un encadrement par des pharmaciens seniors maîtrisant également la CTM.

➤ Une approche médico-économique à envisager

Notre travail n'a pas étudié l'approche médico-économique mais a mis en évidence, via le questionnaire sur la conciliation diffusé via l'Association pour le Développement de l'Internet en Pharmacie, que cette démarche n'était pas, *a priori*, réalisée dans d'autres établissements.

Afin de pouvoir continuer à déployer la conciliation médicamenteuse, il est nécessaire de prouver que c'est une activité qui, tout en participant à la lutte contre la iatrogénie, a un impact clinique pour le patient et réduit les dépenses médicales, tout ceci sans engendrer de coûts supplémentaires. Il est donc indispensable, dans un deuxième temps, d'étudier l'impact, en terme de coût de la CTM sur la durée d'hospitalisation des patients et sur la iatrogénie évitée par cette activité.

➤ Un entretien pharmaceutique à la sortie du patient ?

Contrairement à d'autres équipes réalisant la CTM, nous n'avons pas effectué d'entretien pharmaceutique avec le patient au sujet de ses modifications de traitements lors de sa sortie. Cette étape d'information du patient, sur ses médicaments et sur les conduites à tenir en cas d'effets indésirables, est un moment clé pour évaluer sa compréhension vis à vis de son traitement. Il est à présent intéressant de réfléchir à la mise en place de ce type d'entretien pour compléter la conciliation, et ainsi encourager le patient à être acteur dans sa prise en charge médicamenteuse.

Cette démarche pourrait permettre ainsi d'éviter de potentielles erreurs telle que les reprises par le patient d'un traitement arrêté à l'hôpital ou les doubles prises (princeps et génériques). Cet entretien pharmaceutique pourrait être formalisé sous forme d'une fiche explicative de l'ensemble des traitements pris complété par un plan de prise.

➤ Un travail sur la prescription de sortie ?

Nous avons observé que dans la majorité des cas, les prescriptions de sortie ne reprenaient pas le traitement initial du patient en raison d'une équivalence proposée pendant l'hospitalisation (traitement référencé au CHCP). Ceci peut être à l'origine d'évènements iatrogènes tels que la double prise d'un même traitement (le princeps et son générique).

Une réflexion sur l'établissement doit être menée avec les prescripteurs.

➤ Le lien « Ville – Hôpital » : trop lent ?

Certains professionnels de ville interrogés ont souligné que le délai de communication de la fiche de liaison « Ville – Hôpital » était trop long. Une piste d'amélioration possible, déjà utilisée dans d'autres établissements, est l'envoi par messagerie sécurisée de cette fiche.

➤ Un déploiement au sein de l'établissement ?

La conciliation apparaît comme un élément important dans la lutte contre la iatrogénie en particulier pour la population de géronto-psychiatrie qui a montré être une population à haut risque (2,72% seulement de prescriptions sans divergence).

C'est pour cette raison qu'il nous semble important d'étendre cette activité à l'ensemble des personnes âgées de plus de 65 ans hospitalisées au Centre Hospitalier Charles Perrens.

Conclusion

Cette étude prospective relate la mise en place de la conciliation des traitements médicamenteux dans le cadre du développement de la pharmacie clinique, au sein du Centre Hospitalier Charles Perrens.

Dans un premier temps, nous avons repris des éléments bibliographiques, et réalisé un état des lieux, via la diffusion d'un questionnaire destiné aux professionnels de santé, qui nous a permis d'adapter la mise en place de cette activité, en ciblant les sujets âgés de plus de 65 ans hospitalisés en géro-psycho-geriatrie.

Devant le peu d'éléments retrouvés sur les sources d'informations à utiliser lors de la conciliation, une comparaison des sources a été réalisée

Ainsi, au CHCP, une conciliation à l'entrée et à la sortie des patients a été effectuée et les résultats, indicateurs d'efficacité et impact clinique, ont été analysés. Ces conciliations ont été finalisées avec un travail renforçant le lien « Ville – Hôpital ».

Cent dix patients ont été conciliés dans deux services de **géro-psycho-geriatrie**. L'intérêt de cibler cette population a été confirmé avec la présence de seulement **3% de prescriptions sans divergence**.

L'originalité de ce travail est la comparaison des sources, grâce à laquelle nous avons pu élaborer trois recommandations afin d'optimiser la réalisation du Bilan Médicamenteux Optimisé : consulter **au minimum trois sources** afin d'obtenir le plus BMO exhaustif et complet, deux des sources doivent être le « **Patient** » et le « **Pharmacien d'officine** » et si elle est présente, l'**EHPAD** est incontournable.


Il ne semble pas exister de différences majeures lors de la réalisation de la CTM que l'on soit en psychiatrie ou en établissement MCO. En effet, qu'il s'agisse de la population conciliée, du nombre de DNI observé, des classes ATC concernées, ainsi que du type de DNI, ces données sont similaires à celles retrouvées dans la bibliographie. Quelques points sont à souligner et nécessitent une réflexion : optimiser la CTM en moins de 24 heures et formaliser des entretiens pharmaceutiques de sortie.

Le bilan de cette première expérience étant très positif (résultats, satisfaction), nous devons réfléchir à étendre cette activité. Dans un premier temps, nous pourrions cibler l'ensemble des sujets âgés de plus de 65 ans hospitalisés sur l'établissement. Pour cela, il nous faut former les étudiants de 5^{ème} année hospitalo-universitaire. Enfin il est indispensable de mettre en place une évaluation médico-économique de cette activité de pharmacie clinique.

La mise en place de la CTM au Centre Hospitalier Charles Perrens, a été ma première réelle expérience de pharmacie clinique au plus près des patients et des équipes soignantes, ce qui est à l'origine d'un enrichissement et d'un apport de nombreuses connaissances spécifiques d'un point de vue clinique et thérapeutique.

Annexes

Annexe 1 - Fiche de liaison pharmaceutique - Grenoble



Centre Hospitalier
Universitaire de
Grenoble

FICHE DE LIAISON PHARMACEUTIQUE
Médecin et pharmacien hospitalier
Médecin traitant et Pharmacien d'officine

UF Pharmacie Clinique CHU Grenoble

NOM patient : _____ Date de naissance : _____ Taille : _____ m
Prénom : _____ Sexe : _____ Poids : _____ kg $IMC = \frac{m}{kg}$
Date hospitalisation : _____ Allergie(s) connue(s) : _____ Clcréat = _____
Insuffisance rénale : _____

Régime alimentaire particulier : _____
Votre Patient(e) a été récemment hospitalisé(e) dans le service de Gériatrie. Nous avons établi un bilan de son traitement médicamenteux pris à domicile lors de son entrée. Ci-dessous, vous trouverez celui-ci ainsi que son traitement de sortie accompagné ou non d'un complément d'informations.
Fiche établie d'après thèse de J Guigue thèse UFR Pharmacie Grenoble 27 Juin 2012.

Bilan des médicaments à l'entrée	Suppression Remplacement Adaptation	Bilan des médicaments à l'entrée	Commentaires
DCL/dosage/forme/posologie/voie		DCL/dosage/forme/posologie/voie	

Rédigé par Interne Pharmacie Etudiant 5^{ème} AHU, le _____ NOM : _____ Prénom : _____
Coordonnées si besoin de joindre : _____

Annexe 2 - Questionnaire sur l'état des lieux de la Conciliation des traitements Médicamenteux sur l'ADIPH

Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM): enquête 2014

Suite aux recommandations de l'HAS sur la **conciliation des traitements médicamenteux** du patient (CTM) en 2012, nous avons décidé de faire un point sur son développement dans les établissements de santé (ES) en France en 2014.

Nous sollicitons quelques minutes (5 à 10 environ) de votre temps afin de répondre à ce questionnaire. Vos réponses vont permettre d'établir un état des lieux de la pratique de la CTM dans les établissements de santé en France qui servira de base à la rédaction de l'introduction d'une thèse de pharmacie hospitalière d'une interne en dernier semestre de Pharmacie Hospitalière.

Le questionnaire sera disponible jusqu'au 14 juillet 2014.

Christelle BOCZEK (Pharmacien Assistante Spécialiste CHU Nice)
Mélanie GERARD (Interne PHC 8^é semestre CH Charles Perrens, Bordeaux).

Conformément au décret du 6 avril 2011, la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse est un objectif prioritaire inscrit dans l'ensemble des démarches nationales (tarification à l'activité, certification, contrat de bon usage des médicaments et produits et prestations, contrats pluriannuels d'objectif et de moyens). (DGOS 2012). De la bonne organisation de ce circuit dépend la prise en charge optimale des patients qui associe la réduction des risques, notamment iatrogènes, et la réduction des coûts des soins.

Aussi, l'ensemble de la communauté internationale s'engage notamment à assurer la continuité du traitement médicamenteux (Medication Reconciliation Med' Rec) en assurant une vérification des prescriptions aux points de transition du parcours de soins que sont l'admission du patient, les transferts éventuels et la sortie de l'établissement.

La CTM est un processus interactif et pluri-professionnel qui garantit la continuité des soins en intégrant à une nouvelle prescription les traitements en cours du patient.

Nous souhaiterions connaître l'état actuel de développement de la CTM au sein des différents établissements de santé : connaissances et respect des recommandations, stratégies et difficultés, systèmes humains/matériels, surcoût pour l'établissement de santé ...

Nous sollicitons quelques minutes (5 à 10 environ) de votre temps afin de répondre à ce questionnaire. Vos réponses vont permettre d'établir un état des lieux de la pratique de la CTM dans les établissements de santé en France qui servira de base à la rédaction d'une thèse de pharmacie hospitalière.
L'analyse des résultats vous sera bien entendu adressée dès la fin de l'enquête.

Il y a 29 questions dans ce questionnaire.

Charger un questionnaire non terminé

Suivant >>

Sortir et effacer le questionnaire

Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM): enquête 2014

Suite aux recommandations de l'HAS sur la **conciliation des traitements médicamenteux** du patient (CTM) en 2012, nous avons décidé de faire un point sur son développement dans les établissements de santé (ES) en France en 2014.

Nous sollicitons quelques minutes (5 à 10 environ) de votre temps afin de répondre à ce questionnaire. Vos réponses vont permettre d'établir un état des lieux de la pratique de la CTM dans les établissements de santé en France qui servira de base à la rédaction de l'introduction d'une thèse de pharmacie hospitalière d'une interne en dernier semestre de Pharmacie Hospitalière.

Le questionnaire sera disponible jusqu'au 14 juillet 2014.

Christelle BOCZEK (Pharmacien Assistante Spécialiste CHU Nice)
Mélanie GERARD (Interne PHC 8^é semestre CH Charles Perrens, Bordeaux).

0% 100%

CONTEXTE

Veillez cocher la ou les mention(s) choisie(s) parmi les questions suivantes :

• Statut : Vous et votre établissement

Nom de l'établissement de santé (ES):
Nom du pharmacien :
Ville :

• Type d'établissement :

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- CHU
 CH
 Clinique
 EPSM (Etablissement Public pour la Santé Mentale)
 EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)
 Autre :

• **Nombre de lits d'hospitalisation complète :**
Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

< 100
 100-300
 301-600
 601-900
 > 900

• **Nombre de pharmaciens dans votre ES:**

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ

Fonction :
Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

PU-PH
 Praticien Hospitalier
 Pharmacien Assistant Spécialiste
 Pharmacien Assistant Généraliste
 Praticien Attaché
 Interne en pharmacie
 Autre :
 Sans réponse

Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM): enquête 2014

Suite aux recommandations de l'HAS sur la **conciliation des traitements médicamenteux** du patient (CTM) en 2013, nous avons décidé de faire un point sur son développement dans les établissements de santé (ES) en France en 2014.

Nous sollicitons quelques minutes (5 à 10 environ) de votre temps afin de répondre à ce questionnaire. Vos réponses vont permettre d'établir un état des lieux de la pratique de la CTM dans les établissements de santé en France qui servira de base à la rédaction de l'introduction d'une thèse de pharmacie hospitalière d'une interne en dernier semestre de Pharmacie Hospitalière.

Le questionnaire sera disponible jusqu'au 14 juillet 2014.

Christelle BOZZEK (Pharmacien Assistante Spécialiste CHU Lille)
 Mélanie GUYARD (Interne PHU de Semestre III Charles Ferrers, Bordeaux)

0% 100%

THEORIE

La Conciliation des Traitements Médicamenteux - en théorie :

• **Connaissez vous la CTM (Conciliation des Traitements Médicamenteux) ?**

Oui Non

• **Si oui, est elle pratiquée dans votre établissement?**

Oui Non

• **Si oui, quel est votre nombre de lits conciliés ?**

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ

• **Nombre de pharmaciens pratiquant de la CTM dans votre établissement?**

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ

• **Quels pharmaciens pratiquent la CTM dans votre établissement ?**
Cochez la ou les réponses

PU-PH
 Praticien Hospitalier
 Pharmacien Assistant Spécialiste
 Pharmacien Praticien Attaché
 Interne en pharmacie
 Externe en pharmacie
 Autre :

Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM): enquête 2014

Suite aux recommandations de l'HAS sur la **conciliation des traitements médicamenteux** du patient (CTM) en 2012, nous avons décidé de faire un point sur son développement dans les établissements de santé (ES) en France en 2014.

Nous sollicitons quelques minutes (5 à 10 environ) de votre temps afin de répondre à ce questionnaire. Vos réponses vont permettre d'établir un état des lieux de la pratique de la CTM dans les établissements de santé en France qui servira de base à la rédaction de l'introduction d'une thèse de pharmacie hospitalière d'une Interne en dernier semestre de Pharmacie Hospitalière.

Le questionnaire sera disponible jusqu'au 14 juillet 2014.

Christelle BOCZEX (Pharmacien Assistante Spécialiste CHU Nice)
Mélanie GERARD (Interne PHC 8^e semestre CH Charles Perrens, Bordeaux).

0% 100%

PRATIQUE

La CTM en pratique :

• **Quels sont les patients que vous conciliez ?**
Cochez la ou les réponses

- > 65 ans
- patients passant par les urgences
- tous les patients
- patients des services de gériatrie
- patients des autres services cliniques (cardiologie etc...)
- Autre :

• **Quel est votre temps moyen pour réaliser une CTM par patient (en minutes)?**

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ

• **A quel moment réalisez vous la CTM?**
Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- à l'entrée
- à la sortie
- les deux

• **Quel type de CTM réalisez vous ?**
Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- proactive (avant l'arrivée du patient dans le service)
- rétroactive (après l'arrivée du patient dans le service)
- les deux

• **Quel est votre taux de CTM (nombre de lits conciliés / nombre de lits de l'établissement de santé x 100) ?**

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ

• **Quel est votre nombre moyen de Divergences Non Intentionnelles (DNI) / patient?**

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ

• **Est-ce que vous réalisez des documents de liaison ville-hôpital à la sortie du patient ?**

- Oui
- Non

[Reprendre plus tard](#)

[<< Précédent](#)

[Suivant >>](#)

[Sortir et effacer le questionnaire](#)

• **Si oui, quels documents de liaison utilisez-vous ?**
Cochez la ou les réponses

- Fiche de modification de traitement
- Plan de soin
- Autre :

• **A qui envoyez-vous ces documents de liaison ?**
Cochez la ou les réponses

- Médecin traitant
- Pharmacie d'officine
- Etablissement de santé
- Autre :

[Reprendre plus tard](#)

[<< Précédent](#)

[Suivant >>](#)

[Sortir et effacer le questionnaire](#)

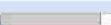
Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM): enquête 2014

Suite aux recommandations de l'HAS sur la **conciliation des traitements médicamenteux** du patient (CTM) en 2012, nous avons décidé de faire un point sur son développement dans les établissements de santé (ES) en France en 2014.

Nous sollicitons quelques minutes (5 à 10 environ) de votre temps afin de répondre à ce questionnaire. Vos réponses vont permettre d'établir un état des lieux de la pratique de la CTM dans les établissements de santé en France qui servira de base à la rédaction de l'introduction d'une thèse de pharmacie hospitalière d'une interne en dernier semestre de Pharmacie Hospitalière.

Le questionnaire sera disponible jusqu'au 14 juillet 2014.

Christelle BOCZEK (Pharmacien Assistante Spécialiste CHU Nice)
Mélania GERARD (Interne PHC 8è semestre CH Charles Perron, Bordeaux).

0%  100%

Les sources d'information du Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO)

BMO = recensement des traitements (nom, dosage, posologie, forme galénique et voie d'administration) pris régulièrement juste avant l'hospitalisation prescrits ou en automédication

• Quelles sources d'information utilisez vous pour élaborer le BMO?

Cochez la ou les réponses

- Interrogatoire du patient
- Interrogatoire de la famille
- Médecin traitant
- Pharmacie d'officine
- Médecin spécialiste
- Courrier d'hospitalisation
- Dossier patient informatisé
- Dossier pharmaceutique (Carte Vitale...)
- Infirmières, aides...
- Etablissements de soins (maison de retraite, EHPAD...)
- Médicaments apportés
- Prescriptions apportées
- Autre :

• Combien de sources en moyenne utilisez vous réellement par patient ?

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ

• Quelles sont les 2 sources d'information les plus fiables (exactes et complètes) selon vous ?

Cochez la ou les réponses

- Interrogatoire du patient
- Interrogatoire de la famille
- Médecin traitant
- Pharmacie d'officine
- Médecin spécialiste
- Courrier d'hospitalisation
- Dossier patient informatisé
- Dossier pharmaceutique (CV)
- Infirmières, aides...
- Etablissements de soins (maison de retraite, EHPAD...)
- Médicaments apportés
- Prescriptions apportées
- Autre :

Reprendre plus tard

<< Précédent

Suivant >>

Sortir et effacer le questionnaire

Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM): enquête 2014

Suite aux recommandations de l'HAS sur la **conciliation des traitements médicamenteux** du patient (CTM) en 2012, nous avons décidé de faire un point sur son développement dans les établissements de santé (ES) en France en 2014.

Nous sollicitons quelques minutes (5 à 10 environ) de votre temps afin de répondre à ce questionnaire. Vos réponses vont permettre d'établir un état des lieux de la pratique de la CTM dans les établissements de santé en France qui servira de base à la rédaction de l'introduction d'une thèse de pharmacie hospitalière d'une interne en dernier semestre de Pharmacie Hospitalière.

Le questionnaire sera disponible jusqu'au 14 juillet 2014

Christelle BOCZEK (Pharmacien Assistante Spécialiste CHU Nice)
Nélanie GERARD (Interne PHC B4 semestre CH Charles Perrons, Bordeaux).

0% 100%

IMPACT CLINIQUE ET ECONOMIQUE DE LA CTM :

• **Evaluez vous l'impact clinique de votre CTM ?**

Oui Non

• **Si oui, utilisez vous une échelle ?**

Oui Non

• **Si oui, laquelle ?**

• **Evaluez vous l'impact pharmaco - économique de votre CTM ?**

Oui Non

• **Si oui, comment ?**


Reprendre plus tard

<< Précédent

Envoyer

Sortir et effacer le questionnaire

Annexe 3 - Procédure de la CTM dans le service UISG

	MISE EN PLACE DE LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX DANS L'UNITE INTERSECTORIELLE DE GERONTOLOGIE (UISG)	
	Version	Page

I. OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

Cette procédure a pour objet de définir les modalités de mise en place d'une Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM) dans le service de gériatrie-psychiatrie, situé au niveau de l'hôpital Xavier Arnoz. L'objectif est d'optimiser la continuité de la prise en charge médicamenteuse aux différents points de transition du processus de soins. La CTM est un processus interactif et pluri disciplinaire visant à garantir la sécurité du patient en prévenant la brèche médicamenteuse.

II. TABLE DE DIFFUSION ET SIGNATAIRES

UNITE FONCTIONNELLE OU SERVICE																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>FONCTION</th> <th>Redaction</th> <th>Validation</th> <th>Autorisation de diffusion</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nom</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fonction</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Date</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Visa</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nom</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fonction</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Date</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Visa</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	FONCTION	Redaction	Validation	Autorisation de diffusion	Nom				Fonction				Date				Visa				Nom				Fonction				Date				Visa					
FONCTION	Redaction	Validation	Autorisation de diffusion																																			
Nom																																						
Fonction																																						
Date																																						
Visa																																						
Nom																																						
Fonction																																						
Date																																						
Visa																																						

1

III. CONTEXTE

L'OMS (*Organisation Mondiale de la Santé*) a initié depuis 2006 la mission internationale « **High Five** » ayant pour objectif d'améliorer la sécurité des soins pour les patients à l'hôpital via la mise en œuvre de protocoles opérationnels standardisés. Un des 5 protocoles mis au point dans le cadre de ce projet, porte sur « l'exaetude des ordonnances aux points de transition dans le processus de soins (entrée, transfert et sortie du service) ». Ces points de transition, critiques pour la continuité des soins, exposent le patient à un risque d'erreurs médicamenteuses résultant d'informations incomplètes ou mal communiquées à l'interface ville-hôpital.

Selon Sullivan et al [1], une ou plusieurs erreurs apparaissent dans plus de 67 % des historiques médicamenteux des patients. D'après l'IH [2], plus de 46% des erreurs médicamenteuses surviennent au moment de la rédaction d'une nouvelle ordonnance à l'entrée ou la sortie du patient de l'hôpital. La revue de la littérature par Tam et al [3] montre l'importance des erreurs de prescription à l'admission des patients, appréciées par les différences entre le traitement prescrit à l'hôpital et le traitement reçu par le patient avant hospitalisation.

La France a rejoint le projet « **High Five** » en 2009 via le **projet Med REC (Medication Reconciliation)**, processus de conciliation des traitements médicamenteux, coordonné par la HAS au niveau national en concertation avec le ministère de la santé. Huit établissements de santé en France participent à ce projet conduit sur 5 ans avec, entre autres, le CH de Lunéville, le CHU de Grenoble ou encore un site de l'AP-HP.

Diverses études [4] portant sur la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission dans un service de soins ont été réalisées, chez la personne âgée de 65 ans et plus, entre 2005 et 2011 : au moins une erreur médicamenteuse a été retrouvée chez 30,4% à 60,4% des patients. Egalement, une étude réalisée à Grenoble [5] a établi cette fréquence à 61% lors de la sortie d'un patient, après prise en compte des modifications d'hospitalisation. La plupart du temps, les erreurs mises en évidence par la conciliation concernaient les omissions de médicament, problèmes de dose ou encore les fréquences d'administration.

IV. PROCESSUS [6-10]

Un Bilan Médicamenteux Optimisé (**BMO**) est réalisé lors de l'admission d'un patient dans le service de soins, en recensant l'ensemble des traitements pris par celui-ci juste avant l'hospitalisation.

Ce bilan est élaboré en croisant les données provenant de diverses sources :

- **Ville** (Entretien téléphonique avec le pharmacien d'officine déclaré du patient, prescriptions médicales, entretien téléphonique avec le médecin traitant)
- **Hôpital** (Courriers d'hospitalisation, Dossier Patient Informatisé (DPI) via le logiciel HM (Hospital Manager), historique médicamenteux)
- **Ville/Hôpital (Dossier Pharmacologique (DP) via la carte vitale)**
- **Patent/Entourage** (Entretien avec le patient et examen des médicaments qu'il a apporté, entretien avec la famille).

Un minimum de deux sources différentes, intégrant systématiquement les données « Ville », est requis pour valider chaque des lignes de traitement.

Dans un second temps, le **BMO** est comparé à l'ordonnance des Médicaments à l'Admission (**OMA**) en remplissant la Fiche de Conciliation des Traitements médicamenteux (FCT). Cette confrontation pourra éventuellement donner lieu à des divergences qu'il conviendra d'analyser avec un médecin, qui seront qualifiées d'**intentionnelles (OI)** ou non intentionnelles (**OII**), documentées (**OII-D**) ou non (**OII-I**). Des modifications pourront être apportées à la prescription médicale lors de divergences non intentionnelles.

Exemples :

2

- Le collire pris habituellement par un patient n'apparaît plus sur la prescription initiale du patient dans le service sans aucune justification. Après discussion avec le médecin prescripteur, il s'avère que le collire a été oublié sur la prescription, on parle de Divergence Non Intentionnelle (DNI).
- Le dosage de l'anti-hypertenseur d'un nouveau patient a été augmenté sur prescription initiale du patient sans justification dans le dossier patient informatisé. Après discussion avec le médecin prescripteur, on apprend que la dose de l'anti-hypertenseur a été augmentée car insuffisamment efficace, on parle de Divergence Intentionnelle Non Documentée (DIND).

Deux approches méthodologiques peuvent être envisagées pour la CTM: une approche prospective (CTM effectuée dans les 24h suivant l'admission du patient dans le service de soins) ou rétrospective (CTM effectuée plus de 24h après l'admission du patient dans le service de soins).

1. Déroulement du processus de CTM appliqué au service de gériatrie-psychiatrie USS

Une approche **étiologique**, de la CTM semble préférée du fait de la distance géographique qui sépare le Centre Hospitalier Charles Ferrus (CHCF) à Bordeaux et l'Hôpital Xavier Arnoz à Pessac

a) L'admission du patient dans le service

L'interne en pharmacie du CHCF se déplace dans le service de gériatrie-psychiatrie de Xavier Arnoz deux fois par semaine (le mardi et le vendredi) pour assister au staff médical et réaliser la CTM. A cette occasion, il élabore le **Bilan Médicamenteux Optimisé** à partir des différents sources mises à sa disposition puis le reporte sur la **Fiche de Conciliation des Traitements médicamenteux (FCT)**. Les données d'un minimum de deux sources (dont une des deux, « source VIII ») sont croisées afin de formaliser la liste des traitements médicamenteux effectués dans le service sont informatisées via le logiciel « **Hopital Manager** » (HM). On peut donc renseigner la partie **Ordonnance des Médicaments à l'Admission (OMA)** de la fiche de conciliation des traitements à partir de ce logiciel.

Par la suite, une comparaison de chacune des lignes de traitement figurant dans la partie **BMO** et dans la partie **OMA** de la **Fiche de Conciliation des Traitements médicamenteux** est réalisée.

Chaque des divergences détectées est qualifiée d'intentionnelle ou non après discussion avec le médecin prescripteur puis documentée ou non. Les DNI sont donc configurés par le prescripteur. Egalement, il pourra compléter et/ou modifier les **DIND** (potentiellement sources d'erreurs).

b) A la sortie du patient du service

L'interne en pharmacie est informé de la sortie d'un des patients par le service.

Le **BMO** du patient est alors comparé à son ordonnance de sortie (**CI ANNEXE 4 et 5**). Chacune des divergences détectées est qualifiée d'intentionnelle ou non après discussion avec le médecin prescripteur puis documentée ou non. Ceci peut être réalisé au cours d'un entretien téléphonique si l'interne en pharmacie ne se trouve pas dans le service à ce moment.

Préalablement à sa sortie, le patient s'entretient, s'il est d'accord et dans la mesure du possible, avec l'interne en pharmacie. Celui-ci pourra apporter des compléments d'informations au patient sur son traitement et les changements effectués au cours de l'hospitalisation. L'interne s'assure que le patient ait bien assimilé la nature et l'intérêt de chacun de ces traitements (notamment nouveaux).

Avec l'accord du patient, une feuille de liaison avec justificatif des modifications apportées sera transmise à la secrétaire de l'USS qui sera chargée d'envoyer ce document au pharmacien d'officine ainsi qu'au médecin traitant (envoi avec le courrier de sortie).

2. Fiabilité et évaluation du processus de CTM

3

a) Fiabilité

Au cours de l'hospitalisation, le processus de CTM est traité dans le DPI de chacun des patients en faisant apparaître les divergences mises en évidence et les corrections éventuelles apportées. A la sortie du patient, et avec son accord, une feuille de liaison précisant les modifications thérapeutiques réalisées au cours de l'hospitalisation est transmise à son pharmacien d'officine ainsi qu'à son médecin traitant (conjointement avec le courrier de sortie) (**CI ANNEXE 6**).

b) Evaluation

Les résultats de cette CTM seront comparés à ceux retrouvés dans la littérature à l'issue d'une période qu'il restera à définir.

Dans un premier temps, il semble nécessaire de caractériser la population à l'étude:

- Données socio-démographiques,
- Nombre moyen de lignes de traitement à l'admission,
- Durée moyenne du séjour.

Dans un second temps, une analyse quantitative du processus de conciliation des traitements médicamenteux (CTM) sera réalisée via le calcul d'un certain nombre d'indicateurs:

- Nombre de Divergences Non Intentionnelles - DNI
- Nombre de Divergences Intentionnelles Non Documentées - DIND
- Nombre de Divergences Non Intentionnelles par patient - **DNI/patient**
- Nombre de Divergences Intentionnelles Non Documentées par patient - **DIND/patient**
- Nombre de patients avec au moins une divergence
- Temps moyen consacré à la CTM par patient

Une analyse qualitative de la CTM verra d'ailleurs l'évaluation du processus avec notamment:

- Nature des divergences (ex: omission de spécialité, posologie erronée, etc.)
- Classes médicamenteuses ou formes galéniques retrouvées lors des divergences.
- Impact Clinique (IC) potentiel des DNI après avis médical, en se basant sur l'échelle simplifiée d'HATOLM (score 0 « C nul » – score 3 « C VMI »).


La question d'une évaluation pharmaco-économique peut se poser : l'her des données seraient intéressantes mais la complexité d'une telle analyse et l'absence de données en France interrogent.

3. Abréviations techniques utilisées

BMO: Bilan Médicamenteux Optimisé
 CTM : Conciliation des Traitements Médicamenteux
 DID: Divergence Intentionnelle Documentée
 DIND: Divergence Intentionnelle Non Documentée
 DNI: Divergence Non Intentionnelle
 DP: Dossier Pharmaceutique
 DPI: Dossier Pharmaceutique Informatisé
 FCT: Fiche de Conciliation des Traitements Médicamenteux
 HM: Hopital Manager
 IC: Impact Clinique
 OMA: Ordonnance des Médicaments à l'Admission

4

Annexe 4 - Procédure de la CTM dans le service BAZIN

 UNIVERSITÉ DE GRENOBLE ALPES	MISE EN PLACE DE LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX DANS L'UNITÉ DE BAZIN	Version
		Page

I. OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

Cette procédure a pour objet de définir les modalités de mise en place d'une Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM) dans le service de Bazin du centre hospitalier de Charles Perron. L'objectif est d'optimiser la continuité de la prise en charge médicamenteuse aux différents points de transition du processus de soins. La CTM est un processus interactif et pluridisciplinaire visant à garantir la sécurité du patient en prévenant la mauvaise médication.

II. TABLE DE DIFFUSION ET SIGNATAIRES

FONCTION	UNITÉ FONCTIONNELLE OU SERVICE

Nom	Rédaction	Validation	Autorisation de diffusion
Fonction			
Date			
Via			
Nom			
Fonction			
Date			
Via			

III. CONTEXTE

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) a initié depuis 2006 la mission internationale High Five a pour objectif d'améliorer la sécurité des soins pour les patients à l'hôpital via la mise en oeuvre de protocoles opérationnels standardisés. Un des 5 protocoles mis au point dans le cadre de ce projet, porte sur l'efficacité des soins aux points de transition dans le processus de soins : entrée, transfert et sortie du service). Ces points de transition critiques pour le continuity des soins, exposent le patient à un risque d'erreurs médicamenteuses résultant d'informations incomplètes ou mal communiquées à l'interface ville/hôpital.

Selon Sullivan et al [1], une ou plusieurs erreurs apparaissent dans plus de 67 % des historiques médicamenteux des patients. D'après l'HIV [2], plus de 40% des erreurs médicamenteuses surviennent au moment de la rédaction d'une nouvelle ordonnance à l'entrée ou la sortie du patient de l'hôpital. La revue de la littérature par Tam et al [3] montre l'importance des erreurs de prescription à l'admission des patients, appréciées par les différences entre le traitement prescrit à l'hôpital et le traitement reçu par le patient avant hospitalisation.

La France a rejoint le projet « High Five » en 2009 via le projet **MedREC (Medication REConciliation)**, processus de conciliation des traitements médicamenteux, coordonné par la HAS au niveau national en concertation avec le ministère de la santé. Huit établissements de santé en France participent à ce projet conduit sur 5 ans avec, entre autres, le CH de Lunéville, le CHU de Grenoble ou encore un site de l'AP-HP.

Diverses études [4] portant sur la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission dans un service de soins ont été réalisées, chez la personne âgée de 65 ans et plus, entre 2005 et 2011 : au moins une erreur médicamenteuse a été retrouvée chez 30,4% à 60,4% des patients. Également, une étude réalisée à Grenoble [5] a établi cette fréquence à 61% lors de la sortie d'un patient, après prise en compte des modifications d'opiplation. La plupart du temps, les erreurs mises en évidence par la conciliation concernaient les omissions de médicament, problèmes de dose ou encore les fréquences d'administration.

IV. PROCESSUS [5-10]

Un Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO) est réalisé lors de l'admission d'un patient dans le service de soins, en recensant l'ensemble des traitements pris par celui-ci juste avant l'hospitalisation.

Ce bilan est élaboré en croisant les données provenant de diverses sources :

- **Ville** : Entretien téléphonique avec le pharmacien officine déclaré du patient, prescriptions médicales; entretien téléphonique avec le médecin traitant)
- **Mandat** (Courriers d'hospitalisation, Dossier Patient Informatisé (DPI) via le logiciel HM (hôpital)
- **MedRec/CRAM** (Médicament Recueil/Conciliation)
- **Ville/Admission** (Dossier Pharmaceutique (DP) via la carte Vitale)
- **MedRec/CRAM** (Entretien avec le patient et examen des médicaments qu'il a apporté, entretien avec la famille).

Un minimum de deux sources différentes, intégrant systématiquement les données « Ville », est requis pour valider chaque des lignes de traitement. Dans un second temps, le BMO est comparé à l'ordonnance des Médicaments à l'Admission (OMA) en repassant la Fiche de Conciliation des Traitements Médicamenteux (FCT). Cette confrontation pourra éventuellement donner lieu à des divergences qui seront analysées avec un médecin, qui sera qualifié d'intentionnelles (DI) ou non intentionnelles (DNI), documentées (DID) ou non (DND). Des modifications pourront être apportées à la prescription médicale lors de divergences non intentionnelles.

Exemples :

- Le cadre pris habituellement par un patient n'apparaît plus sur la prescription initiale du patient dans le service sans aucune justification. Après discussion avec le médecin prescripteur, il s'avère que le cadre a été oublié sur la prescription, on parle de Divergence Non Intentionnelle (DNI).
- Le dosage de l'anti-hypertenseur d'un nouveau patient a été augmenté sur la prescription initiale du patient sans justification dans le dossier patient informatisé. Après discussion avec le médecin prescripteur, on apprend que le dose de l'anti-hypertenseur a été augmenté car insuffisamment efficace, on parle de Divergence Intentionnelle Non Documentée (DIND).

Deux approches méthodologiques peuvent être envisagées pour la CTM: une approche prospective (CTM effectuée dans les 24h suivant l'admission du patient dans le service de soins) ou rétrospective (CTM effectuée plus de 24h après l'admission du patient dans le service de soins).

1. Déroulement du processus de CTM appliqué au service de Soins

Une approche associative de la CTM semble envisageable du fait de la proximité géographique entre la Pharmacie et le service de Soins.

a) A l'admission du patient dans le service

L'externe en pharmacie présent à Bazin indique l'arrivée d'un nouveau patient à l'interne en pharmacie. Celui-ci se déplace dans l'unité de soins dans un délai de 24h à compléter de l'entrée du nouveau patient dans le service.

A cette occasion, l'interne en pharmacie élabore avec l'aide de son externe le **Bilan Médicamenteux Optimisé** à partir des différents sources mises à sa disposition puis le reporte sur la **Fiche de Concliation des Traitements médicamenteux (FCT)**. Les données d'un minimum de deux sources (dont une des deux, « source *VLD* ») sont croisées afin de formaliser la liste des traitements constituant ce BMO.

Les prescriptions médicales effectuées dans le service sont informatisées via le logiciel « Hospital Manager » (HM). On peut donc renseigner la partie **Ordonnance des Médicaments à l'Admission (OMA)** de la fiche de conciliation des traitements à partir de ce logiciel.

Par la suite, une comparaison de chaque des lignes de traitement figurant dans la partie **BMO** et dans la partie **OMA** de la **Fiche de Concliation des Traitements médicamenteux** est réalisée.

Chaque des divergences détectées est qualifiée d'intentionnelle ou non après discussion avec le médecin prescripteur puis documentée ou non. Les **DNI** seront alors corrigés par le prescripteur. Egalement, il pourra compléter et/ou modifier les **DIND** (idéalement sources d'erreur).

b) A la sortie du patient du service

L'interne en pharmacie est informé de la sortie d'un des patients par le service.

Le **BMO** du patient est alors comparé à son ordonnance de sortie. Chaque des divergences détectées est qualifiée d'intentionnelle ou non après discussion avec le médecin prescripteur puis documentée ou non. Ceci peut être réalisé au cours d'un entretien téléphonique si l'interne en pharmacie ne se trouve pas dans le service à ce moment.

Préalablement à sa sortie, le patient s'entretient, s'il est d'accord et dans la mesure du possible, avec l'interne en pharmacie. Celui-ci pourra apporter des compléments d'informations au patient sur son traitement et les changements effectués au cours de l'hospitalisation. L'interne s'assurera que le patient ait bien assimilé la nature et l'intérêt de chacun de ces traitements (habituels et nouveaux).

Avec l'accord du patient, une feuille de liaison avec justification des modifications apportées sera transmise à la secrétaire de Bazin qui sera chargée d'envoyer ce document au pharmacien d'officine ainsi qu'au médecin traitant (envoi avec le courrier de sortie).

2. Traçabilité et évaluation du processus de CTM

3

a) Traçabilité

Au cours de l'hospitalisation, le processus de CTM est tracé dans le DPI de chacun des patients en faisant apparaître les divergences mises en évidence et les corrections éventuelles apportées.

A la sortie du patient, et avec son accord, une feuille de liaison précisant les modifications thérapeutiques réalisées au cours de l'hospitalisation est transmise à son pharmacien d'officine ainsi qu'à son médecin traitant (conjointement avec le courrier de sortie).

b) Evaluation

Les résultats de cette CTM seront comparés à ceux retrouvés dans la littérature à l'issue d'une période qu'il restera à définir.

Dans un premier temps, il semble nécessaire de **caractériser la population** à l'étude:

- Données socio-démographiques,
- Nombre moyen de lignes de traitement à l'admission,
- Durée moyenne du séjour.

Dans un second temps, une **analyse quantitative** du processus de conciliation des traitements médicamenteux (CTM) sera réalisée via le calcul d'un certain nombre d'indicateurs:

- Nombre de Divergences Non Intentionnelles - **DNI**
- Nombre de Divergences Intentionnelles Non Documentées - **DIND**
- Nombre de Divergences Non Intentionnelles par patient - **DNI/patient**
- Nombre de Divergences Intentionnelles Non Documentées par patient - **DIND/patient**
- Nombre de patients avec au moins une divergence
- Temps moyen consacré à la CTM par patient

Une **analyse qualitative** de la CTM viendra compléter l'évaluation du processus avec notamment:

- Nature des divergences (ex: omission de spécialité, posologie erronée, etc.)
- Classes médicamenteuses ou formes galéniques retrouvées lors des divergences.
- Impact Clinique (IC) potentiel des **DNI** après avis médical, en se basant sur l'échelle simplifiée d'HARDYMAN (score 0 « IC nul » - score 3 « IC vital »).

La question d'une évaluation pharmaco-économique peut se poser: tirer des données seraient intéressante mais la complexité d'une telle analyse et l'absence de données en France interrompt.

3. Abréviations techniques utilisées

- BMO: Bilan Médicamenteux Optimisé
- CTM: Concliation des Traitements Médicamenteux
- DND: Divergence Intentionnelle Documentée
- DIND: Divergence Intentionnelle Non Documentée
- DNI: Divergence Non Intentionnelle
- DP: Dossier Pharmaceutique
- DPI: Dossier Pharmaceutique Informatisé
- FCT: Fiche de Concliation des Traitements médicamenteux
- HM: Hospital Manager
- IC: Impact Clinique
- OMA: Ordonnance des Médicaments à l'admission

4

**Etapes de la
Conciliation des Traitements Médicamenteux
en Gériatrie psychiatrie**

Objet : Ce mode opératoire décrit les étapes de la conciliation médicamenteuse réalisée dans les services de gériatrie psychiatrie (UISI à Xavier Arnaud et Bazin à Charles Perrin).

Domaine d'application : être applicable à toutes personnes intervenant dans la conciliation médicamenteuse qui se soit à la pharmacie (externes à interne), pharmacien et secrétaire) travaillant dans les services cliniques (internes, médecins et secrétaires).

Documents de référence :

- Projet HIGHS 5 / Projet Médex (site de l'HAS)
- Procédure sur la conciliation médicamenteuse à Bazin et à l'UISI
- Fiche explicative de la CTM

Document associé : Procédure des traitements médicamenteux à l'entrée ()

Fiche de recueil des informations pour l'établissement du BMO : Questionnaires standardisés patient, pharmacien et médecin / Guide d'exercice pour l'obtention d'un bilan médicamenteux optimisé ()

Consentement : Dossier Pharmacovigilance ()

Objet de consultation : des traitements médicamenteux à la sortie ()

Fiche de liaison : vers le bilan des traitements médicamenteux ()

Abréviations :

BMO : Bilan médicamenteux optimisé
 CTM : Conciliation des Traitements Médicamenteux
 DP : Dossier Pharmacovigilance
 HAS : Haute Autorité de Santé
 HAS : Haute Autorité de Santé
 HDS : Hospital Membre
 HDS : Hospital Membre d'Etat
 IADE : Inter-Associations de Médecins
 KT : Médexin Traitement
 OKA : Ordonnance des Médicaments à l'Administration
 OMS : Ordonnance des Médicaments à la Sortie
 PO : Pharmacien d'Officine

Descriptif des étapes	Réalisé par :
Etapes du mode opératoire	
A. A l'entrée d'un patient :	
1. Identification des patients à concilier	Externes ou Pharmaciens
2. Etablissement du BMO	Externes ou Pharmaciens
2.1 Recherche de patient	
2.2 Recueil TOAMA	
2.3 Recueil : Source Patient	
2.4 Recueil : Source DP	
2.5 Source : Coordonnée à l'investigation et l'identification	
2.6 Source : Médicaments Approuvés	
2.7 Source : Médicaments Cliniques	
2.8 Source : Pharmacie d'Officine	
2.9 Source : Pharmacie d'Officine	
2.10 Source : Médecin traitant	
2.11 Source : Médecin spécialiste	
2.12 Source : Etablissement	
2.13 Source : Infirmière	
3. Saisie de la fiche de CTM d'entrée	Externes ou Pharmaciens
4. Conciliation médicamenteuse	Interne ou Pharmaciens / Médecin
5. Transabilité informatique de la CTM	Interne ou Pharmaciens
2.1 Observation pharmacovigilance dans l'HM	Interne ou Pharmaciens
2.1 Saisie informatique de la fiche de CTM	Interne ou Pharmaciens
2.1 Inconsistance de la fiche de CTM à saisir dans l'HM	Interne ou Pharmaciens
B. A la sortie d'un patient / conseil :	
1. Identification des patients à concilier	Externes ou Pharmaciens
2. Saisie de la fiche de CTM de sortie	Externes ou Pharmaciens
2.1 Recueil du BMO	
2.2 Recueil de l'OKA	
2.3 Recueil de la CTM de sortie	Interne ou Pharmaciens / Médecin
3. Conciliation médicamenteuse de sortie	Interne ou Pharmaciens
4. Transabilité informatique de la CTM	Externes ou Pharmaciens
2.1 Observation pharmacovigilance dans l'HM	Interne ou Pharmaciens
2.1 Saisie informatique de la fiche de CTM	Interne ou Pharmaciens
2.1 Inconsistance de la fiche de CTM d'entrée dans l'HM	Interne ou Pharmaciens
5. Comparer le traitement médicamenteux de sortie	Externes ou Pharmaciens
2.1 Etablissement du courtier	Interne, Pharmaciens / Secrétaire pharmacie et service
2.2 Envoyé du courtier	Interne, Pharmaciens / Secrétaire pharmacie et service

1. Identification des patients à concilier

Chaque matin se renseigner sur de nouvelles sorties et entrées prévues le jour même, mais aussi les jours précédents (VP) et les jours suivants.

- Contacter les services ou requête dans IMI

Informative: 7301 ou 05.57.62.30.35 ou 05.57.62.30.04
 num de ligne direct: 05.57.62.30.11
 Informative: 3334 ou 2757
 DR. GERVAUD: 3457 3134
 Secrétaire (M. BIONNE) 3592

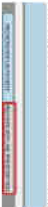
- CONTACTER BAZANI:

2. Elaboration du BMO

- Prendre dans le **portefeuille jaune**, un **dossier de CTM** qui contient 4 feuilles:
 - Questionnaire standardisé (Q)
 - Consentement DP (C)
 - Fiche de recueil des informations pour l'élaboration du BMO (B)
 - Fiche de CTM entrée
- **Numérotier** chaque feuille du dossier avec le numéro attribué au patient et le reporter sur le listing patient
- Reporter le Nom, Prénom, âge du patient sur chaque feuille

2.1 Rechercher le patient

Sur le logiciel **IMI**, cliquer sur l'onglet « **RECHERCHER UNE PRESCRIPTION** »



Compléter les informations suivantes pour le trouver:

- « **NOM DU PATIENT** »
- « **PRENOM DU** » à la date du jour
- « **DP HEB** » (= service), indique sur la boucle (C? cente ver)



Choisir le service: taper le nom du service dans « **LIBELLE** »

Cliquer sur

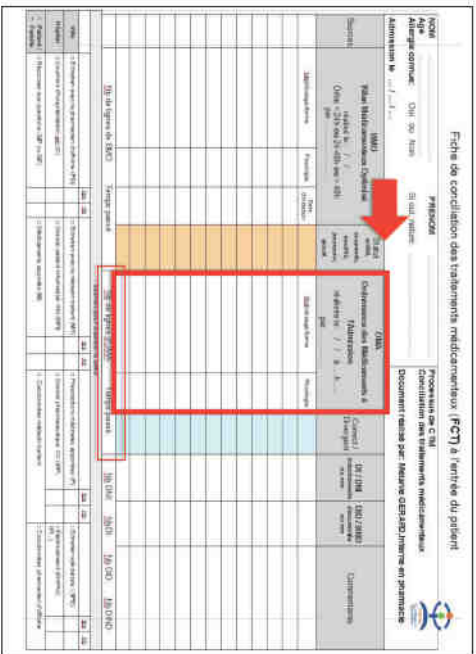


- * Choisir systématiquement quand cela est possible le service dit 'complet'
- Cliquer sur « **RECHERCHER** »
- Cliquer 2 fois sur le nom du patient pour le sélectionner

2.2 Remonter l'OMA

Toujours avec IMI, sur la fiche de CTM (cf ci dessous)

- Reconstituer l'**ordonnance d'admission** (à la date d'admission) avec le nom du médecin qui a rédigé la prescription
- Compléter le nombre de lignes et le temps passé
- L'indiquer en bas de la colonne OMA



A savoir :

- Noter pour **CHAQUE SOURCE** le temps de recueil.
- Et pour **CHAQUE LIGNE**, le nom des médicaments recensés, leur dosage, leur posologie

Fiche de recueil des traitements avant l'admission

Médicament	Dose		Fréquence		Temps de recueil		Temps de recueil		Temps de recueil	Temps de recueil
	Forme	Quantité	Nombre	Temps	Temps	Temps	Temps			
Source	Forme	Quantité	Nombre	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps
Source	Forme	Quantité	Nombre	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps
Source	Forme	Quantité	Nombre	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps
Source	Forme	Quantité	Nombre	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps
Source	Forme	Quantité	Nombre	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps
Source	Forme	Quantité	Nombre	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps
Source	Forme	Quantité	Nombre	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps
Source	Forme	Quantité	Nombre	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps
Source	Forme	Quantité	Nombre	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps
Source	Forme	Quantité	Nombre	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps
Source	Forme	Quantité	Nombre	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps
Source	Forme	Quantité	Nombre	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps
Source	Forme	Quantité	Nombre	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps
Source	Forme	Quantité	Nombre	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps
Source	Forme	Quantité	Nombre	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps
Source	Forme	Quantité	Nombre	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps
Source	Forme	Quantité	Nombre	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps
Source	Forme	Quantité	Nombre	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps
Source	Forme	Quantité	Nombre	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps	Temps

2.7 Source : Dossier Pharmaceutique

UNIQUEMENT SI VOUS AVEZ LE CONSENTEMENT

- Se rendre sur l'ordinateur avec le tour à la pharmacie
- Ouvrir la section de Délégués Pharmaceutiques (identifiant = 133710 et code de passe)
- Mettre la carte CPS de pharmacien dans le "lecteur CPS" (indiqué sur la notice)
- Cliquer sur le bureau sur l'icône "DP mode FAST"
- Se connecter avec les codes de Délégués
- Cliquer sur OK
- Récupérer le code CPS de Délégués : 1120 ou de Autre Ligne : 0276
- Mettre la Carte Vitale au patient
- Cliquer 2 fois sur OK
- Cliquer sur "OK" pour lecture DP %, si vous avez le consentement du patient
- Cliquer sur "Oui"
- Cliquer sur "Oui" pour



Ne pas taper et enregistrer

- Reporter les médicaments indiqués dans la fiche de recueil des traitements avant l'admission dans la colonne "DP" (selon les consignes ci dessus)

2.8 Source : Famille

- Faire l'entretien avec la famille : Uniquement la famille proche (conjoint, enfants, frère/soeur, parents voisins ou amis)
- Si la famille est dans le service : le faire en direct
- Si la famille n'est pas dans le service :
 - * aile patient n'a pas fourni certaines informations : le demander à la famille (le nom et les coordonnées : pharmacien, médecin, infirmière, aide ménagère...)
 - * Reporter les médicaments indiqués dans la fiche de recueil des traitements avant l'admission dans la colonne "Question Famille" (selon les consignes ci dessus)

Si la famille demande des renseignements sur l'état du patient, dire de contacter directement le service clinique ou le médecin pour savoir.

2.9 Source : Pharmacie d'officine

- Appeler la pharmacie d'officine
- Suivre le questionnaire standardisé
- Demander les médicaments en remuant à 3 mois (une-stockage chez les patients, délivrance en boîte de 3 mois)
- Demander les posologies et les dosages
- Prévenir de l'envoi du courrier qui modifie tous les changements et l'évolution du traitement à la sortie de l'hospitalisation du patient
- Reporter les médicaments indiqués dans la fiche de recueil des traitements avant l'admission dans la colonne "Pharmacie d'officine" (selon les consignes ci dessus)
- Remettre la pharmacie pour le temps concerné.

2.10 Source : Médecin traitant

- Appeler le médecin traitant
- Suivre le questionnaire standardisé
- Poser des questions, et notamment, sur des changements, indications (si inconnues/absentes dans l'ordonnance)
- Prévenir de l'envoi du courrier qui modifie tous les changements et l'évolution du traitement à la sortie de l'hospitalisation du patient
- Reporter les médicaments indiqués dans la fiche de recueil des traitements avant l'admission dans la colonne "Médecin traitant" (selon les consignes ci dessus)
- Remettre le médecin traitant pour le temps concerné.

2.11 Source : Médecin spécialiste

Si nécessaire, suite à des informations inconnues ou à confirmer.

- Appeler le médecin spécialiste (ophtalmologue, neurologue, psychiatrie ...)
- Se présenter et expliquer la raison de l'appel
- Poser la / les question(s) particulier(s)
- Reporter les médicaments indiqués dans la fiche de recueil des traitements avant l'admission dans la colonne "Médecin spécialiste" (selon les consignes ci dessus)
- Remettre l'ordonnance pour le temps concerné.

2.12 Source : Enseignement

OBLIGATOIRE SI LE PATIENT VIENT D'UN ETABLISSEMENT (cambon de retraite, EHPAD...)

- Appeler l'établissement
- Se présenter et demander à parler à la personne gérant les traitements du patient
- Expliquer la raison de l'appel
- Demander la liste des médicaments avant l'hospitalisation (spécialité, dosage, posologie)
- Remettre la personne pour le temps concerné
- Reporter les médicaments indiqués dans la fiche de recueil des traitements avant l'admission dans la colonne "Enseignement" (selon les consignes ci dessus)

Si la demande des renseignements sur l'état du patient, dire de contacter directement le service clinique ou le médecin pour savoir.

2.13 Source : Informaticien

- Si le patient a une IDE qui passe à domicile
- Appeler l'IDE
- Se présenter et demander à parler à la personne gérant les traitements du patient
- Expliquer la raison de l'appel
- Demander la liste des médicaments avant l'hospitalisation (spécialité, dosage, posologie)
- Remettre la personne pour le temps concerné
- Reporter les médicaments indiqués dans la fiche de recueil des traitements avant l'admission dans la colonne "Informaticien" (selon les consignes ci dessus)

Si la demande des renseignements sur l'état du patient, dire de contacter directement le service clinique ou le médecin pour savoir.

3. Saisie de la fiche de CTM d'entrée

- Recopier les informations de la fiche de recette sur la fiche de CTM d'entrée
- Remplir la partie BMO (BMO1, BMO2, BMO3, BMO4, BMO5) (caser dans ci-dessous)
- Remplir la partie BMO6 (seulement les BMO)
- Noter la date du recueil, l'indif et votre nom.
- Indiquer les initiales des sources (dans la colonne source), et le médicament est noté en Neuf le nom, le dosage, la forme de signe exacte.
- La possibilité sous forme (d-I)
- Puis le signe global passé pour le BMO et le nombre de lignes
- Remplir les informations sur la recette du BMO (carré vert)
- En bas de chaque source : noter le temps passé (min) et le nombre de lignes

Fiche de conciliation des traitements médicamenteux (FCTM) à l'entrée du patient

Patient : Prénom et Nom : Sexe : M. F. N/A

Professeur au CHU : Consultant en traitements médicamenteux

Document réalisé par : Madame Corinne LUCIFERIE au pharmacie

Médicaments BMO		Médicaments BMO1		Médicaments BMO2		Médicaments BMO3		Médicaments BMO4		Médicaments BMO5		Médicaments BMO6	
Nom	Forme	Posologie	Indication	Posologie	Indication	Posologie	Indication	Posologie	Indication	Posologie	Indication	Posologie	Indication

* Reporter tous les médicaments recensés au cours de l'emploi dans au moins 2 sources dont une de la ville ou si source est pertinente (évaluation avec le pharmacien)

4. Conciliation médicamenteuse

- Préparer la fiche :
- Noter sur chaque ligne le statut (correct, aggr, posonivert...)
- Indiquer si la ligne est « correct » ou « divergent » (attention un équivalent est considéré comme « correct » car médicaments au CHU)
- Noter le statut de la divergence (aggr, posonivert...)
- Indiquer le statut de l'observation si de voir « I » y a des justifications à ces divergences (dans ce cas, elles seront documentées)

A PUISG : - Voir avec l'interne concerné

A BASH : - Ou l'appeler par téléphone

A BASH : - Aller voir le Dr. GERAUD ou le Dr ROSSINI

Comment faire la conciliation avec le médecin :

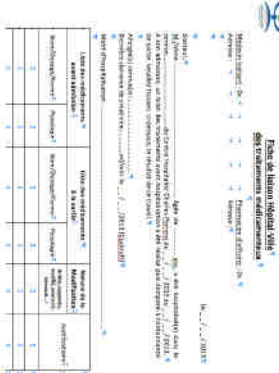
- Déclarer si la divergence est intentionnelle ou non :
- NE PAS LES UN DISCUTER SI C'EST INTENTIONNEL
- NE PAS LES UN DISCUTER SI C'EST NON INTENTIONNEL
- Question type « **Est-ce que ça vaut la peine de X avec ce médicament à la maison ?** »
- Plus indiquer pour chaque ligne Intentionnelle ou Non Intentionnelle
- Remplir la partie justificatif
- Demander une justification, explication de la modification (Ex : reprise du traitement, indication, risque de non reprise, surveillance...)
- Reclutter la documentation des divergences
- Aller sur HM pour voir dans l'« historique observation » si le changement est notifié
- Indiquer dans la colonne préver UNIFORMEMENT POUR LES DIVERGENCES INTENTIONNELLES et c'est « Documentée » (D) ou « Non Documentée » (ND)

* Noter en bas de la feuille le nom du médecin avec lequel vous avez fait la conciliation

2.3 Produire la CTM de sortie

- Préparer la Fiche de CTM de sortie à insérer « CTM sortie ABCde »
- Noter sur chaque ligne le statut (arrêt, ajout, poursuit, ...)
- Indiquer si la ligne est « connue » ou « divergente » (attention un équivalent est considéré comme « connu » car il est présent dans l'IM)
- Ligne dans IM, les observations afin de voir « D » y a des justifications à ces divergences (dans ce cas, elles seront documentées)

- Préparer le courrier de liaison Ville-Hôpital « Synthèse « courrier ABC de »



- Ouvrir le document « Synthèse « courrier ABC de »
- Mettre les coordonnées MT et PD (avec les usages en majuscules) (déjà préparés)
- Modifier le date à la date de sortie prévue
- Mettre le nom, le prénom, l'âge, le service et la date de séjour (déjà préparés)
- Répéter les allègements
- La dernière colonnes :
- Dans IM > synthèse patients > les vilains biologistes symbolisés par le Nicker vert
- Noter les données recueillies (date et usages)
- Vérifier les données recueillies
- Calculer la dilution selon la formule de Cockcroft (attention)
- Le motif d'hospitalisation indiqué dans IM (dans les observations)
- Copier / coller les informations pour remplir le tableau d'après le document « Synthèse « CTM sortie ABCde »

3. Conciliation médicamenteuse de Sortie

Uniquement par l'intervenant ou le pharmacien

A TUIBSC :

- Voir avec l'intervenant concerné
- Ou l'appeler
- Aller voir le Dr. GIBAUD

Commentaire à la conciliation avec le médecin :

- Détailler la divergence est intentionnelle ou non (qualifier car il a délibérément l'un de la conciliation d'entente)
- Indiquer pour chaque ligne intentionnelle ou Non intentionnelle
- Remplir la partie commentaire
- Demander une justification, explication de la modification (Ex : après du traitement, indication, risque de non prise, surveillance)

Attention : connu entre la par le médecin traitant et le pharmacien d'officine

- Rechercher la documentation des divergences

- Aller sur IM pour voir dans l'observation si le changement est notifié
- Indiquer dans la colonne prévue UNIFORMEMENT LES DIVERGENCES INTENTIONNELLES si c'est « Documentaire » (D) ou « Non Documentaire » (ND)

- Toujours demander le motif d'hospitalisation qui sera sur le courrier de liaison

- Noter en bas de la feuille le nom du médecin avec lequel vous avez fait la conciliation

4. Traçabilité Informatique de la CTM

4.1 Observation pharmacologique dans IM

UNIFORMEMENT l'intervenant ou le pharmacien

- Rechercher le patient et 24

- Cliquer sur « Synthèse patients » (on est dans le bon séjour dans le bandeau jaune)
- Cliquer sur « Fiches d'observations » puis « Nouvelle Fiche d'observations »
- Sélectionner le chapitre « Conciliation médicamenteuse »
- Ecrire en gras et vert foncé le message suivant :



- Puis valider

4.2 Suivre informatiquement la Fiche de CTM

- Modifier les commentaires selon la conciliation avec le médecin dans la Fiche de CTM de sortie et dans le courrier
- Convertir au format PDF (option Insertion dans IM)

4.3 Inscription de la Fiche de CTM de sortie dans IM

UNIFORMEMENT l'intervenant ou le pharmacien

- Rechercher le patient (cf 2.1)

- Cliquer sur « Synthèse générale
- Cliquer sur « Buveur » puis « Courrier externe »
- Saisir comme titre « CONCILIATION MEDICAMENTEUSE SORTIE », en majuscule
- Cliquer comme dossier « Synthèse »
- Aller chercher le bon document en PDF
- Cliquer sur « Importer »



Formulaire de consentement

Je certifie que j'ai reçu des informations orales et écrites sur l'expérimentation permettant à certains médecins exerçant dans les établissements de santé autorisés par le ministre chargé de la santé de consulter mon dossier pharmaceutique.

J'en connais les objectifs, les bénéfices escomptés ainsi que les caractéristiques générales.

J'ai eu le temps de réfléchir à ces informations et j'ai eu la possibilité de poser des questions, pour lesquelles j'ai reçu des réponses satisfaisantes.

J'ai compris que ma participation à l'expérimentation est facultative et que je peux refuser la consultation de mon dossier pharmaceutique sans conséquence sur ma prise en charge médicale.

Par la présente, j'accepte que le médecin qui assure ma prise en charge dans l'établissement de santé consulte mon dossier pharmaceutique.

Fait à.....

Le.....

Nom du patient :

Signature du patient :

Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'information, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant à la pharmacie (veuillez citer le nom du service ou des services concernés).

5. Courrier de conciliation médicamenteuse de sortie

5.1 Préparation du courrier

Déjà existant pour l'externe (cf B 2.3)

5.2 Brouillon du courrier

- Filier mail le courrier par une deuxième personne (le préfixe ou pluriel)
- Le courrier doit être transmis dans la journée aux secrétaires du service concerné afin de le joindre au courrier médical

- Préparation de l'envoi au médecin traitant
- LIRO

Mail : pharmacologie@chcbrussels.be

Objet : Courrier de conciliation médicamenteuse de sortie

Contenu :
« Bonjour Mesdames,
Je vous joins le courrier pharmacie de M ou Mme X, à joindre au courrier médical.
D'avance merci.
Cordialement,
Secrétaire »

Bien

- Envoyer le mail dans la journée (la préférence va vers la soirée) à la secrétaire
Mail : pharmacologie@chcbrussels.be

Objet : Courrier de conciliation médicamenteuse de sortie
Contenu :
« Bonjour Mme Bignon,
Je vous joins le courrier pharmacie de M ou Mme X, à joindre au courrier médical.
Cordialement,
Secrétaire »

- Préparation du courrier pour le pharmacien d'officine
- Impresser le courrier
- Le donner à Marie Noëlle (secrétaire pharmacie) ou
- Le mettre dans la pochette jaune intitulé « Conciliation médicamenteuse » sur son bureau.

La conciliation médicamenteuse de sortie est terminée

Annexe 6 - Formulaire de consentement du CHCP

Source : Décret N°2013/27 du 9 janvier 2013 fixant les conditions de l'expérimentation relative à la consultation de l'information pharmaceutique contenue dans les dossiers de patients et de soins médicaux. <http://www.ejustice.fgov.be>

Annexe 7 - Fiche de Conciliation des Traitements Médicamenteux selon le programme High/5s



Patient Level: Independent Observer Worksheet to Identify Medication Discrepancies

The independent observer will compare the existing SPMM and any readily available source of medication information (e.g. primary histories, nursing home medication records, community pharmacy lists) to existing admission orders for eligible patients and ensure all discrepancies have been identified by the team. This will be done for the sample of at least 30 randomly selected patients who are 65 years or older and who have been admitted to a medical unit through the emergency department. Outstanding discrepancies* are to be identified after the usual process of medication reconciliation has occurred, documented on this form and categorised as either undocumented intentional or unintentional.

Patient ID/Name:		Date & Time:		Flows between Admission and medication reconciliation:				Age equal or greater than 65 years of age?		= Yes = No		
								Patient admitted through the Emergency Department?		= Yes = No		
								Eligible case for reporting (yes to both screens above)?		= Yes = No (Area A)		
								Was medication reconciliation completed for this patient during hospital stay?		= Yes = No (Area B)		
								Was this patient reconciled within 24 hrs?		= Yes = No (Area C)		
Outstanding Medication Discrepancies between SPMM/Other Sources of Information to Admission Orders										Did this patient have at least 1 unintentional discrepancy?		= Yes = No (Area D)
SPMM + Other Sources of Information				Admission Orders				Medication Reconciliation Status		Comments/Notes		
Medication Name and Strength <small>(include prescription & regularly taken non-prescription and medications taken 'as needed')</small>				Medication Name and Strength <small>(include prescription & regularly taken non-prescription and medications taken 'as needed')</small>				Undocumented/Intentional Discrepancies	Unreconciled Discrepancies			
	Date	Route	Dosing Interval		Date	Route	Dosing Interval					
Discrepancy Volume												
Total MRE (Area E)								Total MRE (Area F)				

Completed by: _____ Date/Time: _____ Page _____ of _____

Independent Observer Instructions:
 1. Compare the SPMM + other sources of medication information for eligible patients (e.g. primary histories, nursing home medication records, community pharmacy lists) to the admission orders.
 2. Any outstanding discrepancies not found by the team will be documented on this form.
 3. The total number of undocumented intentional discrepancies and the total number of unintentional discrepancies will be calculated and entered into box E and F.
 *Note: Outstanding Discrepancies are medication discrepancies found during the Independent Observer process and does not include medication discrepancies identified by the team or medication discrepancies that are in the process of being resolved.

Annexe 8 - Fiche de Conciliation des Traitements Médicamenteux du CH de Lunéville (Med'Rec)

Bilan Médicamenteux Optimisé							Ordonnance Médicamenteuse à l'Admission			Correct / Divergent	Intolérance / Non Intolérance I / NI	Processus CTM A documenter / A corriger	Retrospectif Commentaires	Nbre de lignes CTM
Méd/dosage/forme		Posologie	Statut	Méd/dosage/forme		Posologie	Méd/dosage/forme	Posologie						
Patient N° = né le - Conciliation faite le														
Reprendre le n° des patients éligibles														
BMO du /2010														
Anaftranil 75mg cp 1-0-0 arrêté non documenté Divergent NI Reprise Anaftranil 2														
Kardégic 75mg sachet 0-1-0 arrêté Correct 0														
Voltarène 25mg cp 1-1-1 arrêté non documenté Divergent I Arrêt notifié dans le DMP 1														
Vit A pde oph 0-0-1 suspendu Correct 0														
cardensiel 5mg cp 1-0-0 poursuivi cardensiel 5mg cp 1-0-0 Correct 0														
Lasilix 40mg cp 1-1-0 modifié Lasilix 20mg cp 1-1-0 Correct 0														
Efferalgan 500mg gél 1 toutes les 6h modifié non documenté Divergent NI Reprise de l'efferalgan 500mg 1 cp toutes les 6h 2														
Ajouté non documenté Anadron 150mg cp ½-0-0 Divergent NI Arrêt de l'anadron 2														
Ajouté non documenté Pévaryl crème 2-0-2 Divergent I Ajout notifié dans le DMP 1														
Ajouté Lovenox 4000 UI inj 0-0-1 Correct 0														
TTT ou automédication antérieures														
Nbre de lignes du BMO			7	Nbre de lignes de OMA			5				Nbre type 0	0		
Lignes BMO			45 min								Nbre type 1	0		
Lignes OMA			4 min								Nbre type 2	0		
											Nbre type 3	0		
											Nbre type 4	0		
											Nbre type 5	0		
Sources d'information														
DMP en cours	oui	SPH-Maladie	non	Médecin traitant	oui	Famille	oui							
DMP antérieur	non	SPH-Image Pharma	oui	Médecin spécialiste	non	Pharmacie	non							
DMP urgences	oui	Lettre au MT	oui	Pharmacien officine	oui	Base ALD	non							
Pharmacie personnelle	oui	Lettre du MT	oui	EE délégué	non	Autre	non							

Annexe 9 - Fiche de Conciliation des Traitements Médicamenteux du CH Xavier Arnoz, Bordeaux

ANNEXE 1: Grille de recueil de données

Nom du patient	Patient N°	Conciliation faite le	Statut	Continué / Arrêté / Modifié / Ajouté
Prénom	Poids	Durée entretien	Code	DNI
Date de naissance	Taille	Allergie / Intolérance	1	Omission d'une spécialité
Service d'hospitalisation	Date d'entrée		2	Posologie arrêtée
Patient arrivant			3	Dosage erroné
Demission/Resocialisation/autre			4	Fréquence d'administration incorrecte

Bilan Médicamenteux Optimisé				Ordonnance Médicamenteuse à l'Admission				Divergences				Modification
Nom	Dosage	Forme	Posologie	Nom	Dosage	Forme	Posologie	Justification	Documenté	I/ OAI	D/ OAI	Type
Autres médicaments (sans ordonnance, phy/thérapie...)												
								Nombre de lignes OMA				Nb lignes div
												(Nd DNI)
Nombre de lignes BMO												
Temps à réaliser BMO												
Sources BMO				Médecin traitant				Pharmacie personnelle				

Annexe 10 - Fiche de Conciliation des Traitements Médicamenteux de l'hôpital des armées de Brest



Hôpital
d'Instruction
des Armées
Brest

CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX A L'ADMISSION

Identification du patient (Coller l'étiquette patient)				Allergies : <input checked="" type="checkbox"/> Pas d'allergie connue <input type="checkbox"/> Allergique à :			Poids : 96 kg Taille : 158 cm	Durée entretien : 15 mn
Médicaments sur prescription pris avant l'hospitalisation				Prescription à l'admission			Commentaires	
Nom	Dosage	Forme	Posologie	Continue	Modifiée	Arrêtée		
Migace	160 mg	cp	1 le matin	X			Non intentionnel - prescrit	
Foretal	LP 400 mg	cp	1 matin, midi, soir	X			rend le générique : Pentoxifyline	
Ezetrol	10 mg	cp	1 le soir	X				
Ketral	LP 10 mg	cp	1 le soir	X				
Corbacyl	20 mg	cp	1/2 le matin			X	Non intentionnel - prescrit	
Zometa	4 mg	inj	1 fois			X	intentionnel (non documenté)	
Evandone	LP 11,5 mg	inj	1 tous les 3 mois			X	intentionnel (non documenté)	
Darogenic	25 µg	patch	1 tous les 3 jours	X				
Acikliksan	10 mg	gélule	1 à la demande	X				
inohop	14000	SC	0,6 ml le matin	X				
Avopt	10 mg/ml	collyre	1 goutte dans chaque oeil matin et soir			X	Non intentionnel - prescrit	
Remarque : le patient était sous Plavix jusqu'à début août 2010 (arrêtée lorsque mise sous inohop).								
Autres médicaments (médicaments sans ordonnance, phytothérapie...)							Commentaires	
Nom	Dosage	Forme	Fréquence d'utilisation	Indication	Date de la dernière prise			
Sources utilisées pour l'établissement de ce bilan médicamenteux				Officine de ville			Document rempli par	
<input checked="" type="checkbox"/> Ordonnance du patient : date : 09/2010				Nom : <u>Pharmacie Dubouche</u>			Nom : PÉRE-NNE S Maud	
<input checked="" type="checkbox"/> Entretien avec le patient				Adresse : <u>2 avenue Dubouche</u>			Fonction : infirmière en pharmacie	
<input type="checkbox"/> Entretien avec un membre de la famille ou la personne de confiance				Brest			Date : 13/09/2010	
<input checked="" type="checkbox"/> Pharmacie de ville				N° téléphone : <u>02 99 44 44 44</u>			Signature :	
<input checked="" type="checkbox"/> Médicaments arrêtés par le patient				N° fax : <u>02 99 44 44 44</u>				
<input type="checkbox"/> Autre moyen :								

Annexe 11 - Exemple de courrier de sortie de l'Université Health Network

Figure 11 - Example of a Prescription showing the Best Possible Discharge Plan¹⁴ *Used with Permission

University Health Network
University Health Network
123 Some Street, Toronto, ON, M5B 2R4
Patient Phone # (416) 555-1234

Date: 15-November-2005
Patient Name: Fork, Knife
Patient Address: 123 Some Street, Toronto, ON, M5B 2R4
Patient Phone #: (416) 555-1234

Hospital Discharge Prescriptions

#	Medication	Dose	Route	Frequency	Qty	Rpts	LU code
1	Ferrous Gluconate	300mg	PO	TID	90	0	
2	Omeprazole	40mg	PO	Daily	30	1	295
3	Ciprofloxacin	500mg	PO	BID	14	0	336

Qty= Quantity Rpts= Repeats LU code= Limited Use code

Physician Name: _____
CPSO Number: _____
Physician Phone #: _____
Physician Signature: _____

Please contact family physician for repeats.

Summary of Medication Allergies:
Penicillin - Hives

Summary of Medication Changes Since Admission:

New Medications:

- Ferrous Gluconate 300mg PO TID
- Omeprazole 40mg PO daily
- Ciprofloxacin 500mg PO BID

Discontinued Medications:

- Aspirin 81mg PO daily
- Meloxicam 7.5mg PO daily

Adjusted Medications:

- Atorvastatin increased to 40mg PO QHS
- Calcium carbonate increased to 1000mg elemental calcium PO TID CC
- Metoprolol increased to 50mg PO BID

Unchanged Medications to be Continued:

- Calcitriol 0.25mcg PO daily
- Darbepoetin 60mcg SC qFriday
- Docusate sodium 100mg PO BID
- Ramipril 5mg PO daily
- Acetaminophen 325 - 650mg PO q4h PRN

Additional Comments:
E.g., Section 8 filled for acc 416

An inpatient pharmacist helped to prepare this prescription.

Annexe 12 - Exemple de courrier pour le pharmacien d'officine (1)

Figure 12 - Example of Letter to Community Pharmacist showing BPMDP ¹⁴ *Used with Permission


		Date: Patient Name: Hospital: Nursing Unit: NU Phone:
<h1>University Health Network</h1> <p>Toronto General Hospital Toronto Western Hospital Princess Margaret Hospital</p>		
Dear Pharmacist, Your patient _____ was admitted on _____ and discharged on _____		
Documented Allergies:		
Allergy	Reaction	
Penicillin	Hives 10 years ago; tolerates cefazolin	
The following are medication changes that have occurred:		
New Medications	Rationale	
Ferrous Gluconate 300mg TID	Patient found to be anemic in hospital. Values as of Nov 2/05 Ferritin = 10ug/L; TSAT = 0.15	
Omeprazole 40mg daily	Patient experienced non H.Pylori upper GI bleed in hospital. Duration of therapy will be reassessed by GI physician in 8 weeks.	
Ciprofloxacin 500mg BID	Urinary tract infection. E. Coli in urine sensitive to Ciprofloxacin; plan to treat for total of 7 days. Started Nov 13/05.	
Stopped Medications	Rationale	
Aspirin 81mg daily	Patient experienced an upper GI bleed	
Meloxicam 7.5mg daily	Patient was taking 2-3 times a day. May have contributed to bleed and not to be restarted	
Dose Changes	Rationale	
Atorvastatin increased to 40mg HS	Lipid values measured on Nov 2/05 found to be elevated. LDL = 4.1 mmol/L; HDL = 0.98 mmol/L; Total Chol/HDL = 5.3 mmol/L; TG = 1.12 mmol/L	
Calcium carbonate increased to 1000mg elemental calcium TID with meals	Phosphate value found to be high @ 2.1 mmol/L on Nov 2/05. See below	
Metoprolol increased to 50mg BID	Blood pressure was elevated in hospital (163/90 mmHg at highest). Target blood pressure is 130/80 mmHg.	

Figure 12 (Continued) - Example of Letter to Community Pharmacist showing BPMDP ¹⁴ *Used with Permission

Please find a current list of medications attached.

The following are unresolved/ongoing medication related issues

- High lipid values
 - Please re-check lipids in 3 months and suggest adjustment of atorvastatin dose accordingly
- Patient was taking Aspirin 81mg EC tablet daily for cardiac protection. It was stopped due to GI bleed.
 - Please follow-up with re-initiation of ASA to reassess restarting ASA at next appointment

Other issues include:

- **Education/Counseling**
 Patient may benefit from additional discussion on use of NSAIDs for pain. Meloxicam was being taken at higher doses than prescribed. Patient was educated on adverse effects of NSAIDs and instructed to use acetaminophen for pain in the future.
- **Monitoring needed**
 Continue to monitor blood pressure and suggest titration of medications accordingly. Monitor phosphate levels and suggest adjustment of phosphate binder accordingly. Re-check iron profile in 3 months.

Please attach this document with the patient's prescriptions if possible
 Feel free to contact me if you have any questions or concerns.

Thank you,

Phone:
Pager:

Verbal consent was obtained from the patient to release the above information on _____

Bibliographie

1. Legifrance: Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
Site internet: <http://www.legifrance.gouv.fr/> (consulté le 01/07/2014)
2. P. MICHEL, C. MINODIER et al.
Rapport 2011 Mai; 761: Les événements indésirables graves dans les établissements de santé: fréquence, évitabilité et acceptabilité.
Site internet: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er761.pdf> (consulté le 01/07/2014)
3. A. CASTOT, F. HARAMBURU, C. KREFT-JAIS.
Hospitalisations dues aux effets indésirables des médicaments : résultats d'une étude nationale.
Matinées Avec Presse. 2008 Sept 25
4. Ameli - Assurance maladie: Prévenir la iatrogénie.
Site internet: www.ameli.fr/professionnels-de-sante/ (consulté le 01/07/2014)
5. APES Québec. Pharmacie clinique - définition
Site internet: www.apesquebec.org/app/media/6448 (consulté le 30/06/2014)
6. D.E. FRANCKE et al.
Expanding clinical pharmacy services in the community.
Ann Pharmacother. 2006 Aug; 40 (7-8):1437
7. ACCP: about Clinical Pharmacists.
Site internet: <http://www.accp.com/about/clinicalpharmacists.aspx> (consulté le 30/06/2014)
8. European Society of Clinical Pharmacy. Home.
Site Internet: <http://www.escpweb.org/cms/> (consulté le 30/06/2014)
9. Société Française de Pharmacie Clinique. Les statuts.
Site internet: <http://www.sfpc.eu/fr/la-sfpc/les-statuts.html> (consulté le 30/06/2014)
10. European Society of Clinical Pharmacy. What is the clinical pharmacy?
Site internet: http://www.escpweb.org/cms/Clinical_pharmacy (consulté le 30/06/2014)

11. ARS, Provence-Alpes Côte d'Azur: Lutte contre la iatrogénie et les erreurs médicamenteuses évitables.
Site internet: <http://www.ars.paca.sante.fr/Lutte-contre-la-iatrogenie-et.127078.0.html> (consulté le 01/07/2014)
12. HAS - Réseau EUNetPaS (European Union Network for Patient Safety). Colloque « La Sécurité des Soins en Europe ».
Site internet: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-09/plaquette_eunetpas.pdf (consulté le 01/07/2014)
13. A. SPINEWINE et al.
Pharmacie clinique et soins pharmaceutiques... Pourquoi ? Juin 2007.
LLG: 54, Juin 2007
14. K. HALL, C. WILGOSH.
Rapport 2007-2008 sur les pharmacies hospitalières canadiennes.
Site internet: http://www.lillyhospitalsurvey.ca/hpc2/content/2008_report/2007-2008F%20full.pdf (consulté le 13/08/2014)
15. J. CALOP, M. BAUDRANT, P. BEDOUCH et al.
La pharmacie clinique en France : contexte de développement à l'hôpital et état des lieux.
Pharmactuel. 2009 Jun; 42(supplément 1):34–9
16. C. BOND, C. RAEHL, T. FRANKE et al.
Clinical Pharmacy Services and Hospital Mortality Rates.
Pharmacother J Hum Pharmacol Drug Ther. 1999 mai; 19(5):556–64
17. C. BOND, C. RAEHL et al.
Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and hospital mortality rates.
Pharmacotherapy 2007 Apr; 4(27):481–93.
18. SFPC: Référentiel de pharmacie d'officine - Chapitre 4.
Site internet: www.sfpc.eu/fr/actualités/212-le-referentiel-de-la-pharmacie-est-disponible.html (consulté le 28/07/2014)
19. Legifrance: Instruction N°DGOS/PF2 / 2012/ 352 du 28 septembre 2012.
Site internet: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/10/cir_35887.pdf (consulté le 01/07/2014)
20. HAS: Manuel de certification des établissements de santé V2010 révisé avril 2011.
Site internet: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1439924/fr/manuel-de-certification-des-etablissements-de-sante-v2010-revise-avril-2011 (consulté le 30/06/2014)

21. Legifrance. Arrêté du 22 juin 2001 relatif aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière.
Site internet: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?> (consulté le 01/07/2014)
22. Legifrance. Décret n° 2007-1428 du 3 octobre 2007 relatif aux pharmacies à usage intérieur et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) |
Site internet: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?> (consulté le 01/07/2014)
23. Legifrance. Article L6111-2 du Code de la santé publique.
Site internet: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?> (consulté le 01/07/2014)
24. Legifrance. Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.
Site internet: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?> (consulté le 01/07/2014)
25. DGOS. Circulaire N° DGOS/PF2/2012/72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé.
Site internet: <http://nosobase.chu-lyon.fr/Reglementation/2012/Circulaire/14022012.pdf> (consulté le 01/07/2014)
26. Legifrance: Décret n° 2012-1131 du 5 octobre 2012 relatif à la consultation et à l'alimentation du dossier pharmaceutique par les pharmaciens exerçant dans les pharmacies à usage intérieur.
Site internet: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?> (consulté le 01/07/2014)
27. Observatoire social de Lyon, P. GAYRARD
Médecine ambulatoire – médecine hospitalière, quels liens construire ? Approche concertée sur 3 territoires rhônalpins
Site internet: http://www.observatoire-social.org/ressources/OSL_URML_Medecine_ambulatoire_Medecine_hospitaliere_2008.pdf (consulté le 01/07/2014)
28. HAS. Préparation sortie du patient version internet. Nov 2001
Site internet: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/preparation_de_la_sortie_du_patient_hospitalise_guide_2001.pdf (consulté le 01/07/2014)
29. Legifrance: Code de la santé publique. Article R1112-2.
Site internet: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?> (consulté le 01/07/2014)

30. Congrès Hopipharm 2009. Poster. I. ADENOT, P. MONGES, A. DARQUE et al.
Relations ville-hôpital.
Site internet: http://www.synprefh.org/rc/org/synprefh/htm/Article/2012/20120406-085849-336/src/htm_fullText/fr/hopi2009_relations-ville-hopital.pdf (consulté le 01/07/2014)
31. J. GUIGUE.
Création d'une fiche de liaison pharmaceutique entre l'hôpital et la pharmacie de ville pour les sujets âgés? : un outil supplémentaire dans la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse
Thèse d'exercice - Pharmacie - Grenoble Juin 2012
32. Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. Qu'est-ce que le DP ? - Le Dossier Pharmaceutique.
Site internet: <http://www.ordre.pharmacien.fr/index.php/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP> (consulté le 01/07/2014)
33. Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. DP: chiffres clés 2014.
Site internet: www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique (consulté le 28/07/2014)
34. Réseau Onco-Poitou-Charentes - Oncologie / Cancérologie en Poitou-Charentes.
Fiche de liaison paramédicale ville/hôpital.
Site internet: http://www.onco-poitou-charentes.fr/fr/soignant_social.php?id_rubrique=271 (consulté le 01/07/2014)
35. S. LIMAT, L. CALS.
Pilotage régional des médicaments anti-cancéreux - "Bonnes Pratiques de la Chimiothérapie."
SIS Cancéro; 2012.
36. SFPC. Ville hôpital
Site Internet: <http://www.sfpc.eu/fr/pratiques-professionnelles/9-groupes-travail/18.html> (consulté le 01/07/2014)
37. Institute for Healthcare Improvement: Medication Reconciliation to Prevent Adverse Drug Events.
Site internet: <http://www.ihl.org/topics/adesmedicationreconciliation/> (consulté le 04/07/2014)
38. High 5s: Med Rec. Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care: Medication Reconciliation: Getting Started Kit. 2009
Site Internet: https://www.high5s.org/pub/Manual/TrainingMaterials/MR_Getting_Started_Kit.pdf (consulté le 02/07/14)

39. B. ALLENET, P. ARNAULD, Y. AZIZI Y.
SFPC: Réaliser une conciliation des traitements médicamenteux à l'admission du patient hospitalisé.
Site internet: <http://www.sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/957-sfpc-fiche-conciliation-medicamenteuse> (consulté le 02/07/14)
40. Présentation d'E. Dufay.
Qualité et sécurité des soins liées aux produits de santé: Le processus de conciliation des traitements médicamenteux. 2012 [
Site internet: <http://aphnep.org/pdf/E.P.U./interventions/2012/11/conciliation%20medicamenteuse.pdf> (consulté le 30/06/2014)
41. E Dufay et al.
La conciliation des traitements médicamenteux : détecter, intercepter et corriger les erreurs médicamenteuses à l'admission des patients hospitalisés.
Risque et qualité. 2011; VIII(2):130–8.
42. Legifrance. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
Site internet: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?> (consulté le 02/07/2014)
43. M. CUBAYNES.
Rapport de l'IGAS 2011: Le circuit du médicament à l'hôpital.
Site internet: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000684/0000.pdf> (consulté le 19/08/2014)
44. Legifrance. 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.
Site internet: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?> (consulté le 02/07/14)
45. Présentation HAS - EVALOR: C. BRUNEAU, A. BROYART.
Alliance Mondiale pour la Sécurité du Patient - L'initiative High 5s (2010).
Site internet: https://www.high5s.org/pub/Main/EnSavoirPlusFormationMedrecMai/1-2010-05-11_Presentation_High5_HAS.pptx (consulté le 02/07/14)
46. Présentation HAS- EVALOR: F. EMPEREUR, S. GENDARME, N. THILLY.
Projet MED'REC (MEDication REConciliation) L'initiative High 5s.
Site internet: https://www.high5s.org/pub/Main/EnSavoirPlusFormationMedrecMai/2-2010-05-11_Le_SOP_MedRec_EVALOR.pptx (consulté le 02/07/14)

47. MILLET-GIRARD et al.
Traitements médicamenteux personnels des patients hospitalisés : mise en place et première évaluation d'une procédure.
Pharm Hosp. 2006; 41:161–6
48. A. BRULEBOIS.
Analyse des écarts de prescriptions médicamenteuses entre domicile, admission et sortie d'hospitalisation au Centre Hospitalier de Voiron : vers la conciliation des traitements médicamenteux
Thèse d'exercice- Pharmacie - Grenoble Octobre 2010
49. SM. RABI, RS. PADIYARA.
Pharmacist-administered admission histories: focus on immunizations in medication reconciliation.
Ann Pharmacother. 2008 May; 42(5):728–9.
50. TM. NESTER, LS. HALE.
Effectiveness of a pharmacist-acquired medication history in promoting patient safety.
Am J Health-Syst Pharm. 2002 Nov 15; 59(22):2221–5.
51. C. BOND, C. RAEHL.
Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and adverse drug reactions in United States hospitals.
Pharmacotherapy. 2006 Jun; 26(6):735–47.
52. VC. TAM, SR. KNOWLES, PL. CORNISH, N. FINE, R. MARCHESANO, EE. ETCHELLS.
Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review.
Can Med Assoc Journ. 2005 Aug 30; 173(5):510–5.
53. TM. FORSTER.
The managed care/Medicare advantage challenge: interface between home care and managed care fraught with tensions.
Caring Natl Assoc Home Care Mag. 2007 Apr; 26(4):41–3.
54. JD. WONG, JM. BAJCAR, GG. WONG, SMH. ALIBHAI, J-H. HU, A. CESTA et al.
Medication reconciliation at hospital discharge: evaluating discrepancies.
Ann Pharmacother. 2008 Oct; 42(10):1373–9.
55. C. SULLIVAN, KM. GLEASON, D. ROONEY, JM. GROSZEK, C. BARNARD.
Medication reconciliation in the acute care setting: opportunity and challenge for nursing.
J Nurs Care Qual. 2005 Jun; 20(2):95–8.

56. IHI. Reconcile Medications at All Transition Points - Patient Safety Medication System Changes.
Site internet: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/ReconcileMedicationsatAllTransitionPoints.aspx> (consulté le 05/07/2014)
57. R. STUFFKEN, TCG. EGBERTS.
Discontinuities in drug use upon hospital discharge.
Pharm World Sci PWS. 2004 Oct; 26(5):268–70.
58. J. BONHOMME et al.
La juste liste des médicaments à l'admission du patient hospitalisé. De la fiabilité des sources d'informations.
Risques & Qualité. 2014.
59. SFPC: E. SCHMITT, D. ANTIER, C. BERNHEIM et al.
Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse.
Site internet: <http://www.sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/425-dictionnairesfpcem/0.html> (consulté le 30/07/2014)
60. HS. LAU, C. FLORAX, AJ. PORSIUS et al.
The completeness of medication histories in hospital medical records of patients admitted to general internal medicine wards.
Br J Clin Pharmacol. 2000 Jun; 49(6):597–603.
61. SA. BURDA, D. HOBSON, PJ. PRONOVOST.
What is the patient really taking? Discrepancies between surgery and anesthesiology preoperative medication histories.
Qual Saf Health Care. 2005 Dec; 14(6):414–6.
62. PL. CORNISH, SR. KNOWLES, R. MARCHESANO et al.
Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission.
Arch Intern Med. 2005 Feb 28; 165(4):424–9.
63. AC. ZONI, ME. DURAN GARCIA, AB. JIMENEZ MUNOZ et al.
The impact of medication reconciliation program at admission in an internal medicine department.
Eur J Intern Med. 2012 Dec; 23(8):696–700.
64. T. VIRA, M. COLQUHOUN, E. ETCHELLS.
Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge.
Qual Saf Health Care. 2006 Apr; 15(2):122–6.

65. C. RELIQUET.
La conciliation médicamenteuse en gériatrie: analyse des divergences entre la prescription de ville et la prescription initiale hospitalière et intérêt de cette démarche. Thèse d'exercice - Pharmacie Hospitalière - Pratique et Recherche. Bordeaux 2014.
66. M. PERENNES, A. CARDE, X. NICOLAS.
Conciliation médicamenteuse : une expérience innovante dans un service de médecine interne pour diminuer les erreurs d'anamnèse médicamenteuses. Presse Med. 2012;(41).
67. ANSM: Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. 2005.
Site internet: http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/iatogenie_medicamenteuse.pdf (consulté le 11/08/2014)
68. G. BERRUT.
Société française de gériatrie et de gérontologie; 2010: Fragilité vieillissement.
Site internet: http://www.chd-vendee.fr/espace/fichier/chd/journee_des_professionnels_de_la_filiere_gerontologique/341_point_de_vue_de_la_societe_francaise_de_geriatrie_et_de_gerontologie.pdf (consulté le 31/07/2014)
69. HAS: LEGRAIN.
Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé: Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance (2005)
Site internet: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28_16_44_51_580.pdf (consulté le 31/07/2014)
70. Base de données en santé publique. J. PEROCHON.
Étude prospective sur les admissions des personnes âgées pour iatrogénie médicamenteuse dans les services d'urgence de 18 établissements d'hospitalisation. (1999).
Site internet: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/305020/> (consulté le 11/08/2014)
71. E. DELZENNE, S. PESCH, I. MARTIN et al.
Sleep complaints and disorders in residential home patients taking hypnotic drugs. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2012 Jun 1; 10(2):159–63.
72. P. BARBERGER GATEAU, L. LETENNEUR.
Résultats PAQUID. 2004 [
Site internet: http://psychologie-m-fouchey.psyblogs.net/public/fichiers%20 joints/2004_Resultats_PAQUID.pdf (consulté le 11/08/2014)
73. N. FOUCHER, B. LAHILLE, N. BERNARD et al.
Influence de l'hospitalisation sur la polymédication des sujets de plus de 60 ans. Rev Médecine Interne. 2009 Jan; 30(1):20–4.

74. C. CATTENOZ, P. JAHIER, P. JOUANNY.
Amélioration de l'observance médicamenteuse: une expérience de conseil en pharmacie clinique auprès des personnes âgées.
Rev Médecine Interne. 1997 May; 18:126.
75. M. OUDJHANI, A. HAMADACHE, S. NADAI et al.
Analyse des traitements d'entrée en soins de suite et réadaptation gériatrique.
J Pharm Clin. 2004 Oct 1; 23(4):193-9.
76. AL. DEBRUYNE.
Expérience d'une activité de pharmacie clinique au sein d'un SSR gériatrique.
Thèse d'exercice - Pharmacie Hospitalière et des Collectivité - Bordeaux octobre 2009.
77. Prescrire. Poster: A. HAMZAOUÏ et al.
Poly-médication dans un service de gériopsychiatrie
Site internet: http://www.prescrire.org/Docu/PostersAngers/26_HAMZAOUÏkarim_Polymedication.pdf (consulté le 31/07/2014)
78. Congrès Hopipharm 2013. Poster. C. RELIQUET.
Anxiété et insomnie de la personne âgée en gériopsychiatrie : quels sont les moyens thérapeutiques à notre disposition ?
Site internet: http://www.synprefh.org/rc/org/synprefh/htm/Article/2013/20130411-080517-401/src/htm_fullText/fr/hopi2013_poster%20089.pdf (consulté le 31/07/2014)
79. AM. GUIGNON, F. GRAIN, B. ALLENET et al.
Evaluation de l'impact clinique des opinions pharmaceutiques dans un service de médecine spécialisée.
J Pharm Clin. 2001 Jul 27; 20(2):118-23.
80. BiostaTGV - Faculté de Paris Jussieu
Site internet: marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/ (consulté le 04/08/2014)
81. Congrès Hopipharm 2014. Poster. M. SOUSSAN-DAHAN, L. LOUBET, L. GAUTIE et al.
Conciliation médicamenteuse à l'admission des patients hospitalisés en chirurgie.
Site internet: <http://www.synprefh.org/rc/org/synprefh/htm/> (consulté le 14/08/14)
82. Congrès Hopipharm 2014. Poster. M. COLOMBE, C. GABRIEL-BORDENAVE, V. AUCLAIR et al.
Mise en place et évaluation du dossier pharmaceutique (DP) dans le cadre d'une activité de Conciliation des Traitements Médicamenteux en hôpital psychiatrique.
Site internet: <http://www.synprefh.org/rc/org/synprefh/htm/> (consulté le 14/08/14)

83. Congrès Hopipharm 2014. Poster. C. CHOUKROUM, E. PEUS, C. BARCELO, V. HEBERT, E. DUPLISSY.
Conciliation médicamenteuse: démarche innovante dans un centre hospitalier.
Site internet: <http://www.synprefh.org/rc/org/synprefh/htm/> (consulté le 14/08/14)
84. Congrès SFPC 2014. Poster. C. RELIQUET, S. MOSNIER-THOUMAS, F. XUEREB, K. MARTIN-LATRY, D. BREILH.
Conciliation médicamenteuse en gériatrie aigue.
Site internet: http://www.sfpc.eu/fr/component/jumi/Resumes_congres_2013.html (consulté le 14/08/14)
85. Congrès Hopipharm 2013. Poster. V. BERARD.
Intégration de la conciliation médicamenteuse à une pratique pharmaceutique de terrain.
Site internet: <http://www.synprefh.org/rc/org/synprefh/htm/> (consulté le 14/08/14)
86. Congrès Hopipharm 2014. Poster. J. COURTIN.
Mise en place d'une conciliation des traitements mdicamenteux dans un établissement de santé mentale.
Site internet: <http://www.synprefh.org/rc/org/synprefh/htm/> (consulté le 14/08/14)
87. Congrès SFPC 2014. Poster. P. SAINT-GERMAIN.
Mise en place et évaluation d'une activité de conciliation médicamenteuse à l'entrée dans un service de gériatrie aigue.
Site internet: http://www.sfpc.eu/fr/component/jumi/Resumes_congres_2014.html (consulté le 14/08/14)
88. Congrès Hopipharm 2013. Poster. N. FAYAD.
Conciliation médicamenteuse. Préparons l'arrivée du dossier pharmaceutique (DP).
Site internet: <http://www.synprefh.org/rc/org/synprefh/htm/> (consulté le 14/08/14)
89. Institut national de la statistique et des études économiques. Les femmes vivent toujours plus longtemps que les hommes
Site internet: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1226#sommaire (consulté le 18/08/14)
90. Congrès Hopipharm 2014. Poster. P. MARGUET.
La conciliation des traitements médicamenteux: initiation, faisabilité et efficience.
Site internet: <http://www.synprefh.org/rc/org/synprefh/htm/> (consulté le 14/08/14)
91. PMLA. VAN DEN BEMT et al.
Effect of medication reconciliation on unintentional medication discrepancies in acute hospital admissions of elderly adults: a multicenter study.
J Am Geriatr Soc. 2013 Aug; 61(8):1262–8.

92. Congrès SFPC 2014. Poster. M. COLOMBE, S. BLANCHEMAIN, A. SIX, V. KOVALSKI, P. LESCURE.
Prévalence des divergences médicamenteuses en sortie de court séjour gériatrique.
Site internet: http://www.sfpc.eu/fr/component/jumi/Resumes_congres_2014.html (consulté le 14/08/14)
93. M. COLOMBE.
Optimisation de la conciliation des traitement médicamenteux à l'admission: Pour qui, comment?
Thèse d'exercice - Pharmacie - Reims octobre 2011.
94. HT. HATOUM, RA. HUTCHINSON, LR. ELLIOTT, DL. KENDZIERSKI.
Physicians' review of significant interventions by clinical pharmacists in inpatient care.
Drug Intell Clin Pharm. 1988 Dec; 22(12):980-2.
95. Congrès SFPC 2014. Poster. M. DUFOUR.
Conciliation médicamenteuse à l'admission du patient: un outil de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient hospitalisé.
Site internet: http://www.sfpc.eu/fr/component/jumi/Resumes_congres_2014.html (consulté le 14/08/14)
96. Congrès SFPC 2014. Poster. C. STREICHER.
La conciliation médicamenteuse pour renforcer le lien ville-hôpital.
Site internet: http://www.sfpc.eu/fr/component/jumi/Resumes_congres_2014.html (consulté le 14/08/14)
97. D. BICHARD, C. GAILLARD, S. BOURSCHEID et al.
Impact d'une réunion pluridisciplinaire sur le risque potentiel d'événements indésirable médicamenteux dans une unité de psychogériatrie.
Disponible sur : www.sciencedirect.com

Serment de Galien

Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruite dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque

RESUME en anglais

This prospective study describes the establishment of the Reconciliation of Medicated Treatment (CTM) in Geriatric Psychiatry at the Centre Hospitalier Charles Perrens.

The CTM was executed at the admission and at the discharge of the patient. The collected data, the clinical impact and the professionals' contentment are analyzed. A statistical comparison of the sources of information used (criteria: availability, completeness, wholeness and time) highlighted the most reliable ones. At the discharge, a letter sent to the pharmacist and to the physician promotes the link city-hospital.

During 7 months, 110 patients (mean age 78 years) were included. The average time to complete the CTM is 62.8 min, overestimated by the systematic examination of all sources. 40% of patients have been reconciled within 24 hours (MR1 index High 5s). There is a low explicitness of the prescription (MR2) with an average of 2.9 Intentional Discrepancies Not Documented. Only 2.72% of patients had no difference (MR5). An average of 2.1 DNI per patient was observed (MR3). 76.4% of patients had at least 1 DNI (MR4). Drug omissions (76%) were mainly detected. The clinical impact is positive in 79% of cases. Concerning the comparison of 12 potential sources of information, we have demonstrated that the patient is uninformative for the development of BMO but, he is essential in a process of clinical pharmacy. Trinomial sources to interview to be the most reliable are "Patient-Pharmacist-Letters" or "Patient-Pharmacist-Nursing homes" according to the place of origin of the patient. Health professionals (city and hospital) are satisfied. A track for improvement is to send faster the document.

This study confirms the value of interdisciplinary collaboration and city-hospital as part of securing patient's care.

TITRE en anglais

Establishment of medication reconciliation for geriatric psychiatry :
What sources of information used ?

RESUME

Cette étude prospective décrit la mise en place de la Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM) en géronto-psychiatrie au Centre Hospitalier Charles Perrens.

La CTM est réalisée à l'entrée et à la sortie du patient. Les données recueillies sont analysées, ainsi que l'impact clinique et la satisfaction des professionnels concernés. Une comparaison statistique des sources d'informations utilisées (critères disponibilité, exhaustivité, complétude et temps) a permis de mettre en évidence celles les plus fiables. A la sortie, une fiche envoyée au pharmacien d'officine et au médecin traitant favorise le lien ville-hôpital.

Sur 7 mois, 110 patients (78 ans d'âge moyen) ont été inclus. Le temps moyen pour réaliser la CTM est de 62,8 min, surestimé par l'interrogatoire systématique de toutes les sources. 40% des patients ont été conciliés moins de 24 heures (indice MR1 des High 5s). On observe un faible caractère explicite de la prescription (MR2) avec en moyenne 2,9 Divergences Intentionnelles Non Documentées. Seuls 2,72% des patients n'avaient aucune divergence (MR5). Une moyenne de 2,1 DNI par patient a été observée (MR3). 76,4% des patients ont au moins 1 DNI (MR4). Ont été détectés principalement des omissions de médicaments (76%). L'impact clinique est positif dans 79% des cas. Concernant la comparaison des 12 sources potentielles d'informations, nous avons mis en évidence que le patient, peu informatif pour l'élaboration du BMO, est incontournable dans une démarche de pharmacie clinique. Les trinômes de sources à interroger afin d'être le plus fiable possible sont « Patient-Pharmacien-Courriers » ou « Patient-Pharmacien-EHPAD », en fonction du lieu de provenance du patient. Les professionnels de santé (ville et hôpital) sont satisfaits. Une piste d'amélioration possible est le délai de réception du document.

Cette étude confirme l'intérêt d'une collaboration interdisciplinaire et ville-hôpital dans le cadre de la sécurisation de la prise en charge des patients.

TITRE en anglais

Establishment of medication reconciliation for geriatric psychiatry :

What sources of information used ?

DISCIPLINE : Pharmacie Hospitalière – Pratique et Recherche

MOTS-CLES : Conciliation des Traitements Médicamenteux, Pharmacie Clinique, Géronto-psychiatrie, Sources d'informations, Impact clinique, Satisfaction, Lien « Ville – Hôpital ».

ADRESSE DE L'UFR : UFR des sciences Pharmaceutiques
Université Bordeaux 2 – Victor Segalen
146 rue Léo Saignat
33076 Bordeaux Cedex