Conciliation médicamenteuse et dossier pharmaceutique : rôle du pharmacien d'officine dans l'optimisation des traitements aux points de transition

Antoine Béguerie

▶ **To cite this version:**

Antoine Béguerie. Conciliation médicamenteuse et dossier pharmaceutique : rôle du pharmacien d'officine dans l'optimisation des traitements aux points de transition. Sciences pharmaceutiques. 2014. dumas-01153918

HAL Id: dumas-01153918

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01153918

Submitted on 20 May 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.

Université de Bordeaux2 – Victor Segalen

U.F.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2015 Thèse N°20

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Le 22 Décembre 2014 à Bordeaux

Par **Antoine BEGUERIE**

Né le 30 juillet 1986 à Pau

CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE ET DOSSIER PHARMACEUTIQUE : RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS L'OPTIMISATION DES TRAITEMENTS AUX POINTS DE TRANSITION.

Directeur de thèse
Mme Bertrice LOULIERE

Jury :

Mme M.C. SAUX	Professeur	Président
Mme B. LOULIERE	Docteur en Pharmacie	Juge
Mr J.P. LACHEZE	Docteur en Pharmacie	Juge

REMERCIMENTS

A Madame le Professeur Marie-Claude SAUX,

Professeur à l'Université Victor Segalen, Bordeaux 2,

Je vous remercie d'avoir accepté de présider mon jury de thèse. C'est un plaisir, après avoir bénéficié des vos riches enseignements, de vous retrouver au moment de terminer mon parcours universitaire.

A Madame le Docteur Bertrice LOULIERE,

Pharmacien Coordonateur de l'OMEDIT Aquitaine.

Je vous remercie d'avoir dirigé ce travail et d'accepter d'être membre de ce jury. Merci pour vos conseils, le temps que vous m'avez consacrée et pour votre énergie débordante.

A Monsieur le Docteur Jean-Pierre LACHEZE,

Pharmacien d'officine.

Représentant URPS Aquitaine.

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Après dix mois très enrichissants passés dans votre officine, je suis heureux de vous compter parmi les membres de ce jury.

A Monsieur le Docteur Alain DELGUTTE,

Pharmacien d'officine.

Président du Conseil Central A de l'Ordre des Pharmaciens.

Merci de me faire l'honneur de préfacer mon travail et d'avoir aidé à la diffusion de mon questionnaire.

A Myriam ROUDAUT et Marine DELL'OVA,

Je vous remercie toutes les deux pour votre aide précieuse qui m'aura été indispensable.

A Madame Isabelle ADENOT et à tous les Présidents régionaux de l'Ordre des Pharmaciens,

Je vous remercie pour avoir permis et aidé la diffusion de mon questionnaire.

A mes Parents,

Je vous dédie particulièrement ce travail. Merci pour votre soutien sans faille et vos encouragements. Ça y est, c'est fini ! Merci Papa pour ton aide et tes conseils précieux.

A mes amis,

Merci pour vos encouragements mais surtout pour le reste !

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION : 12

PARTIE 1. LA PROBLEMATIQUE DES ERREURS MEDICAMENTEUSES DANS LE PARCOURS DE SOINS 14

1.1. CONTEXTE DE L'IATROGENIE MEDICAMENTEUSE 14

1.1.1. Définitions et déterminants 14

1.1.1.1. Définition 14

1.1.1.2. Les déterminants de l'iatrogénie médicamenteuse 17

1.1.2. Chiffres et conséquences 18

1.2. LE PARCOURS DE SOINS : NOUVELLE ORGANISATION AUTOUR DU PATIENT ET CONTINUITE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE 21

1.2.1. Le parcours de soins 21

1.2.1.1. Définition 21

1.2.1.2. Acteurs et structures du système de soins 23

1.2.2. Les points de transitions, points faibles du parcours de soins 24

PARTIE 2. LA PRATIQUE DE CONCILIATION MEDICAMENTEUSE POUR GARANTIR LA CONTINUITE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE 27

2.1. LE CONTEXTE 27

2.2. DEFINITION DU CONCEPT 29

2.3. LES OBJECTIFS DE LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE 30

2.4. LE DEROULEMENT DU PROCESSUS 30

2.4.1. Conciliation médicamenteuse à l'admission 30

2.4.2. La conciliation médicamenteuse à la sortie 34

2.5. LES APPORTS DE LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE DANS LA CONTINUITE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DES PATIENTS 36

PARTIE 3. UTILISATION DES NOUVEAUX SYSTEMES D'INFORMATION, LE DOSSIER PHARMACEUTIQUE 46

3.1. QU'EST CE QUE LE DP ? 46

3.1.1. Création 47

3.1.2. *Cadre Juridique :* *48*

3.1.3. Cadre Pratique 53

3.1.3.1. A l'officine 53

3.1.3.2. Dans les établissements 54

3.1.3.3. Pour le patient 55
3.2. BILAN ET EVOLUTION 56
3.2.1. Des chiffres encourageants 56
3.2.2. Des évolutions prometteuses : ouverture au milieu hospitalier 59
3.3. EXEMPLE CONCRET DE L'INTERET DU DP DANS L'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE PATIENT 62
3.4. ANALYSE CRITIQUE DU DP ET DE SON UTILISATION ACTUELLE PAR LES PHARMACIENS D'OFFICINE : REALISATION D'UNE ENQUETE NATIONALE 64
3.5. AUTRES TECHNOLOGIES POUR UNE MEILLEURE COORDINATION. 72
CONCLUSION : 75
BIBLIOGRAPHIE 95

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1. DOMAINE D'INVESTIGATION DE LA REMED ET LA RMM. 16
FIGURE 2. HIGH 5S' EN FRANCE. 28
FIGURE 3. LES DEUX MODES DE CONCILIATION MEDICAMENTEUSE. 30
FIGURE 4. CTM, MODE PROACTIF. 31
FIGURE 5. CTM, MODE RETROACTIF. 31
FIGURE 6. SOURCES D'INFORMATIONS : RESULTATS D'UNE ETUDE MENEE AU CH DE LUNEVILLE. 39
FIGURE 7. RETRAITS ET RAPPELS DE LOT: LES ETAPES DE LA NOUVELLE PROCEDURE[60]. 50
FIGURE 8. RUPTURE ANTICIPEE [55]. 51
FIGURE 9. RUPTURE CONSTATEE [55]. 52
FIGURE 10. ORGANISATION GENERALE DU DP. 56
FIGURE 11. CUMUL DES CONSULTATIONS AVEC PARTAGE D'INFORMATIONS ENTRE OFFICINES. 58
FIGURE 12. ÉTAT DU DEPLOIEMENT DU DP EN PUI. 60
FIGURE 13. L'IMPLANTATION DU DP DANS LES OFFICINES FRANÇAISES. 65
FIGURE 14. LA PROPOSITION D'OUVERTURE D'UN DP PAR LES PHARMACIENS TITULAIRES. 66
FIGURE 15. LA PROPOSITION D'OUVERTURE D'UN DP PAR L'EQUIPE OFFICINALE. 66
FIGURE 16. ALIMENTATION DU DP. 67
FIGURE 17. DP ET LIEN VILLE-HOPITAL, L'AVIS DES PHARMACIENS D'OFFICINE. 68
FIGURE 18. CONNAISSANCE PAR LES PHARMACIENS D'OFFICINE DES EVOLUTIONS DU DP. 68
FIGURE 19. INFORMATIONS FOURNIES PAR LE DP, AVIS DES PHARMACIENS D'OFFICINE. 69
FIGURE 20. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES DANS LE DP, CE QUE DEMANDENT LES PHARMACIENS D'OFFICINE. 70

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1. LES DIVERGENCES NON INTENTIONNELLES DANS LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX.....40
TABLEAU 2. NOMBRE DE DP CREES PAR TRANCHE D'AGE EN 2010 ET 2011.....58

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : FICHE DE CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX A L'ADMISSION (OUTIL GROUPE DE TRAVAIL OMEDIT AQUITAINE, SEPTEMBRE 2014).....77
ANNEXE 2 : FICHE DE CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX A LA SORTIE (OUTIL GROUPE DE TRAVAIL OMEDIT AQUITAINE, SEPTEMBRE 2014).....78
ANNEXE 3 : FICHE DE LIAISON HOPITAL – VILLE DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX (OUTIL GROUPE DE TRAVAIL OMEDIT AQUITAINE, SEPTEMBRE 2014).....79
ANNEXE 4 : CAPTURE D'ECRAN : CONSULTATION DU DP SUR UN LOGICIEL METIER OFFICINE (ALIADYS).....80
ANNEXE 5 : IMPRIME DU DOSSIER PHARMACEUTIQUE A REMETTRE AU PATIENT.....81
ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE POSE AUX PHARMACIENS D'OFFICINE.....82
ANNEXE 7 : RESUME DES 735 REPONSES AU QUESTIONNAIRE POSE AUX PHARMACIENS D'OFFICINE.....87

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ALD	Affection de Longue Durée
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé
APNET	Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique
ARS	Agence Régionale de Santé
BMO	Bilan Médicamenteux Optimisé
BPCO	Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CCECQA	Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique & de la Qualité en Aquitaine
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNOP	Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
CPE	Carte Professionnel Employés
CPS	Carte de Professionnel de Santé
CRPV	Centre Régional de Pharmacovigilance
CSP	Code de la Santé Publique
CTM	Conciliation des Traitements Médicamenteux
DP	Dossier Pharmaceutique
DGS	Direction Générale de la Santé
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DMP	Dossier Médical Personnel
DNI	Divergence Non Intentionnelle
DNID	Divergence Non Intentionnelle Non Documentée
DOM	Département d'Outre Mer
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EIG	Evénement Indésirable Grave

EIM	Evénement Iatrogène Médicamenteux
EM	Erreur Médicamenteuse
EMIR	Effets indésirables des Médicaments : Incidence et Risque
ENEIS	Enquête Nationale sur les Événements Indésirables liés aux Soins
FAST	Fourniture d'Accès Sécurisé au Traitement.
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HIA	Hôpital d'Instruction des Armées
HPST	Hôpital, Patient, Santé, Territoire
IHI	Institute for Healthcare Improvement
InVS	Institut de Veille Sanitaire
IPADAM	Interventions Pharmaceutiques A propos du Dossier pharmaceutique et de l'Automédication
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MED'REC	Medication Reconciliation
NIR	Numéro d'Inscription au Répertoire
OMA	Ordonnance des Médicaments à l'Admission
OMéDIT	Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OTC	Over The Couter
PAACO	Plateforme Aquitaine d'Aide à la Communication santé
PNSP	Programme National pour la Sécurité des Patients
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
RCP	Résumé des caractéristiques Produit
REMED	Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et Dispositifs associés
RMM	Revue de Mortalité et de Morbidité
SFPC	Société Française de Pharmacie Clinique
SSR	Soins se Suite et de Réadaptation
USA	United States of America
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

Préface de Mr Alain DELGUTTE, Président du Conseil Central A de l'Ordre des Pharmaciens.

Comment imaginer qu'un soin censé guérir vous apporte plus de complications que de bénéfices ?

Tel est pourtant le drame de l'iatrogénie médicamenteuse mais aussi tout le sens et l'action du pharmacien d'officine. Au-delà du drame individuel sanitaire, c'est un drame pour la confiance que peut avoir le patient en son médicament et en son pharmacien. Car la confiance disparaît quand le sentiment de trahison et la déception sont de mise.

C'est fort de ces constats que l'Ordre national des pharmaciens a proposé en 2007 un outil. Trop ambitieux disaient les uns, inutile et complexe disaient les autres, coûteux et inapproprié disaient les derniers.

Il fallait la foi de quelques un, la conviction et la ténacité de quelques autres, l'engagement et la confiance des derniers pour emmener derrière eux une profession.

Car qui aurait cru que 7 ans après, le Dossier pharmaceutique équipe plus d'un français sur deux, soit disponible dans la quasi-totalité des officines, diffusé auprès des établissements de santé et soit reconnu comme un outil majeur au bénéfice de la santé publique ?

Le Dossier pharmaceutique est aujourd'hui un élément majeur dans la préservation de la santé publique : alerte sanitaire, rappels de lots, rupture d'approvisionnement, lien Ville-hôpital et peut-être demain d'autres choses ?

La thèse d'Antoine Béguerie illustre parfaitement ce qu'est le DP : d'abord et avant tout un outil inséparable du pharmacien. Car un DP sans la connaissance et l'analyse du pharmacien est inutile tout comme un pharmacien qui négligerait l'utilisation du DP se prive d'un apport essentiel pour son exercice.

En ce domaine comme en beaucoup d'autres, la machine ne peut (encore ?) supplanter la finesse de l'analyse humaine, elle en constitue un accessoire primordial, parfois peut-être vital qui ne peut plus être ignoré des français, des pouvoirs publics et qui doit parfois, encore malheureusement, être rappelé au pharmacien.

Les chiffres présentés par Antoine Béguerie le montrent, le premier qui reste parfois à convaincre de l'utilité permanente du DP reste malheureusement le pharmacien.

Après l'enjeu du déploiement, l'enjeu de la croissance des ressources, vient peut-être l'enjeu de l'appropriation définitive par le pharmacien. Tel est le rôle de l'Ordre et de tous ses conseillers qui ont œuvré sans relâche depuis 7 ans. L'âge de raison ? L'âge de la raison. Des raisons en partage.

INTRODUCTION :

Un patient âgé a été admis aux urgences pour surinfection d'une plaie. Un traitement par antibiotique a été mis en place. Deux jours plus tard, le patient a présenté un infarctus du myocarde. Il a été constaté qu'un béta-bloquant avait été omis à l'admission involontairement.
Ce cas illustre parfaitement une rupture involontaire dans la prise en charge médicamenteuse dans le parcours de soins du patient génératrice d'évènements indésirables graves.

Le défaut de continuité aux points de transitions (admission, transferts, sortie d'hospitalisation) de la prise en charge médicamenteuse dans le parcours de soin est une des causes de la survenue d'évènements iatrogènes évitables.
Suite à ce constat une politique de gestion du risque médicamenteux et de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse s'est développée. La diminution de la fréquence des évènements iatrogènes médicamenteux évitables en ambulatoire et à l'hôpital est l'un des objectifs associé à la loi de santé publique votée en août 2004.
Un déficit de communication entre les professionnels de santé couplé à une méconnaissance des traitements par les patients ont été identifiés comme des causes de ces ruptures.
C'est pour répondre à cette problématique que la conciliation des traitements médicamenteux a été développée.

La conciliation des traitements médicamenteux demande l'implication de tous les professionnels de santé pour connaître la liste exhaustive des médicaments pris par le patient à tous moments dans le parcours de soins (soin de premier recours, établissements de santé et secteur médico-social). Les pharmaciens, experts du médicament et engagés dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, jouent un rôle prépondérant dans cette pratique. Les pharmaciens d'officine notamment, par leur connaissance du patient au quotidien, sont idéalement placés pour transmettre l'information concernant le médicament.

Pour améliorer la coordination entre les professionnels de santé, ils peuvent s'appuyer sur des outils modernes de communication. Ainsi les pharmaciens d'officine ont développé le Dossier Pharmaceutique (DP) ; système de partage d'information entre pharmaciens d'officine, étendu aux pharmaciens hospitaliers et en expérimentation pour certains médecins hospitaliers. Le

DP participe ainsi à l'obtention de la liste exhaustive des médicaments pris par le patient aidant à garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse.

Dans la première partie de ce travail, nous détaillerons les tenants et les aboutissants des erreurs médicamenteuses dans le parcours de soin.
Dans un second temps nous définirons la pratique de la conciliation médicamenteuse et le rôle du pharmacien dans cette pratique.
Dans une troisième partie, nous présenterons le Dossier Pharmaceutique et l'étude menée auprès des pharmaciens d'officine du territoire français. Nous en tirerons des conclusions sur l'utilisation actuelle du DP qui nous permettront d'émettre des pistes d'amélioration de ce système.

Partie 1. La problématique des erreurs médicamenteuses dans le parcours de soins

1.1. Contexte de l'iatrogénie médicamenteuse

1.1.1. Définitions et déterminants

1.1.1.1. Définition

Iatrogène, du grecque « iatros » = médecin et « genos» = origine, correspond à l'ensemble des conséquences néfastes sur l'état de santé individuel ou collectif, de tout acte ou mesure pratiqué ou prescrit par un professionnel de santé habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé.

La Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) définit l'iatrogénie comme l'épidémiologie ou la morbimortalité des conséquences indésirables ou négatives sur l'état de santé d'une population de tout acte ou mesure pratiqué ou prescrit par un professionnel de santé habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé [1].

On peut donc définir l'iatrogénie médicamenteuse par toute manifestation clinique indésirable ou pathologie directement induite par l'utilisation ou l'oubli d'un ou plusieurs médicaments. En effet, au delà de ces effets bénéfiques un médicament peut aussi être à l'origine d'effets indésirables. Ces effets indésirables peuvent provenir du médicament lui-même, de son association avec un autre médicament, d'une contre indication pour le patient… Le dictionnaire de l'erreur médicamenteuse de la SFPC et le code de la santé publique définissent plusieurs termes qui permettent de bien comprendre l'iatrogénie médicamenteuse :

- *L'effet indésirable médicamenteux* est une réaction nocive et non voulue à un médicament, se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'homme pour la prophylaxie, le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou pour la restauration, la correction ou la modification d'une fonction physiologique (OMS).

La définition française prend aussi en compte les réactions produites suite au mésusage du médicament. On entend par mésusage, l'utilisation d'un médicament hors des conditions prévues dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP).

• *L'évènement indésirable grave* (EIG) est un événement indésirable létal ou susceptible de mettre la vie en danger, ou entrainant une invalidité ou une incapacité importante ou durable, ou provoquant ou prolongeant une hospitalisation, ou se manifestant par une anomalie ou une malformation congénitale [2].

• *L'événement indésirable médicamenteux (EIM)* est un dommage survenant chez le patient, lié à sa prise en charge médicamenteuse et résultant de soins appropriés, de soins inadaptés ou d'un déficit de soin. L'évènement indésirable médicamenteux peut se traduire notamment par l'aggravation de la pathologie existante, l'absence d'amélioration de l'état attendu de santé, la survenue d'une pathologie nouvelle, l'altération d'une fonction de l'organisme, une réaction nocive due à la prise d'un médicament [1].

• *L'erreur médicamenteuse (EM)* est un EIM évitable. La SFPC donne une définition de celle-ci : « écart par rapport à ce qui aurait du 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 événement indésirable pour le patient. Par définition, l'EM est évitable car elle manifeste ce qui aurait du être fait et qui ne l'a pas été au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse d'un patient ».

L'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, aujourd'hui ANSM Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé) en 2010 a défini l'EM comme « l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte survenu au cours du processus de soins impliquant un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient ».

L'erreur médicamenteuse est caractérisée par :

- son type : omission, erreur de dose, posologie, concentration, médicament, voie d'administration…
- sa nature, relative à son degré de réalisation : elle peut être avérée, le médicament a été administré ; potentielle si l'erreur a été interceptée, le médicament n'a pas été administré ; ou latente s'il s'agit d'une observation témoignant d'un danger pour le patient.
- son étape de survenue au sein du circuit du médicament :
  Prescription / dispensation / préparation / administration / suivi thérapeutique
- la gravité de ses conséquences
- sa cause

On distingue plusieurs méthodes d'analyse des erreurs médicamenteuses, deux des plus connues étant la Revue de Morbi-Mortalité (RMM) et la Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et Dispositifs associés (REMED) [3].

- La Revue de Mortalité et de Morbidité (RMM) est défini par la Haute Autorité de Santé comme « une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient, qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins. ». C'est une méthode qui relève d'une approche par problème car mise en œuvre pour améliorer une situation où des problèmes ont été identifiés.

- La REMED a été développée par la Société Française de Pharmacie Clinique dans le but d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge médicamenteuse des malades. Cette méthode est proche de celle de la RMM mais spécifiquement centrée sur les erreurs médicamenteuses. C'est une démarche structurée d'analyse a posteriori de cas d'erreurs médicamenteuses rendues anonymes. Basée sur une analyse collective, pluri-professionnelle et systémique, elle vise à concevoir et mettre en œuvre des actions de réduction des risques liés à la prise en charge médicamenteuse des patients.

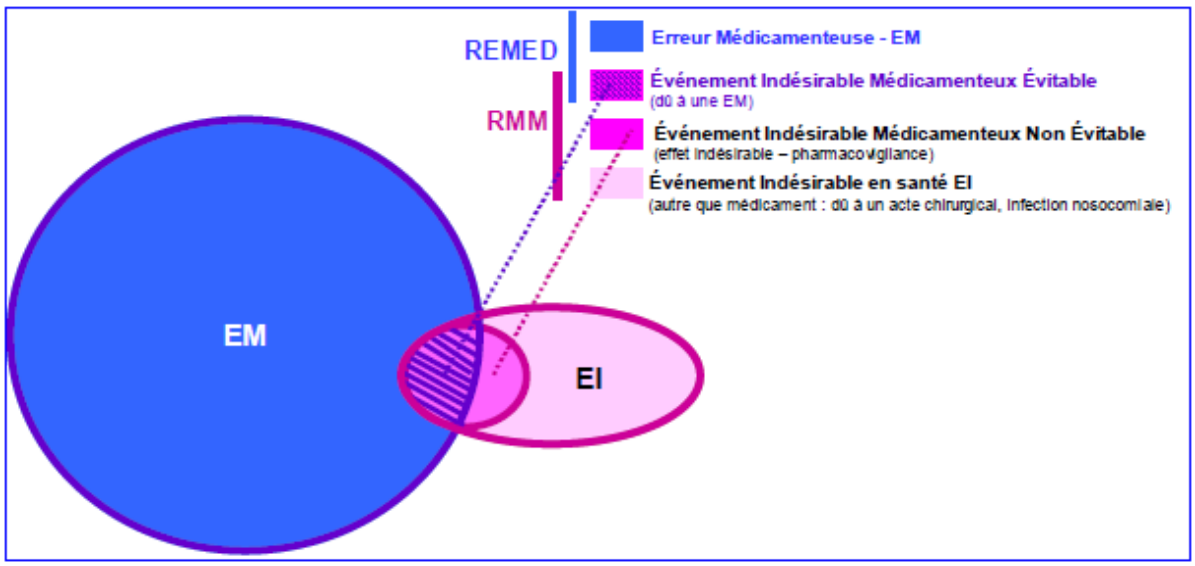


Figure 1. Domaine d'investigation de la REMED et la RMM.

1.1.1.2. Les déterminants de l'iatrogénie médicamenteuse

- L'âge :

On peut admettre que l'âge est associé à une augmentation de la survenue d'événements indésirables. En revanche, la population n'étant pas égale face au processus de vieillissement, l'âge en soi n'apparaît plus comme un facteur de risque essentiel en terme d'iatrogénie. On considèrera plutôt la fragilité médico-psycho-sociale du sujet [4].

Néanmoins, il est démontré qu'avec l'avance de l'âge, un certain nombre de modifications physiologiques pouvaient influencer la survenue d'événements indésirables ; la pharmacocinétique, la pharmacodynamie, le fonctionnement de certains organes (rein), font partie de ces changements liés à l'âge.

S'ajoute à cela le manque d'essais cliniques des médicaments réalisés sur la personne âgée. En effet, pour des raisons plus ou moins valables, les personnes âgées sont souvent exclues des essais cliniques [4] . En résulte une méconnaissance des réactions de cette population face aux principes actifs et une grande difficulté de prescription pour les médecins.

- Polypathologie et polymédication

Le nombre de médicaments prescrits est directement lié au nombre de pathologies. De même, les effets indésirables augmentent avec le nombre de médicaments prescrits. On sait même qu'au delà de quatre médicaments prescrits, la gestion des effets indésirables et des interactions devient très complexe voire impossible. En moyenne, les patients âgés de 65 et plus consomment 3,6 médicaments différents par jour avec pour les plus de 85 ans 4,6 médicaments par jour [5].

- La mauvaise utilisation des médicaments

La mauvaise observance des patients, l'utilisation de produits d'automédication et la prescription des médicaments hors de leur indication, sont autant de facteurs qui favorisent la survenue d'évènements indésirables iatrogènes.

- L'erreur humaine

En milieu hospitalier, une part importante des pathologies iatrogènes résulte d'erreurs médicamenteuses impliquant des dysfonctionnements non intentionnels dans l'organisation du circuit du médicament. Ces dysfonctionnements sont retrouvés à tous les niveaux du

processus, allant de la prescription à l'administration. Un grand nombre de professionnels de santé sont concernés par ce processus.

1.1.2. Chiffres et conséquences

Il est assez difficile de trouver des chiffres qui reflètent parfaitement l'incidence de cette iatrogénie du fait de l'insuffisance de déclaration des évènements indésirables. Néanmoins, un certain nombre d'études prospectives ont déjà été menées et montrent l'envergure du problème.

- Epidémiologie :

De nombreuses études internationales ont analysé le taux d'erreur médicamenteuse dans les hôpitaux. Il est retrouvé un taux variable de 2 à 75% selon les critères et la méthodologie. Les erreurs médicamenteuses peuvent survenir à toutes les étapes du circuit du médicament mais sont principalement retrouvées lors des étapes de prescription et d'administration [6] [7].

En France, la Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du ministère de la santé et le Comité de Coordination et de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA) a mis en place des Enquêtes Nationales sur les Évènements Indésirables graves associés aux Soins (ENEIS) [8]. Les 2 enquêtes ENEIS ont été réalisées respectivement en 2004 et 2009. Elles font un état des lieux des évènements indésirables graves (EIG) survenant en milieu hospitalier. Selon l'enquête ENEIS 2 de 2009, on compte 275 000 à 395 000 évènements indésirables graves par an soit 6,2 EIG pour 1000 jours d'hospitalisation (9,2 en chirurgie et 4,7 en médecine) dont 38% d'entre eux directement liés au médicament (1,5% des séjours hospitaliers).
D'autre part, 20% des EIG se manifestant au cours de l'hospitalisation étaient liés aux médicaments. Par extrapolation, on estime qu'entre 50 000 et 100 000 séjours hospitaliers sont concernés par un EIM en France chaque année.

L'étude EMIR [9] (Effets indésirables des Médicaments : Incidence et Risque, sur les hospitalisations liées à un effet indésirable médicamenteux) menée en 2007 par le réseau des centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) permet une estimation du nombre annuel

d'hospitalisations dues à des effets indésirables de médicament en France à 143 915 ce qui représente un taux d'incidence de 3,6%.
Déjà en 1998, une étude semblable menée par le CRPV avait estimé ce nombre à 130 000 hospitalisations pour une incidence de 3,2%.

L'impact de l'iatrogénie au niveau ambulatoire est plus difficile à évaluer de part le manque d'étude.
Selon une étude réalisée auprès de médecins généralistes en 2001, les cas d'iatrogénie grave représenteraient 2,6 consultations par médecin et par an, ce qui fait environ 120000 cas par an en médecine générale [10].

- Les évènements iatrogènes évitables

Des études ont permis de montrer que les évènements indésirables associés aux soins qui apparaissent dans les établissements de santé sont fréquents, peuvent être graves et le plus souvent évitables [11] [4].
Les EIG évitables surviennent principalement chez les personnes âgées et fragiles. De ce fait, ces populations doivent être principalement ciblées lors de la mise en place de plan d'actions de prévention.
Les principales causes de ces évènements indésirables associés aux soins sont un défaut d'organisation, de coordination ou de communication entre professionnels [12].
Dans l'étude ENEIS, le caractère évitable de chacun des EIG rencontrés a été évalué. Ainsi, l'analyse montrait que la moitié des EIG liés aux médicaments étaient évitables.
Une étude de l'APNET [13] sur les accidents médicamenteux observés dans sept services d'accueil et d'urgences français montre un caractère d'évitabilité par imprudence pour 46,8% des EIM rencontrés. De même plusieurs études épidémiologiques situent la part des EIM évitables entre 30% et 50% [14][15][16][17].

- Le coût de l'iatrogénie

Aux Etats-Unis, une étude [18] réalisée sur 4000 hospitalisations aigues montre que 6% ont présenté un événement iatrogène médicamenteux induisant un augmentation moyenne de 3,4 jours d'hospitalisation par patient soit un surcoût moyen de 3640 $ par EIM. Pour l'ensemble

des patients hospitalisés aux Etats-Unis, les surcoûts hospitaliers liés aux EIM ont été estimés à 1,56-4 milliards de $ par an.
Aux États-Unis, le surcoût par malade serait de 5857 dollars pour les EIM évitables [13].
En France, plusieurs études estiment le coût moyen des EIM entre 4120 [19] et 5305 € [20] par malade, ce qui est proche des données américaines. Le coût hospitalier des seuls EIM admis dans les services d'accueil et d'urgences pour l'ensemble des établissements publics français a été estimé à 636 millions d'euros [21].
En France, les EIM évitables seuls représenteraient 1 à 3% du budget de l'hospitalisation publique.

Toutes ces données montrent l'ampleur du phénomène de l'iatrogénie médicamenteuse et qu'il est très certainement sous estimé de part la sous déclaration des EIM. Ce phénomène coûte cher à la santé des gens et représente une part non négligeable des dépenses de santé publique.
Les autorités ont bien pris conscience du problème. Pour preuve, le rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique fait apparaître quatre objectifs concernant l'iatrogénie (26, 27, 28 et 29). Ces objectifs encouragent à une diminution de tous les événements iatrogènes :

- Objectif 26 : réduire la proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un événement iatrogène de 10 % à 7 % d'ici à 2008.
- Objectif 27 : réduire la fréquence des événements iatrogènes d'origine médicamenteuse, survenant en ambulatoire et entraînant une hospitalisation, de 130 000 par an à moins de 90 000 d'ici 2008.
- Objectif 28 : réduire d'un tiers la fréquence des événements iatrogéniques évitables à l'hôpital et en ambulatoire.
- Objectif 29 : réduire les doses d'irradiation individuelles et collectives liées aux expositions médicales à visée diagnostique, en renforçant la justification des indications et l'optimisation des pratiques.

1.2. Le parcours de soins : nouvelle organisation autour du patient et continuité de la prise en charge médicamenteuse

1.2.1. Le parcours de soins

1.2.1.1. Définition

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 prévention, 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 notion de parcours de soin apparaît avec la loi HPST qui renforce les exigences à atteindre en matière de qualité et de sécurité des soins pour tous les établissements de santé. L'allongement de l'espérance de vie et le progrès médical ont pour corollaire l'augmentation des maladies chroniques. La prise en charge de ces maladies nécessite un grand nombre d'intervenants. Il apparaît donc nécessaire d'organiser tout cela en vue d'optimiser le parcours des patients et des usagers.

La notion de parcours se définit comme la prise en charge globale du patient dans un territoire donné, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix. Ici, l'usager est donc mis au centre du processus de prise en charge.

Le parcours de soin s'inscrit plus largement dans le parcours de santé au sein duquel il est articulé en amont avec la prévention primaire et sociale et en aval, avec l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile.

Plus précisément, le parcours de soin d'un patient représente l'enchainement des étapes de la prise en charge de sa maladie au sein du système de soin.

Consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus (décompensation, exacerbation) et autres prises en charge ; tout l'enjeu pour le patient est le juste enchainement et au bon moment des différentes compétences professionnelles. Cette multiplicité des compétences requiert une coordination renforcée.

Cette notion de parcours de soins, permet ainsi de s'appuyer sur les bonnes pratiques de chaque professionnel mais aussi de développer les actions d'anticipation, de coordination et

d'échanges d'informations entre tous les acteurs impliqués. Il faut garder en mémoire que selon la complexité de la situation et la polypathologie, le nombre de professionnels concernés augmente et une coordination efficace est donc d'autant plus nécessaire.
Les enjeux d'une telle organisation sont de permettre aux personnes d'avoir accès à des parcours lisibles, accessibles, complets et de qualité, afin de :

- permettre une prise en charge globale et coordonnée de leurs besoins,
- répondre à une recherche d'équité et d'égalité à la santé,
- satisfaire la demande des patients et de leur entourage en adaptant les soins et services aux besoins de la population,
- fluidifier la prise en charge,
- rationnaliser et améliorer l'efficience de l'ensemble de l'offre de soin.

Au final, on a une meilleure intégration des différentes dimensions de la qualité des soins : pertinence, sécurité, efficacité clinique, accessibilité, continuité et « point de vue du patient ».
Aujourd'hui, plus de 15 millions de personnes souffrent d'une maladie chronique, et plus de 9 millions sont en ALD (affection de longue durée). Les malades chroniques représentent donc un enjeu majeur. Organiser le parcours de ces personnes vise à leur apporter les services coordonnés nécessaires pour répondre à leurs besoins de prévention et de soins, dans le cadre de dépenses maîtrisées. Pour cela, la HAS propose des outils au service de la prise en charge de certaines de ces maladies chroniques qui ont pour objectif d'en améliorer la qualité. Sont traitées par exemple, la BPCO, la maladie de parkinson, l'insuffisance cardiaque, la maladie rénale chronique, le diabète de type 2 de l'adulte ou encore la fibrillation atriale.
On retrouve par exemple des guides de parcours de soins : un guide, une maladie. Ces guides sont les documents de références qui comportent la description de l'ensemble du parcours de soins d'un patient et notamment le rôle de chaque professionnel et les articulations entre les professionnels ainsi que la démarche diagnostique, le cas échéant le repérage précoce, la prise en charge thérapeutique et le suivi de la maladie.
Ces outils, mis à la disposition des professionnels de santé, favorisent la mise en œuvre mieux coordonnée des bonnes pratiques professionnelles et facilitent le parcours de soins des malades, notamment pour leur suivi.

1.2.1.2. Acteurs et structures du système de soins

Le titre II de la loi HPST permet la réorganisation du système de santé en mettant en place le parcours de soin coordonné qui se décline sur deux niveaux de recours.

- Soins de premier recours :

L'accessibilité aux soins de premier recours est au cœur des priorités de la loi HPST.
Ces soins de premier recours contribuent à l'offre de soins ambulatoires et comprennent :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- l'éducation pour la santé.

Le premier recours remplit donc trois fonctions :

- il est la porte d'entrée dans le système de santé ;
- il permet le suivi des patients et la coordination de leur parcours ;
- il est le relais des politiques de santé publique.

Les acteurs du premier recours sont les professionnels de santé de la ville accessibles en consultation directe.
On distingue les professionnels « pilier du fonctionnement » :

- les médecins généralistes et les médecins spécialistes,
- les pharmaciens d'officine,
- les infirmiers et les chirurgiens dentistes.

Puis les autres professionnels et structures indispensables : kinésithérapeutes, orthophonistes, audioprothésistes, travailleurs sociaux...

- Soins de second recours :

Ils sont dispensés par les médecins spécialistes et les établissements de santé, voire des structures adaptées comme les CHU.
Parmi toutes ces structures, on retrouve :

- Les services d'urgences, présents au sein des hôpitaux et de certaines cliniques. Ils sont la porte d'entrée des hospitalisations « évitables ».
- Les services M.C.O (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) pratiquent littéralement des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mais aussi les activités ambulatoires et la cancérologie. Ils correspondent aux séjours d'hospitalisation de courte durée avec ou sans hébergement ou des affections graves pendant leur phase aigüe. Ces hospitalisations sont pour la plupart programmées.
- Les établissements SSR, de soins de suite et de réadaptation dispensent des soins dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus dans le but d'une réinsertion. Ils accueillent des patients au terme d'un séjour hospitalier, ou des patients dont l'affection nécessite une prise en charge spécifique directement admis en SSR.
- L'HAD, hospitalisation à domicile, est une forme d'hospitalisation de longue durée durant laquelle les soins sont réalisés au domicile du patient. Elle permet de raccourcir une hospitalisation en établissement voire même de l'éviter. Elle couvre des soins trop complexes, trop techniques pour être réalisés en ville pour des personnes qui ont besoin de continuité dans les soins et d'une équipe de coordination pluridisciplinaire.
- L'USLD, unités de soin de longue durée sont des établissements sanitaires destinés à l'hébergement des personnes âgées polypathologiques ayant perdu leur autonomie et dont l'état nécessite une surveillance et des soins médico-techniques constants.
- L'EHPAD, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, sont des structures médico-sociales collectives accueillant des personnes âgées, en perte d'autonomie, qui ne veulent ou ne peuvent plus rester à domicile.

1.2.2. Les points de transitions, points faibles du parcours de soins

L'admission, en urgence ou programmée dans un établissement de santé, la sortie d'un établissement, vers le domicile ou une autre structure, les transferts, dans notre système de santé, les points de transition entre ville et hôpital, sont des périodes de vulnérabilité pour la

continuité de la prise en charge médicamenteuse. Cette vulnérabilité peut engendrer des erreurs médicamenteuses.

Le risque iatrogène lié à cette fragilité aux points de transition du parcours de soin des patients est largement évoqué dans la littérature :

- L'étude EQUIP met en évidence que le risque d'erreurs de prescription est augmenté de 70 % lors de la phase d'admission du patient par rapport à la phase d'hospitalisation [22].
- Pour Wong et al. , 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%) [23].
- Selon l'IHI, 50% des erreurs médicamenteuses surviennent au moment de la rédaction d'une nouvelle ordonnance à l'entrée ou à la sortie du patient de l'hôpital.
- A. Brulebois établit cette fréquence à 61% lors de la sortie d'un patient en comparant la liste recherchée à l'admission au traitement de sortie, après prise en compte des modifications d'hospitalisation [24].
- J. Lee et al. montrent que 62% des patients, lors d'un transfert au sein de l'établissement de santé, présentent au moins une erreur médicamenteuse [25].

Cette vulnérabilité est souvent la conséquence d'un déficit en communication entre les professionnels à l'interface ville – hôpital et hôpital - ville. On trouve dans la littérature de nombreuses sources sur ce sujet :

- Une étude réalisée au Canada, montre que 65% des problèmes liés aux médicaments sont dus à des lacunes dans les transferts d'informations entre les professionnels de ville et de l'établissement de santé [26].
- Kripalani S. et al. [27], relatent que les déficits de communication et de transfert de l'information à la sortie de l'hôpital sont fréquents et qu'ils peuvent affecter la qualité de prise en charge des patients.

La problématique de la continuité de la prise en charge médicamenteuse sur tout le parcours de soins du patient et notamment aux ponts de transition est un enjeu majeur de santé publique. Afin d'améliorer la collaboration entre professionnels de santé du parcours de soins

du patient (soins de premier recours, sanitaires et médico-sociaux), de nouvelles pratiques de travail pluri professionnelles telles que la conciliation médicamenteuse et de nouvelles technologies telles que le Dossier Pharmaceutique sont en cours de déploiement.

Partie 2. La pratique de conciliation médicamenteuse pour garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse

2.1. Le contexte

En 2006, l'Organisation Mondial de la Santé (OMS) initie le projet High 5s. Le projet a pour mission d'améliorer la sécurité des patients au sein de leur parcours de santé par la mise en œuvre et l'évaluation de pratiques standardisées dans les établissements de santé [28]. Cinq problèmes sont abordés :

- les médicaments concentrés injectables,
- la sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins,
- la prévention des erreurs de site et de procédure en chirurgie,
- les erreurs de communication au cours du transfert des patients,
- la lutte contre les infections associées aux soins.

Sous la coordination de la Haute autorité de santé (HAS) la France rejoint en 2009 « High 5s » pour deux de ces protocoles dont « la sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins » nommé Med'Rec pour «Medication Reconcilation ». Ce projet cible les patients âgés de plus de 65 ans admis par les urgences et conciliés dans les 24h après admission avec un objectif d'étendre la conciliation médicamenteuse aux autres points de transition. L'OMEDIT Aquitaine accompagne, depuis 2012, les 9 établissements de santé français participant au projet Med'Rec : CH de Lunéville, de Compiègne, d'Aubusson, de St Marcellin, CHU de Nîmes, de Strasbourg, de Paris –Bichat, de Grenoble et de Bordeaux [29].

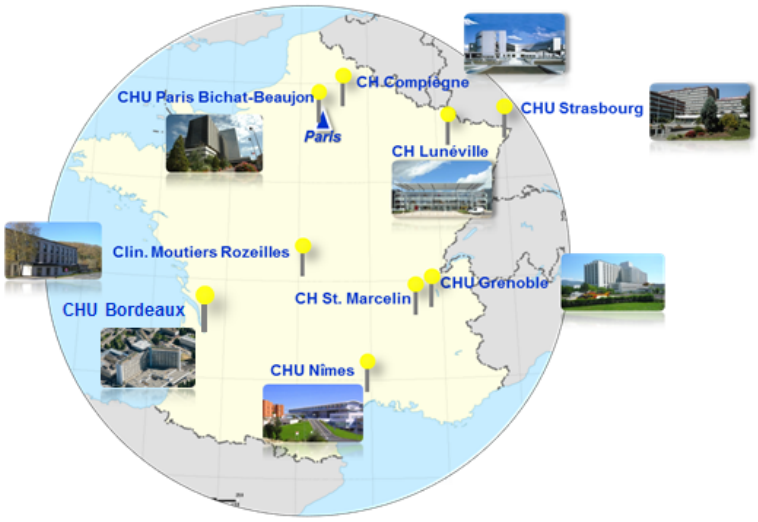


Figure 2. High 5s' en France.

Au niveau international, 50 hôpitaux volontaires participent au projet dans 5 pays accompagnés : Allemagne – USA – Australie – Pays Bas – France.

Ce protocole a pour but de prévenir les erreurs résultant de déficits en échange d'informations aux points de transition du parcours de soins du patient.

Rajoutons qu'en France, toujours afin de garantir plus de sécurité dans la prise en charge médicamenteuse du patient, les établissements de santé sont incités à mettre en œuvre une politique de sécurisation des soins et de gestion des risques. Ainsi, dans la certification HAS V2010, le critère 20a bis, classé comme pratique exigible prioritaire, stipule que la continuité du traitement médicamenteux doit être organisée de l'admission jusqu'à la sortie, transfert inclus [30]. De plus, l'arrêté du 6 avril 2011 rend obligatoire la mise en place dans les établissements de santé d'un système de management de la qualité et précise que la prescription doit garantir la continuité et la qualité de la prise en charge médicamenteuse [31].

Plus récemment, le programme national pour la sécurité des patients (PNSP) *(instruction DGOS/PF2/2013/298 du 12 juillet 2013)* préconise un développement de la culture de risques et de sécurité des soins par des professionnels dans le cadre de la relation d'équipe et en association avec le patient.

Voilà un contexte idéal pour la mise en place et le développement de la conciliation des traitements médicamenteux au sein des établissements de santé.

2.2. Définition du concept

La conciliation des traitements médicamenteux peut être définie comme un processus interactif et pluri professionnel qui garantit la continuité des soins au patient par la prise en compte lors de toute nouvelle prescription des traitements en cours. Cette pratique ne peut être séparée de la prise en charge médicamenteuse du patient. Elle faisait déjà partie de la pratique médicale mais sans être réellement structurée ou bien appréhendée. Il va de soi que la question des antécédents médicaux, de la prise ou non prise de médicament par le patient se pose depuis déjà bien longtemps lors de la prescription d'une nouvelle ordonnance. En revanche, si le raisonnement existe, c'est la méthode et les résultats qui sont nouveaux.

Pour assurer la continuité des soins, il faut que la liste exhaustive et complète des médicaments pris par le patient, appelé Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO), soit connue du prescripteur pour qu'il puisse en tenir compte en vue d'une nouvelle prescription. Il faut donc que tous les médicaments, qu'ils soient prescrits ou pris en automédication, soient identifiés. Il faut aussi que pour chacun d'entre eux soient précisés le nom, le dosage, la forme galénique, la posologie et la date d'initiation des traitements.

Pour arriver à un degré suffisant de complétude et d'exhaustivité, une collaboration structurée et active des professionnels de santé consultés par le patient est indispensable d'où la notion de pluri professionnalité. Avec la conciliation médicamenteuse, la collecte d'informations devient active et ne se cantonne pas au seul entretien avec le patient ; elle s'appuie sur la consultation d'autres professionnels de santé et d'autres données qui sont croisées pour obtenir un résultat plus sûr.

La démarche de conciliation consiste en fait à comparer le Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO) à l'Ordonnance des Médicaments rédigée à l'Admission du patient (OMA). Les divergences observées entre BMO et OMA doivent impérativement être documentées ou corrigées. Correctement structurée et menée, la démarche aboutit à la rédaction d'une prescription mieux sécurisée, sans omission et sans surdosage.

Cette définition est surtout valable pour la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission dans un établissement de santé. Celle-ci se retrouve aussi à la sortie d'un établissement ou lors d'un transfert intra ou inter établissement. Lors de l'étape de sortie, elle consiste plus à informer et éduquer le patient ou son entourage sur sa maladie et les changements dans son traitement médicamenteux ainsi qu'à transmettre les informations

nécessaires à la bonne prise en charge du patient aux autres professionnels de santé concernés : médecin traitant, pharmacien d'officine, infirmière…

2.3. Les objectifs de la conciliation médicamenteuse

L'objectif de la conciliation médicamenteuse est de garantir la continuité des soins pour sécuriser la prise en charge du patient à l'admission, lors de transfert et/ou à la sortie d'hospitalisation de par une transmission de l'information médicamenteuse entre les professionnels de santé et entre la ville et l'hôpital. Elle vise à réduire la fréquence des accidents iatrogènes évitables, à améliorer la prescription par diminution des médicaments inappropriés et contribue ainsi à la maitrise des dépenses de santé [32].

2.4. Le déroulement du processus

2.4.1. Conciliation médicamenteuse à l'admission

La conciliation des traitements médicamenteux à l'admission en établissement de santé peut être de deux types.

Figure 3. Les deux modes de conciliation médicamenteuse.

- **Proactive** : lorsque le BMO (bilan médicamenteux optimisé) est établie avant la rédaction de l'ordonnance médicamenteuse d'admission (OMA) par le prescripteur. C'est la pratique idéale et la plus simple. En effet, le prescripteur disposant par avance du BMO le prend en compte directement pour rédiger l'OMA. Il n'y a pas d'écart observé entre les deux documents. Il s'agit d'une méthode de prévention des erreurs médicamenteuses liées à l'étape de transmission des informations entre professionnels. Elle contribue à la fois au diagnostic en éclairant le médecin notamment sur les posologies et à l'optimisation des traitements en évitant les erreurs médicamenteuses liées en particulier à une rupture ou à un rajout injustifié.

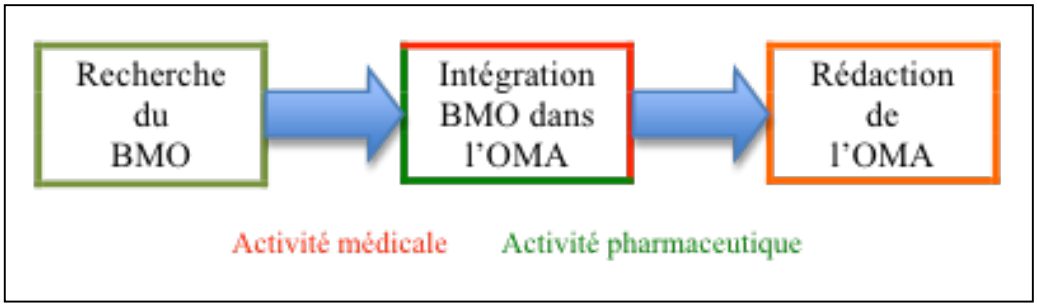


Figure 4. CTM, mode proactif.

- **Rétroactive** : le BMO est établi après la rédaction de l'OMA. Ici, le niveau de risque de survenue d'erreur médicamenteuse est plus élevé.

Le prescripteur ne pouvant intégrer le BMO à sa première prescription et ne disposant au mieux que d'un bilan partiel des médicaments pris par le patient, il existe un retard dans la juste prise en charge médicamenteuse du patient et donc une augmentation du risque.

Ici, il y aura comparaison du BMO et de l'OMA avec si nécessaire une correction des divergences détectées grâce à une collaboration médico-pharmaceutique. Le mode rétroactif permet d'intercepter les erreurs médicamenteuses.

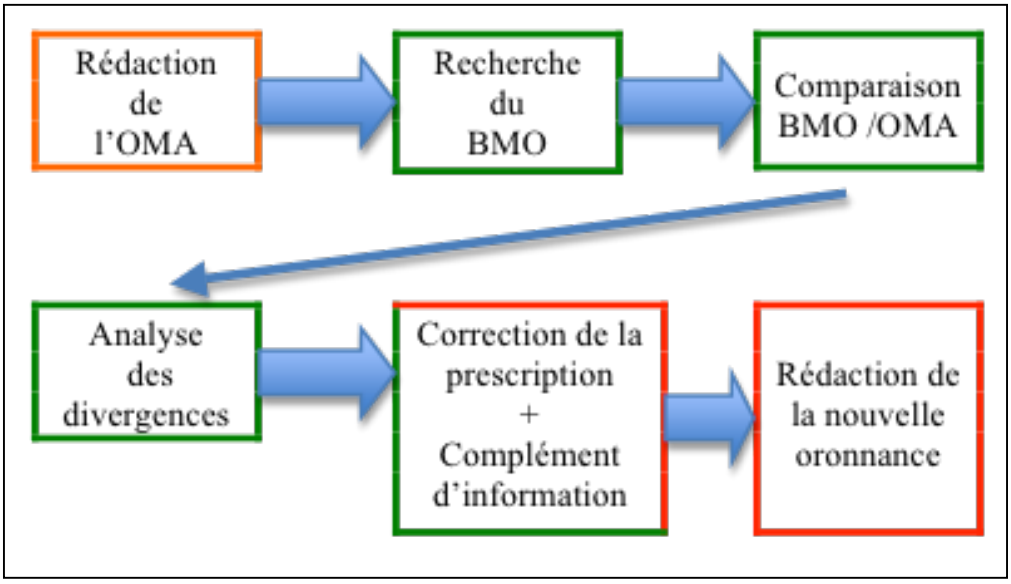


Figure 5. CTM, mode rétroactif.

Ces deux modes de conciliation sont complémentaires. Ils suivent plusieurs étapes que nous allons détailler en nous appuyant sur l'expérience du centre hospitalier de Lunéville, un des premiers hôpitaux à avoir adopté ce mode de fonctionnement dans le cadre du protocole MED'REC.

• La première étape est la recherche des informations nécessaires à la formalisation du bilan médicamenteux optimisé (BMO). Plusieurs sources sont à disposition des praticiens :

- un entretien standardisé avec le patient ou son entourage. Il s'agit d'une étape clé. Il se déroule dans une atmosphère calme afin d'établir une relation de confiance avec le patient. Il permet de discuter des traitements habituels du patient prescrits mais également d'automédication. Il convient de demandez au patient s'il a apporté une d'anciennes ordonnances. L'interrogatoire permet également d'évaluer l'observance du patient, la présence d'aide à domicile pour la préparation des médicaments qui seront utilisés afin de cibler les conciliations de sortie prioritaires. Il est à noter que le patient ne constitue pas une source d'information totalement fiable du fait d'une possible mauvaise compréhension de son traitement [33].

- L'analyse de la « pharmacie du patient » qui correspond aux traitements personnels apporté par le patient.

- La consultation d'autres professionnels de santé, dont le pharmacien d'officine « référent », permettant d'obtenir l'ensemble des ordonnances en cours de validité (médecin traitant, spécialiste, médecins hospitaliers, personnel d'EHPAD, etc.), les médicaments pris en automédication et de réaliser un historique médicamenteux en tant que de besoins.
- Divers documents : ordonnances apportées par le patient, les comptes rendus de sortie des précédentes hospitalisations, lettre du médecin traitant…

- Le dossier pharmaceutique : il s'agit d'un dossier informatique, créé et consulté par le pharmacien, avec l'accord du patient. Il permet de mettre à jour l'historique global du patient, c'est-à-dire issu de toutes les officines où le patient s'est vu délivrer des médicaments prescrits par un médecin ou achetés librement, dans les quatre derniers mois. Les pharmaciens y inscrivent les noms des médicaments délivrés, le nombre de boîtes et la date de dispensation et alimentent ainsi les bases centrales de l'hébergeur agréé du DP. Pour cela, la Carte de Professionnel de Santé (CPS) du pharmacien et la carte Vitale du patient sont utilisées conjointement.

Pour obtenir la juste liste des médicaments, quatre paramètres sont à prendre en compte : accessibilité, disponibilité, exhaustivité et complétude sont les critères utilisés pour évaluer la qualité des sources d'informations [34].
Pour un résultat plus sûr, il faut combiner plusieurs sources, au moins trois, l'idéal étant d'en croiser cinq.
La finalité de cette étape est donc un bilan médicamenteux formalisé qui répertorie les noms, dosages, formes galéniques, voies d'administration et posologies pour tous les médicaments prescrits ou non par un médecin et susceptibles d'être pris par le patient [35].

- L'étape suivante, consiste à intégrer le BMO à l'ordonnance d'admission. Comme vu plus haut, en mode proactif, la prise en compte du BMO permet de rédiger directement la juste OMA ; c'est une méthode préventive.

En mode rétroactif, l'OMA est déjà rédigée depuis 24 à 48 heures lorsque que le BMO est disponible [36][37]. Il conviendra alors de comparer le BMO à l'OMA pour intercepter les éventuelles divergences. Ce mode de conciliation étant plus complexe et plus fréquemment rencontré dans les établissements, c'est lui que nous développerons par la suite [38]. BMO et OMA sont mis face à face dans un document formalisé, appelé « fiche de conciliation », un statut est renseigné à chaque ligne de prescription : arrêté, modifié, suspendu, poursuivi, ajouté (voir annexe 1).
Le statut correspond à une décision médicale et doit être appuyé par une trace dans le dossier médicale du patient. On considère ainsi la ligne comme « documentée ».
Une ligne sans statut c'est à dire qui ne figure pas dans le dossier médical du patient sera quant à elle mentionnée « non documentée ».
Enfin, vient la validation de chaque ligne. Les lignes sans écart ou avec écart documenté entre BMO et OMA sont considérées comme « valides ». En revanche, les lignes qui comportent un écart non documenté sont qualifiées de « divergences » et doivent être communiquées au prescripteur.

- La dernière étape de la conciliation est réalisée en collaboration par le binôme médecin/pharmacien. Il s'agit de caractériser et de corriger si besoin les divergences constatées à l'étape précédente.

Elles peuvent être :

- Intentionnelle : la divergence est le fruit d'une décision médicale prise en connaissance de cause par le prescripteur. En revanche, cette décision n'est pas renseignée dans le DMP ce qui peut occasionner un biais d'interprétation de la décision et donc une erreur médicamenteuse.
- Non intentionnelle : par méconnaissance du dossier médical du patient, le prescripteur ajoute, arrête ou modifie involontairement le traitement médicamenteux pris habituellement par le patient. Ces divergences correspondent à des erreurs médicamenteuses potentiellement génératrices d'évènements indésirables médicamenteux.

Cette coopération médecin/pharmacien permet également d'évaluer la pertinence des traitements du patient. Cette action permet de retirer des médicaments inutiles voire inappropriés et de supprimer le risque iatrogène voire des situations iatrogènes à l'origine d'hospitalisation.

Il faut ensuite apporter les corrections nécessaires à la prescription pour obtenir la juste ordonnance et éviter la survenue d'évènements indésirables.

Il ne s'agit pas avec cette démarche de remettre en cause la qualité des prescripteurs mais bien d'améliorer le système d'information aux points de transitions du parcours de soin pour leur offrir de meilleures conditions de prescription. De même, on ne demande pas aux prescripteurs de justifier leurs prescriptions mais bien de les rendre plus explicites pour éviter la survenue d'erreurs en aval.
La conciliation des traitements médicamenteux est donc un moyen d'améliorer la prise en charge médicamenteuse du patient en prévenant ou en interceptant la survenue d'erreurs médicamenteuses liées à la mauvaise circulation des informations.

2.4.2. La conciliation médicamenteuse à la sortie

Ici, la finalité de la conciliation est de transmettre les éléments nécessaires à la bonne compréhension de la situation médicamenteuse du patient au moment de la sortie de l'établissement de santé, d'une part au patient et d'autre part aux soignants qui le prennent en charge après sa sortie de l'établissement [34][39].

Pour se faire, plusieurs étapes standardisées sont à suivre :

Lorsque la décision médicale de sortie du patient est prise, le médecin rédige les documents de sortie dont une fiche provisoire de conciliation des traitements médicamenteux de sortie. Dans ce document, est renseigné d'un côté le bilan médicamenteux avant l'hospitalisation, et de l'autre la liste des médicaments prescrits au patient pour le retour à domicile ou dans un autre établissement. A chaque ligne, il est mentionné si le médicament est poursuivi, ajouté ou arrêté accompagné d'une justification pour les modifications de traitement.

- Lors de l'entretien pharmaceutique de sortie, le professionnel de santé transmet au patient ou à son entourage, une information sur les changements de traitement et leur justification ainsi que des renseignements adaptés à la gestion pratique de son traitement au quotidien. Il est possible de lui remettre un plan de prise afin d'améliorer l'observance.

- La fiche de conciliation de sortie (voir annexe 2) est archivée dans le dossier du patient et une fiche de liaison est envoyée aux professionnels de santé de ville (médecin traitant, pharmacien d'officine) avant la sortie du patient (voir annexe3).

Toujours dans le souci de garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient, la conciliation médicamenteuse en sortie d'établissement permet dans un premier lieu de faire le bilan sur l'évolution du traitement médicamenteux du patient au cours de l'hospitalisation. Correctement formalisé et documenté ce bilan explicite permet la transmission en temps utile d'une information validée :

- au patient qui pourra poursuivre sereinement son traitement à domicile,
- au pharmacien d'officine qui pourra optimiser son acte de dispensation,
- au médecin traitant qui pourra intégrer les modifications apportées à sa nouvelle prescription.

Tout comme la conciliation à l'admission c'est un processus interactif qui fait interagir les professionnels de santé au sein même de l'établissement et les professionnels de santé entre la ville et hôpital.

2.5. Les apports de la conciliation médicamenteuse dans la continuité de la prise en charge médicamenteuse des patients

En s'appuyant sur plusieurs études menées dans différents établissements de santé français, on peut déjà faire plusieurs constatations à propos du processus de conciliation médicamenteuse et de ses résultats.

- Les patients inclus :

On observe dans la plupart de ces études que les patients inclus dans le processus de conciliation médicamenteuse sont âgés de plus de 65 ans [38] [36] [40] [41] [42] [43]. Ainsi le projet Med'Rec cible les personnes âgées de plus de 65 ans, hospitalisées en service de court séjour après un passage aux urgences.
Dans certains cas, ce sont des raisons organisationnelles qui justifient de ne pas inclure tous les patients hospitalisés.
Le choix s'avère judicieux de choisir la tranche d'âge des plus de 65 ans pour la mise en place de ce processus. En effet on constate chez cette population une augmentation du nombre de pathologies et de ce fait une augmentation du nombre de médicaments prescrits. Polypathologie et polymédication ajoutées à une fragilité accrue chez les plus âgés sont autant de facteurs qui augmentent la survenue d'événements iatrogènes. Avec sept à huit lignes de prescription par patient à l'admission dans les établissements de santé, on imagine toutes les difficultés que peuvent rencontrer les prescripteurs pour rédiger une ordonnance sûre sans connaître l'historique médicamenteux des patients [36][38][42][41]. De plus, d'après la SFPC, la conciliation est particulièrement indiquée pour des populations à plus haut risque de iatrogénie comme les personnes très âgées polymédiquées, les enfants et adolescents, les malades chroniques, les patients hospitalisés en urgence et les personnes handicapées [44].

De même à la sortie des établissements, le nombre de médicaments prescrits est sensiblement égal mais le traitement comporte souvent des réévaluations de traitements et donc des modifications [45][46]. Les difficultés sont alors pour les professionnels de santé de ville qui prennent la suite dans la prise en charge du patient.
Le processus de conciliation médicamenteuse a donc bien toute sa place aux étapes de transitions du parcours de soins des patients de plus de soixante-cinq ans.

La mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse a été particulièrement active en médecine, chirurgie, psychiatrie, soins de suite et réadaptation et EHPAD.

- Les sources d'informations utilisées pour la rédaction du BMO.

Pour la rédaction de la juste liste des médicaments pris par le patient, il est indispensable d'utiliser plusieurs sources d'informations. Ainsi, l'équipe du CHU d'Amiens consulte en moyenne 3,6 sources d'informations et l'équipe du HIA de Legouest consulte en moyenne 4,6 sources pour formaliser le BMO [43][40].

D'après les travaux d'E.Dufay au Centre hospitalier de Lunéville et du consensus du groupe Med'Rec, la combinaison de trois sources est un minimum et on considère que cinq sources permettent une plus grande confiance dans le résultat [34].
Il existe un bon nombre de sources permettant d'obtenir des informations sur le traitement du patient:

- Entretien avec le patient
- Entretien avec la famille
- Pharmacien d'officine
- Médecin traitant
- Lettre du médecin traitant
- Lettre au médecin traitant
- Dossier pharmaceutique
- Ordonnances apportées par le patient
- Fiche de liaison de l'EHPAD
- Médecin spécialiste
- Infirmière
- Dossier médical patient antérieur
- Historique informatique de prescription

L'enjeu n'est pas de consulter toutes ces sources mais bien de choisir les « meilleures » d'entre elles. Rappelons que pour être une bonne source d'information il faut qu'elle soit :

- accessible,
- disponible,
- la plus exhaustive possible,
- la plus complète possible.

Le choix est donc déjà limité à la base par l'accessibilité des sources. Par exemple, seulement une minorité de patients sont pensionnaires d'EHPAD ce qui en fait une source rarement accessible [34]. En revanche, un pharmacien « référent » c'est à dire qui délivre les médicaments du patient habituellement, existe dans plus de 90% des cas [36][34].

Une source accessible doit ensuite être disponible, c'est à dire consultable facilement. Par exemple, bien qu'un grand nombre de patients aient en leur possession d'anciennes ordonnances, il arrive qu'ils ne les emmènent pas le jour de l'hospitalisation. Cette source devient donc inexploitable. Un professionnel de santé non joignable devient une source non exploitable. Parmi les professionnels de santé de ville, le pharmacien d'officine fait partie des plus disponibles [34][47].

L'exhaustivité d'une source est sa capacité à transmettre la totalité de la liste des médicaments prescrits ou non, pris ou non pris par le patient au moment de l'admission en établissement. Ici aussi, le pharmacien d'officine est en bonne place, car il s'appuie sur l'historique du patient enregistré dans la base de données de son logiciel métier. De plus, il a connaissance du traitement habituel du patient mais aussi des médicaments d'automédication qui lui sont délivrés. D'autres sources montrent certaines limites. Par exemple, la lettre du médecin traitant s'avère parfois imprécise (50%) selon l'équipe du HIA de Clermont-Tonnerre.

Enfin, la complétude est le fait d'apporter pour chaque médicament cité, des informations complémentaires à savoir, le dosage, la posologie, la forme galénique ou encore la voie d'administration. Les sources les plus complètes sont, les logiciels des EHPAD, les ordonnances amenées par le patient, le pharmacien d'officine et le médecin traitant [34][47].

Les données de la littérature française permettent d'affirmer que le pharmacien d'officine « référent » reste la source la plus souvent consultée et fait partie des plus fiables [36][38][43]. En effet, accessible pour la quasi totalité des patients, très disponible et offrant une haute qualité d'information, il est le professionnel de santé incontournable pour la recherche de la juste liste des médicaments. Une autre source se démarque lorsqu'elle existe, l'EHPAD qui offre des informations d'une complétude et d'une exhaustivité parfaites [34].

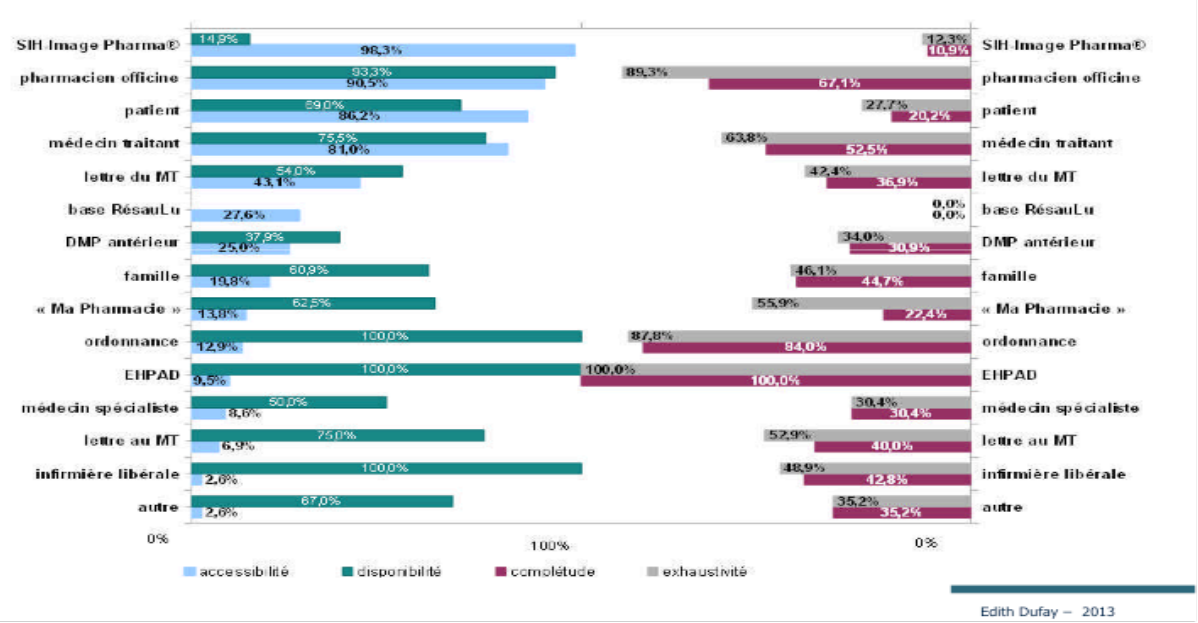


Figure 6. Sources d'informations : résultats d'une étude menée au CH de Lunéville.

Toutes les études montrent que le choix des sources est important et qu'il est indispensable de les croiser pour obtenir un bilan exhaustif et complet. On constate aussi que les professionnels de santé de ville comme les pharmaciens d'officine et les médecins traitant sont sollicités lors de la conciliation médicamenteuse et que leur implication est indispensable. La conciliation médicamenteuse contribue donc à renforcer le lien entre ville et hôpital. De plus une étude montre que la totalité des professionnels de santé de ville, médecins traitant et pharmaciens d'officine sont totalement satisfaits de la démarche et souhaitent la développer [39].
Elle montre aussi que cette activité de lien ville - hôpital est encore trop méconnue par ces professionnels [39]. On imagine bien la marge de progression du renforcement de ce lien entre médecine de ville et hôpital.

- La typologie des divergences interceptées et corrigées par la conciliation médicamenteuse :

Lors de la conciliation rétroactive, il y a comparaison entre BMO et OMA. Dans tous les articles étudiés, on constate que les divergences entre ces deux documents sont nombreuses et fréquentes. Les divergences importantes à relever sont les divergences intentionnelles non documentées (DIND) et les divergences non intentionnelles (DNI) qui sont par définition toujours non documentées. Les divergences intentionnelles documentées sont quant à elles reconnues comme décisions médicales explicites et ne font donc pas l'objet de réévaluation.

Les divergences intentionnelles, trop souvent non documentées sont susceptibles de générer des erreurs par la suite. Elles se définissent comme des erreurs potentielles.
Au centre hospitalier de Lunéville, on trouve 0,99 divergences intentionnelles non documentées par patient dans les deux études réalisées. A l'hôpital d'instruction des armées (HIA) Clermont-Tonnerre, 97% des divergences intentionnelles sont non documentées. Ces deux données montrent que la prescription n'est pas assez explicite. Un consensus n'étant pas formalisé sur la « documentation » des informations, cet indicateur est difficile à interpréter. En revanche, on peut tout de même dire que le processus de conciliation encourage les prescripteurs à joindre des informations plus complètes au dossier médical du patient lors d'une modification de traitement. Cela permet un gain de temps et de confiance pour l'équipe pharmaceutique qui traite la prescription.

Les divergences non intentionnelles sont considérées comme des erreurs médicamenteuses. Elles sont dues au manque d'informations disponibles pour le prescripteur lors de la rédaction de l'OMA. Les résultats constatés dans plusieurs études parlent d'eux même :

	CHU Bordeaux gériatrie [41]	HIA Legouest [40]	CHU Rouen [42]	CHU Amiens [43]	CH Lunéville Partie 1 [38]	CH Lunéville Partie 2 [38]	HIA Clermont-Tonnerre [36]	CHU Strasbourg [48]	CH Bayeux [49]
Nombre de patients conciliés	123	49	200	200	606	353	61	256	37
Nombre de DNI	65	69	118	323	582	519	38	173	30
Patients avec DNI	30,9%	36%	58%	NC	45,7%	60%	41%	33,2%	43%
DNI / patient	0,52	1,4	0,6	1,6	0,96	1,47	0,62	0,6	0,8

Tableau 1. Les divergences non intentionnelles dans la conciliation des traitements médicamenteux

On observe à travers ces chiffres, qu'un grand nombre de divergences non intentionnelles sont interceptées. Un minimum de 30,9% des patients conciliés sont concernés par au moins

une DNI ; ce chiffre atteint 60% au centre hospitalier de Lunéville. On observe en moyenne, presque une DNI par patient concilié.
La littérature internationale donne des valeurs similaires. Au Canada, 38% [50] et 54,6% [51] des patients conciliés recensent au moins une erreur médicamenteuse. En Suède, ce chiffre est estimé à 47% [52] et en Belgique, deux études l'évaluent respectivement à 60,4% et 81,9% [53][54].

Les omissions de médicament sont les divergences les plus fréquentes suivies par les erreurs de posologie, les modifications de dosage et les ajouts de spécialités [37][43][42][41].
Autre donnée intéressante, un étude menée par une équipe américaine de médecins montre que 87% des listes de médicaments établies par le service des urgences contiennent au moins une erreur médicamenteuse chez les patients âgés de 65 ans et plus [55].

A la vue de ces résultats, on peut donc affirmer :

- que le déficit en transfert d'informations est responsable d'un grand nombre d'erreurs médicamenteuses.
- que la conciliation médicamenteuse rétroactive à l'admission permet d'intercepter ces erreurs en temps utile.

• L'impact clinique des erreurs médicamenteuses interceptées et corrigées par la conciliation médicamenteuse :

Plusieurs études discutent de la gravité et des conséquences potentielles de ces erreurs médicamenteuses sur les patients. La méthode consiste souvent à faire analyser les erreurs d'une part par un médecin et d'autre part par un pharmacien. Les résultats sont ensuite comparés.
Les médicaments les plus souvent concernés par les divergences sont respectivement ceux du système cardiovasculaire, du système nerveux central, les collyres, régulièrement omis et les analgésiques [40][41][43].
Pour l'HIA Clermont-Tonnerre, entre 50% et 76% des cas sont jugés comme pouvant avoir des conséquences cliniques sur les patients [36]. Au CHU de Rouen, 51% des divergences sont jugées comme pouvant avoir un impact clinique significatif et 32% un impact sérieux par le pharmacien contre 49% et 17% par le médecin ; leur avis concordent dans 60% des cas [42].

Dans la littérature étrangère, Cornish et al. [51] ont montré que 38,6% des DNI auraient pu provoquer un inconfort modéré à sévère ou une détérioration clinique ; Pinpins et al.[56] ont montré que 27 % des DNI détectées étaient potentiellement préjudiciables pour les patients avec 6,3 % des DNI évaluées comme étant à haut risque. Une autre étude montre que les conséquences cliniques des DNI se produisant à l'admission pouvaient être aggravées lorsqu'elles n'étaient pas résolues avant la sortie de l'établissement [57].
Les conséquences cliniques de ces erreurs médicamenteuses, au-delà du préjudice apporté au patient, peuvent occasionner des soins supplémentaires, une surveillance médicale accrue, aboutir à des prolongations de séjour hospitalier ou même des ré hospitalisations [41][58].
Le groupe Med'Rec / High'5s a élaboré et validé un outil de cotation robuste de l'impact clinique des erreurs médicamenteuses interceptées et corrigées par la conciliation médicamenteuse. La publication de l'algorithme est en cours de soumission.
La communication des divergences au prescripteur aboutit le plus souvent à une modification de l'OMA (75% au CHU d'Amiens, 71% HIA Legouest) [43][40].

La conciliation médicamenteuse à l'admission, en interceptant les erreurs médicamenteuses permet :

- la correction des erreurs en temps utile,
- d'éviter la survenue de dommages cliniques pour les patients,
- de diminuer le taux de ré hospitalisation et de prolongation de séjour.

• Une nécessaire réorganisation du processus de la prise en charge médicamenteuse du patient sur le parcours de soins.

Après avoir énumérées et détaillées les étapes du processus de conciliation des traitements médicamenteux rétroactif, on se rend facilement compte que cette pratique demande du temps aux équipes médicales et pharmaceutiques. C'est le même constat qui est fait dans les expériences étudiées.
C'est l'étape d'investigation qui est la plus chronophage. On inclut ici dans le temps de recherche, l'entretien avec le patient qui constitue une source d'informations importante.
En moyenne, il faut entre 30 et 49 minutes pour formaliser le BMO d'un patient [41][43][36][40][38]. Le temps nécessaire pour les étapes suivantes est fonction du nombre de divergences trouvées.

Lorsque la conciliation est dite proactive, les étapes d'analyse des divergences et de leur correction sont le plus souvent absentes. La conciliation proactive et donc moins coûteuse en temps.

Le temps nécessaire à la mise œuvre de ce processus constitue une contrainte en terme d'organisation dans certains services ou pour généraliser cette pratique à tous les patients.
Il y a de fait, des répercussions économiques mais peu de données sont disponibles à ce sujet. On peut tout de même s'appuyer sur une étude pharmaco-économique menée aux Etats-Unis qui montre qu'un surcoût moyen de 12,20€ par patient est occasionné par la pratique de conciliation [59].
Le temps pris par la pratique de conciliation engendre :

- une réorganisation du travail,
- un coût économique.

• Des exemples de résultats concrets d'erreurs médicamenteuses évitées par la conciliation médicamenteuse:

1ER exemple :

Une patiente âgée de 68 ans est hospitalisée dans un service de médecine, il s'agit d'une hospitalisation programmée. La patiente est suivie régulièrement en consultation dans le même établissement.
L'état des lieux réalisé lors de l'admission révèle que le médecin possède l'ordonnance du médecin traitant apportée par la patiente (datant de 3 semaines) et des comptes rendus médicaux des dernières hospitalisations. Il a réalisé un entretien avec la patiente qui semblait connaitre ses traitements habituels, mentionnées sur l'ordonnance apportée. Le médecin pense ainsi avoir la liste exhaustive des traitements habituels de la patiente.
Lors de la réalisation de la conciliation médicamenteuse, le pharmacien détecte la suppression de deux médicaments antidépresseurs dans l'OMA par rapport au BMO réalisé. En effet ces traitements antidépresseurs étaient prescrits par le médecin spécialiste et non repris dans l'ordonnance du médecin traitant. Ceci permet de mettre en évidence les problèmes de liaison entre le médecin traitant et le médecin spécialiste et la non exhaustivité des comptes rendus médicaux qui ne mentionnent pas toujours l'ensemble des traitements habituels.

Le même acte de conciliation médicamenteuse aurait pu être réalisé par le pharmacien d'officine avant l'entrée en hospitalisation.

2ème exemple :

Un patient jeune est hospitalisé dans un service de chirurgie orthopédique pour une opération programmée. Lors de la visite pré anesthésique réalisée quatre jours avant l'hospitalisation, aucun traitement habituel n'est relevé à l'anesthésiste qui n'a pas eu accès au DP.
Le chirurgien pense ainsi connaitre la liste exhaustive des traitements pris par le patient lors de son admission dans le service de chirurgie. Lors de la réalisation de la conciliation médicamenteuse à l'admission, le pharmacien apprend que le patient a pris en automédication 2g/j d'aspirine pendant deux jours consécutifs. L'opération prévue le lendemain a été annulée au vue des risques hémorragiques. Cet exemple permet d'illustrer la méconnaissance du patient des risques concernant la prise de certains médicaments avant une opération chirurgicale.

Toutes ces données montrent que le temps, l'énergie et l'argent dépensé pour le processus de conciliation des traitements médicamenteux ne sont pas vains. En effet, ces études vont toutes dans le même sens et sont unanimes pour dire que la CTM est un outil de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse permettant de prévenir et d'intercepter les erreurs médicamenteuses.
Cette pratique met aussi largement en valeur les conséquences du cloisonnement entre la ville et l'hôpital. Elle permet justement d'encourager une ouverture des professionnels de santé de ces deux univers en leur permettant de travailler ensemble pour les bienfaits du patient. Le pharmacien d'officine s'avère être un professionnel de choix pour composer la juste liste des médicaments. Par sa position auprès des patients, il est en effet incontournable dans sa prise en charge médicamenteuse et de fait indispensable à la pratique de conciliation médicamenteuse.
La CTM, à l'admission et à la sortie des établissements de santé, est une procédure standardisée de coordination entre médecine de ville et hôpital. La conciliation médicamenteuse, qui répond à une logique de parcours, n'est pas réservée uniquement aux établissements de santé, et doit favoriser la collaboration pluri professionnelle pour garantir la continuité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse à tout moment du parcours de soins.

L’optimisation des moyens de communication entre les professionnels et le développement de systèmes d’informations plus complets et universels sont des enjeux incontournables pour améliorer cette pratique et plus généralement la coordination des professionnels de santé. Le Dossier Pharmaceutique, récemment accessible aux pharmaciens des établissements de santé, parait être un outil facilitant la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse à l’admission des patients en établissements de santé.

Partie 3. Utilisation des nouveaux systèmes d'information, le Dossier Pharmaceutique

On a vu que le pharmacien d'officine est aujourd'hui très sollicité par les établissements de santé qui pratiquent la conciliation des traitements médicamenteux. Cette implication renforce sa position d'acteur incontournable de la coordination ville – hôpital.

En effet, les pharmaciens œuvrent depuis longtemps à des actions de coordination et connaissent bien les problèmes de communication entre les professionnels de santé qui perturbent parfois le service rendu aux patients.

L'utilisation des nouvelles technologies pour le partage de l'information entre professionnels de santé est une évolution logique dans l'amélioration des pratiques de coordination comme la conciliation des traitements médicamenteux.

Conscients de ces enjeux et des bénéfices qu'une amélioration et une facilitation de cette communication pourraient amener aux patients et aux professionnels concernés, les pharmaciens d'officine ont fait naître le dossier pharmaceutique (DP) qui a notamment vocation à apporter son aide à la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse.

Après avoir rappelé le contexte général du Dossier Pharmaceutique, nous présenterons des cas pratiques de son utilisation dans l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse des patients. Dans une dernière partie, nous présenterons les résultats d'une enquête nationale sur l'utilisation du Dossier pharmaceutique par les pharmaciens d'officine.

3.1. Qu'est ce que le DP ?

Le DP est, à la base, un outil informatisé de partage d'information médicale entre pharmaciens d'officine. Il recense, pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie qui le souhaite, tous les médicaments dispensés, qu'ils soient prescrits par un médecin ou conseillés par un pharmacien, et objets relevant du monopole pharmaceutique délivrés au cours des quatre derniers mois. Tous les pharmaciens ont accès au dossier pharmaceutique et peuvent donc consulter l'historique des patients.

Le dossier pharmaceutique est un outil qui vise à sécuriser la dispensation des médicaments et à améliorer le suivi thérapeutique du patient.

Dans un environnement où la population vieillit, avec plus de patients polypathologiques et donc polymédiqués et des pratiques d'automédication plus fréquentes, la vision d'ensemble de l'historique médicamenteux complet du patient, au moment de la dispensation, permet de déceler les interactions médicamenteuses et d'éviter les redondances de traitements pouvant être à l'origine de surdosages.
Le dossier pharmaceutique constitue donc un outil majeur de coordination entre pharmaciens pour mieux sécuriser la dispensation des médicaments au quotidien et réduire les risques de survenue d'événements indésirables iatrogènes.

Au delà de ces fonctions intimement liées à la sécurisation de la dispensation des médicaments, le DP apporte aux pharmaciens la possibilité d'accéder en temps réel à des informations sanitaires indispensables à l'encadrement du circuit du médicament :

- Le réseau informatique du DP, permet la diffusion simultanée d'une alerte sanitaire à l'ensemble des pharmacies raccordées en métropole et dans les DOM en quelques minutes.
- Depuis novembre 2011, les rappels et retraits de lots de médicaments sont transmis exclusivement par le réseau informatique du DP. Ainsi, toutes les pharmacies connectées au DP sont averties en temps réel et peuvent agir sans délai afin de retirer de la vente les médicaments concernés. Ce moyen d'information se fait en partenariat avec l'ANSM et les industriels.

Le dossier pharmaceutique est en constante évolution avec pour seul objectif, l'amélioration de la prise en charge des patients. Depuis peu, il est ouvert aux pharmaciens d'établissements de santé et, en expérimentation, à certains prescripteurs contribuant ainsi à la coordination interprofessionnelle et à un renforcement du lien ville - hôpital.

3.1.1. Création

C'est l'Ordre National des Pharmaciens qui a imaginé et créé le dossier pharmaceutique.
Outre les missions d'assurer le respect des devoirs professionnels et d'assurer la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession, l'ordre des pharmaciens, selon l'article L 4231-1 du Code de la Santé Publique, se doit de « veiller à la compétence des pharmaciens » et « doit contribuer à promouvoir la santé publique et la qualité des soins, notamment la sécurité des actes professionnels ».

C'est dans cet esprit que le DP a été créé en 2007. Il apporte un atout supplémentaire à la compétence des officinaux et devient un élément incontournable dans la sécurisation des actes professionnels.
L'Ordre National des Pharmaciens a traité avec soin toutes les questions juridiques, éthiques et pratiques soulevées par le DP. Il s'est engagé à ce que les données collectées ne servent à aucun autre usage que la sécurisation de la dispensation. Ainsi, le DP est complètement indépendant de tout organisme payeur et autres sociétés qui pourraient en détourner ses données pour des visées purement commerciales.
Le DP a été introduit, en phase pilote, dans six départements lors du 2ème trimestre 2007 et étendu sur tout le territoire au 4ème trimestre de la même année.
La mise en œuvre du DP est confiée officiellement à l'Ordre National des Pharmaciens, selon les dispositions de l'article L.161-3-4-2 du Code de la Sécurité sociale.

3.1.2. *Cadre Juridique :*

Fort de l'article susnommé, l'Ordre National des Pharmaciens prend toutes les décisions et vote toutes les délibérations relatives à la mise en œuvre, au pilotage ; au suivi et à l'utilisation du DP.
Au sens de l'article 3 de la Loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, il est responsable du traitement en ce qu'il détermine les finalités et les moyens de celui-ci. Il en spécifie les fonctionnalités. L'Ordre sélectionne, après appel d'offre, l'hébergeur et les éditeurs techniquement responsables du système.

C'est la Loi N°2007-127 du 30 janvier 2007 qui a donné son assise légale au DP. L'article L.161-36-4-2 du code de la sécurité Sociale de cette loi est fondamental :
« Afin de favoriser la coordination, la qualité, la continuité des soins et la sécurité de la dispensation des médicaments (..), il est créé, pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie, avec son consentement, un dossier pharmaceutique dont les informations alimentent le dossier médical du patient (…).
Sauf opposition du patient quant à l'accès du pharmacien à son dossier pharmaceutique et à l'alimentation de celui-ci, tout pharmacien d'officine est tenu d'alimenter le dossier pharmaceutique à l'occasion de la dispensation ».
Le DP est défini de la même façon dans l'article L1111-23 du Code de la Santé Publique (CSP).

Ces Lois et Décrets ont été complétés en décembre 2008 par la parution du Décret N°2008-1326 du 15 décembre et d'une autorisation de généralisation de la CNIL (Commission nationale Informatique et Liberté) promulguant les dispositions qui régissent depuis l'origine le développement du DP.

La Loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 traitant de la sécurité du médicament, avec notamment l'article 23 a donné trois nouvelles missions au DP :

- En premier lieu, elle autorise les autorités de santé (ANSM, Ministère, Veille Sanitaire) à accéder aux données anonymes relatives aux médicaments hébergées dans le cadre du DP. Avec le décret n°2012-1096 du 28 septembre 2012 elle permet au Ministre de la Santé, à l'ANSM et à l'Institut de Veille sanitaire (InVs) d'accéder, sur demande, pour des raisons de santé publique, aux données anonymes des DP. On parle ici de **DP-SUIVI-SANITAIRE**.

- Cette Loi autorise les pharmaciens exerçant en pharmacies à usage intérieur **à consulter** et **alimenter** le DP. Le DP entre donc officiellement à l'hôpital, il permettra à terme aux officines de pharmacie de :
  - connaître les dispensations de rétrocession,
  - connaître les dernières dispensations intra-hospitalières,
  - faciliter le dialogue avec les pharmaciens de PUI,
  - renforcer le lien ville/hôpital/ville et la transmission d'information.

Le décret 2012-1131 du 5 octobre 2012 précise les fonctionnalités du DP dans les PUI en incluant leurs pharmaciens dans les textes fondamentaux leur donnant ainsi accès au DP avec les mêmes fonctionnalités :

- Article R1111-20-1 : « le dossier pharmaceutique (…) est créé par un pharmacien d'officine ou exerçant dans une PUI… »
- Article R1111-20-4 : « le patient ….peut demander la clôture du DP à tout moment auprès d'un pharmacien d'officine ou exerçant dans une PUI… »
- Article R1111-20-5 : « le pharmacien d'officine ou exerçant dans une PUI consulte et alimente le DP… »

- Enfin, à titre expérimental, et pour une durée de trois ans, elle autorise les médecins (anesthésistes, gériatres, urgentistes) de certains établissements de santé à consulter le DP des patients avec leur autorisation. « A titre expérimental et pour une durée de trois ans à compter de la publication de la présente loi, les médecins peuvent, dans certains établissements de santé et dans le cadre de la prise en charge des patients, consulter avec leur autorisation leur dossier pharmaceutique. Un décret pris après avis de la CNIL et du CNOP fixe les conditions d'application de cette expérimentation et notamment les modalités de désignation des établissements objets de l'expérimentation ».

Selon l'article L161-36-4-2 du code de la sécurité sociale, le DP constitue le volet médicament du DMP (Dossier Médical Personnel). Il est effectivement prévu un raccordement automatique à ce système en cours d'élaboration.

Depuis Novembre 2011 et la ratification de la convention entre l'ANSM et le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens, les rappels et retraits de lots de médicaments sont transmis aux pharmaciens par le portail du DP. Ce dispositif a été mis en place en collaboration avec l'ANSM et les laboratoires exploitants. C'est le **DP RAPPEL.**

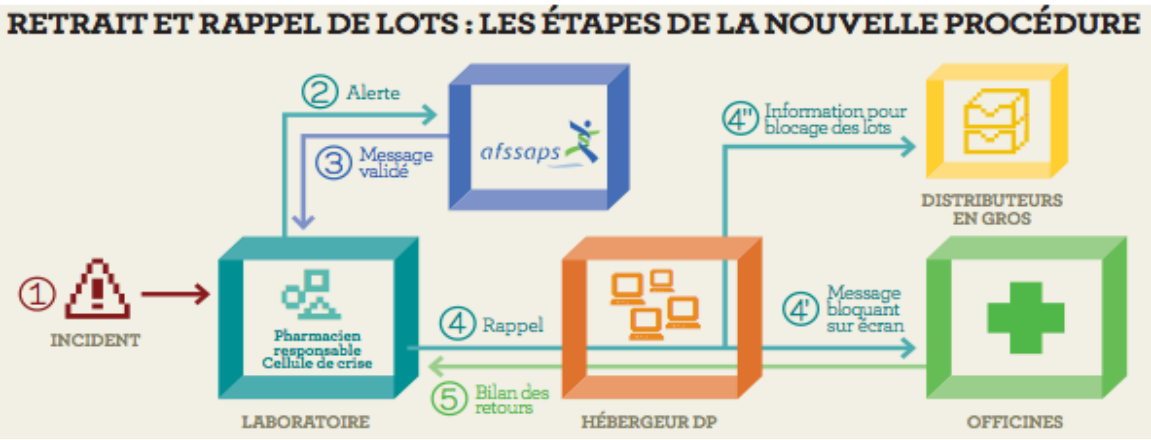


Figure 7. Retraits et rappels de lot: les étapes de la nouvelle procédure[60].

Cette même Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 introduit la notion de « DP RUPTURES » : il s'agit de mettre en place via le canal DP la circulation d'informations fiables et rapides sur les ruptures de médicaments. Tous les acteurs de la chaine du médicament sont concernés : pharmaciens (officine et PUI), grossistes, laboratoires exploitants, ANSM et les ARS. Le décret n° 2012-1096 du 28 septembre 2012 définit les obligations incombant à chaque intervenant. Ces obligations sont de nature logistique,

déclarative et informative. Un projet pilote de DP-RUPTURES a été mis en place en septembre 2013 afin de tester un mécanisme de diffusion des informations prévues dans le décret. Les deux axes majeurs mis en place concernent la rupture anticipée et la rupture constatée selon ces deux schémas [61]:

- La Rupture Anticipée. Via l'interface qui leur est dédiée, les Pharmaciens Responsables des exploitants peuvent :
    - Informer l'ANSM d'un risque de survenue de rupture anticipée
    - Communiquer les délais de rétablissement des stocks
    - Transmettre des informations aux pharmaciens via la plate-forme DP
    - Réaliser et diffuser le bilan trimestriel des déclarations et actions mises en place pour gérer la rupture.

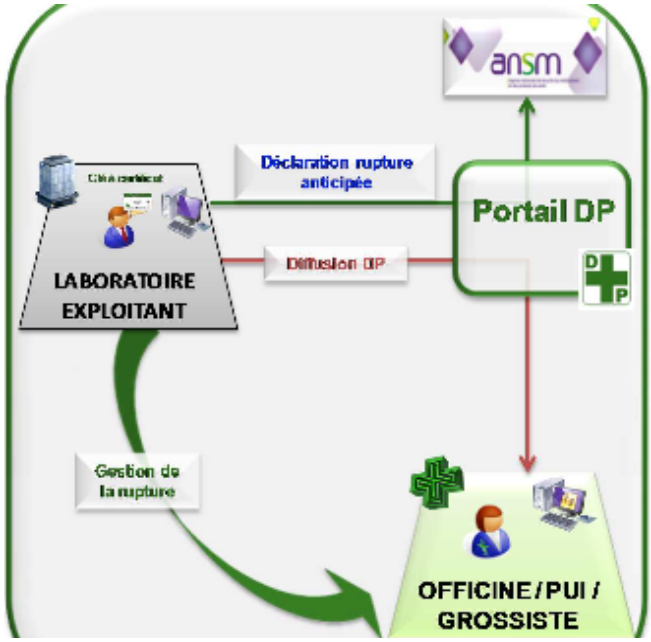


Figure 8. Rupture anticipée [55].

- La Rupture Constatée.

Via l'interface « signalement » du Portail DP, les pharmaciens peuvent:

- déclarer une rupture,
- connaître la disponibilité du produit,
- être informés des délais de rétablissement, s'ils sont connus.

L'exploitant est notifié à chaque nouvelle déclaration le concernant et peut via la plateforme DP :

- informer l'ARS des moyens déployés pour la gestion de la rupture directement sur le portail,
- transmettre des informations aux pharmaciens,
- réaliser et diffuser le bilan trimestriel des déclarations et actions mises en place pour gérer la rupture.

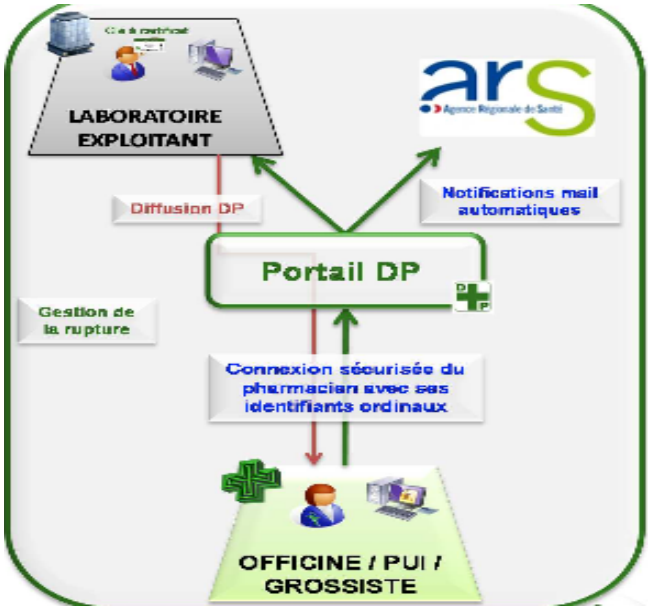


Figure 9. Rupture constatée [55].

Il est à noter que l'utilisation du DP par les pharmaciens d'officine passe par l'utilisation de logiciels métiers. L'article 32 de la Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011, introduit la notion de certification de ces logiciels métiers selon un référentiel de certification établi sous l'égide de l'HAS. Ceci apporte encore un niveau supplémentaire de sécurisation du DP et des données hébergées.

Enfin, il faut préciser que lors de la mise en œuvre du DP, le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens a mis en place une **charte** dont les règles s'imposent aux intervenants concernés :

- le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens,
- les pharmaciens d'officine,
- les patients,
- les éditeurs de logiciels métiers,
- l'hébergeur du Dossier Pharmaceutique.

Cette Charte édicte les **principes généraux** qui gouvernent la mise en œuvre du DP à savoir :

- **« Intérêt général »** car le DP contribue à favoriser la coordination, la qualité, la continuité des soins et la sécurité de la dispensation des médicaments.
- **« Secret Professionnel »** car le DP s'inscrit dans le respect des règles relatives au secret professionnel qui s'imposent à tous les pharmaciens de part leur code de déontologie,
- **« Sécurité »** car tous les intervenants doivent veiller à l'intégrité physique et logique des données traitées sachant que seuls les patients et les professionnels de santé autorisés par lui peuvent accéder aux données,
- **« Identification »** car le DP voit la mise en place d'une identification par patient, différente du NIR (numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques), propre à lui seul, et qui nécessite pour y accéder, la présence concomitante de la carte vitale du patient et la carte CPS (ou carte CPE) du professionnel habilité.
- **« Liberté »** car le patient doit rester libre à tout moment de demander la création ou la fermeture de son dossier ainsi que l'accès aux données qui le concernent.

3.1.3. Cadre Pratique

3.1.3.1. A l'officine

- La création du Dossier Pharmaceutique implique le recueil d'un consentement exprès du patient. La création ou la consultation d'un DP nécessite impérativement deux clés [60] :
  - La carte CPS (carte de professionnel de santé) du pharmacien pour son authentification. La communication entre le pharmacien et l'hébergeur est sécurisée par cette carte.
  - La carte vitale du patient sert à son identification et à lancer l'accès à l'hébergeur du DP.

Lors de la création d'un DP, un exemplaire papier de l'attestation matérialisant le consentement est remis au patient. Le pharmacien garde une copie électronique de cette attestation dans le dossier patient à l'officine.

- Lors de la consultation du DP, le logiciel télécharge automatiquement l'historique des quatre derniers mois de dispensations effectuées dans l'ensemble des pharmacies (voir annexe 4). Le pharmacien, en plus de son analyse, peut s'appuyer sur le

logiciel métier qui prend en compte le DP, enrichissant ainsi l'historique local du patient pour l'analyse des interactions médicamenteuses.

- Une fois la dispensation validée, le DP est automatiquement alimenté avec les données de cette dispensation. Sont inscrits dans le DP, grâce à leur code barre, les noms des médicaments délivrés, le nombre de boites et la date. Les médicaments concernés sont les produits et objets définis à l'article L4211-1 du CSP [62]. Ces informations complètent l'historique du patient chez l'hébergeur. Les données téléchargées depuis le DP sont automatiquement effacées du système informatique du pharmacien. Le logiciel métier ne conserve que les dispensations effectuées dans la pharmacie. De plus, aucune information n'est enregistrée sur la carte vitale [60].

- Réception d'informations sanitaires, alertes, retrait et rappel de lots, en temps réel [60]. Depuis 2010, les alertes sanitaires transfèrent par le biais du DP. L'Ordre National des Pharmaciens peut diffuser en quelques minutes une alerte sanitaire émanant de la DGS (Direction Générale de la Santé) ou de l'ANSM à l'ensemble des pharmacies raccordées au DP. C'est le « DP alerte ». Fonctionnant 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, ce dispositif bloque les écrans de toutes les pharmacies connectées qui sont alors obligés de valider l'information pour reprendre l'activité normale. Pour les autres, non connectées, l'information est relayée par fax. Un accusé de réception est envoyé au serveur du DP pour permettre un suivi précis de la prise en compte de l'information. Une édition est possible de suite comme ultérieurement.

De la même façon, le pharmacien ne peut réactiver son logiciel que s'il prend acte de l'alerte de retrait ou de rappel qui lui est transmise sur son écran.

3.1.3.2. Dans les établissements

La disponibilité du DP dans les PUI (pharmacie à usage intérieur) passe par deux canaux d'accès qui garantissent dans les deux cas simplicité et rapidité d'utilisation [63].

- Le premier canal passe par l'intégration du DP au logiciel métier de l'hôpital. Cet outil offre toutes les fonctionnalités disponibles : lecture, alimentation, impression, consultation des alertes, rappels et retraits de lots. Pour utiliser l'outil, la PUI doit être dotée d'un lecteur bi-fente permettant d'insérer la carte CPS (carte professionnel de santé) du pharmacien et la carte vitale du patient. Comme pour les

pharmaciens d'officine, le pharmacien de PUI devra recueillir le consentement du patient. Ce mode direct doit être prévu dans le logiciel métier de l'hôpital ce qui nécessite des développements techniques spécifiques. En 2013, trois logiciels hospitaliers sont validés : Genois du SIB, Pharma de Computer Engineering, et Opesim d'Evolucare.

- Le second canal est réalisé via internet par le biais d'un service de fourniture d'accès aux traitements (FAST) développé par l'Ordre des Pharmaciens. Il nécessite l'utilisation d'un navigateur internet pour se connecter à l'hébergeur du DP. Là encore, le sécurisation de l'accès est conditionnée par la présence d'un lecteur bi-fente, mais il suffit d'une simple connexion internet et d'un poste informatique ordinaire pour réaliser la connexion. En passant par le mode FAST, le professionnel de Santé aura uniquement accès à la lecture du DP avec possibilité d'impression.

3.1.3.3. Pour le patient

Le patient est libre d'accepter ou de refuser la création de son DP. Un refus est tracé et apparaît à chaque présentation de la carte vitale du patient au logiciel métier. Il est aussi libre d'accepter ou de refuser la consultation de celui-ci à un professionnel de santé.
Le patient dont le DP est créé, peut le consulter quand il le désir sur présentation de sa carte vitale chez un pharmacien d'officine, partout en France. Il peut aussi demander une version imprimée de cet historique dans toutes les pharmacies raccordées au DP (voir annexe 5).
Le patient est en droit de refuser d'inscrire un médicament dans son historique DP.
A tout moment, le patient peut demander la clôture de son dossier pharmaceutique.

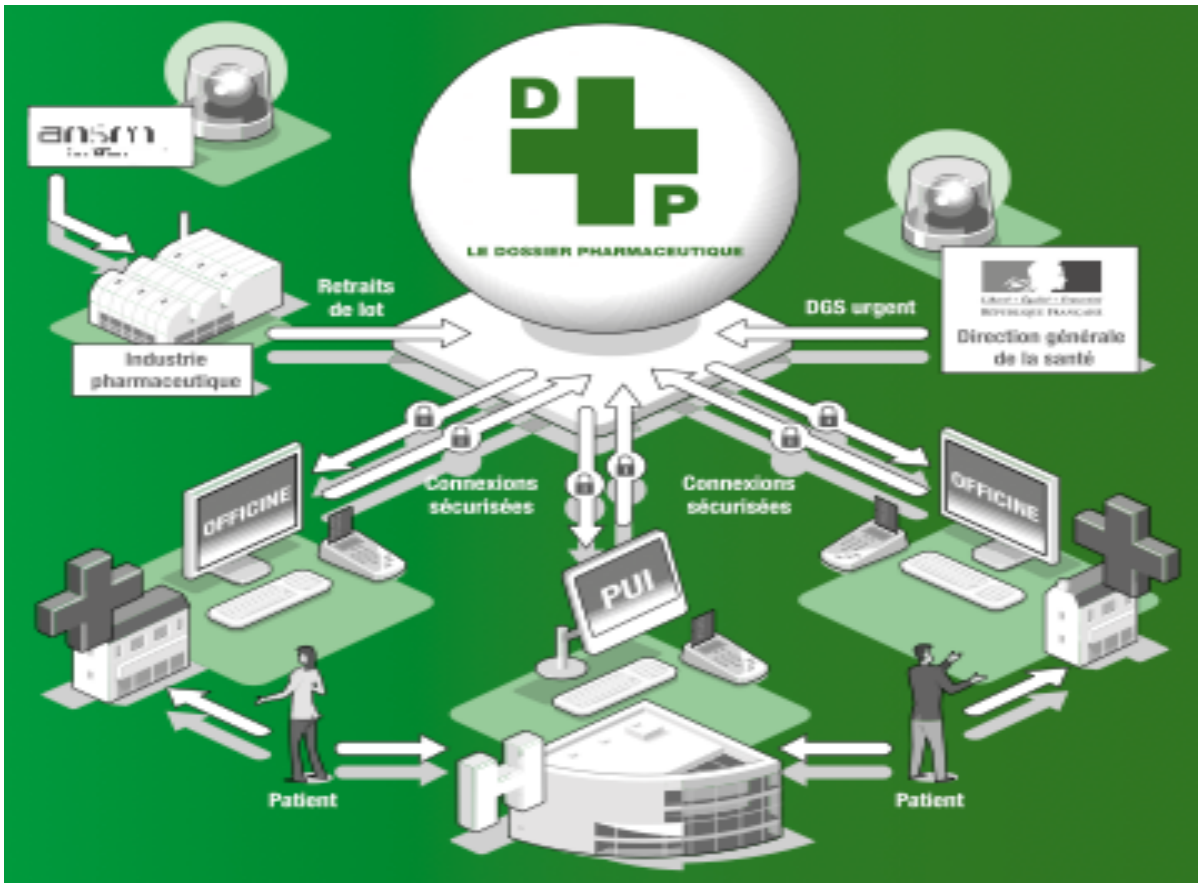


Figure 10. Organisation générale du DP.

3.2. Bilan et évolution

3.2.1. Des chiffres encourageants

En juin 2009, une société indépendante a effectué une étude sur le DP quant à sa notoriété auprès du public et à sa perception par les pharmaciens d'officine[64] :

- 34% des français déclaraient à l'époque avoir entendu parler du DP,
- 91% se déclarant favorables au DP.
- 90% des Français qui n'avaient pas encore ouvert de DP se déclaraient prêts à le faire.

On a observé, lors de cette enquête, une plus forte notoriété chez les populations ayant une sensibilité plus importante à la thématique santé tels que les plus âgés, les personnes souffrant d'une affection de longue durée ou encore celles qui se rendent dans une officine au moins une fois par mois.

L'étude montre également que, 66% des personnes à qui le DP a été proposé donnent leur accord immédiat pour sa création. Déjà un an et demi après sa naissance nous étions en présence d'un mouvement d'adhésion majoritaire de la part du grand public n'ayant pas encore créé son DP.
Pour les patients le fait que le DP permette d'éviter les interactions médicamenteuses et favorise une meilleure sécurité lors de la délivrance des médicaments est le levier le plus important de l'adhésion observé.
D'autre part, en 2010, 9 pharmaciens d'officine sur 10 se déclaraient favorable au DP et 88% d'entre eux signalaient que l'utilisation quotidienne du DP se passait bien. Dans 79% des cas, toute l'équipe officinale est formée et peut proposer et utiliser le DP.

En 2010, le Conseil National de l'Ordre (CNOP), en partenariat avec trois syndicats officinaux et la Société Française de Pharmacie Clinique, a reconduit une étude afin d'étudier l'évolution de l'intérêt du DP juste avant son extension aux pharmacies hospitalières.
Ce sont les détections de risques pour le patient grâce au DP qui ont été analysées avec un mode plus particulièrement orienté et focalisé sur les interventions des pharmaciens pour les patients traités par un médicament anti-vitamine K.
Cette étude a été menée avec des pharmaciens volontaires devant remplir des questionnaires au comptoir avec les patients. Ils devaient signaler les risques évités grâce au DP et répertorier les initiatives engagées dans l'intérêt du patient.
Les données collectées ont permis de démontrer que dans tous les cas, le DP s'est révélé être efficace dans la détection de redondances de traitements et d'interaction médicamenteuses. Grâce à ces alertes, le pharmacien a pu contacter le prescripteur et envisager avec lui une orientation différente du traitement après réévaluation de celui-ci.

Les rapports d'activité du DP d'aout 2010 et de mars 2011 nous montrent l'évolution du nombre de DP créés en fonction de l'âge de la population : [65][64]

Age (ans)	0 à 19	20 à 39	40 à 59	60 à 75	75 et +	TOTAL
Pop totale	16M035	16M394	17M579	99M444	53M965	65M350
Avec DP 2011	3M511	3M721	4M908	3M597	2M116	17M855
% avec DP 2011	22%	23%	28%	36%	39%	27%
Avec DP 2010	1M551	1M665	2M472	1M953	1M167	8M810
% avec DP 2010	10%	10%	14%	23%	21%	14%

Tableau 2. Nombre de DP créés par tranche d'âge en 2010 et 2011.

Au premier Décembre 2014, 22308 officines du territoire sont raccordées au DP soit 98,7% des officines françaises [66]. Elles ont crée à ce jour 35,3 millions de DP [66]. On peut donc estimer que la moitié de la population française possède un DP.
En Aquitaine, toutes les officines de la région sont depuis peu raccordées au système DP. Toujours dans cette région, le nombre de DP créés est de 1934271 ce qui correspond à un chiffre de création moyen par officine de 1547 dossiers.

Le partage de l'information entre pharmaciens d'officine ne cesse d'augmenter depuis la création du DP. Durant l'année 2013, les pharmacies d'officine raccordées ont échangé entre elles environ 110 millions de fois des informations sur des patients bénéficiaires d'un DP, soit un total de plus de 2 millions d'échanges par semaine [67].

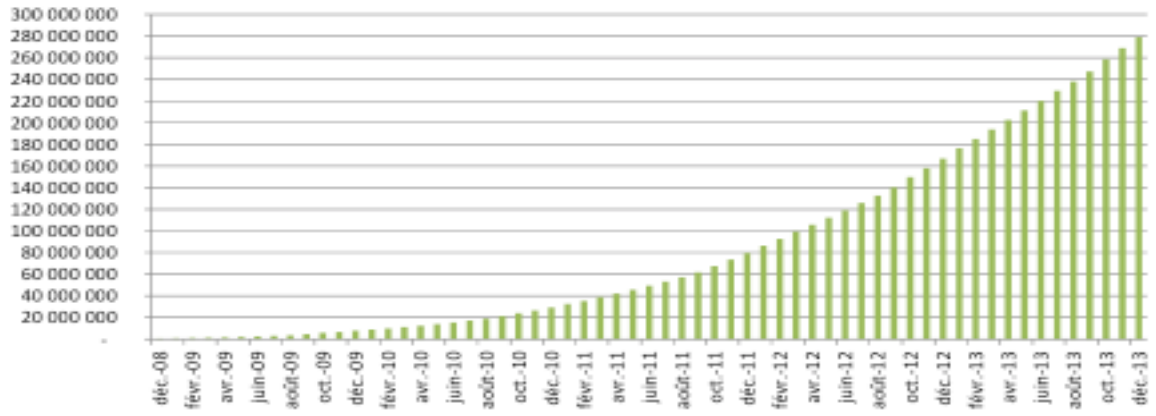


Figure 11. Cumul des consultations avec partage d'informations entre officines.

Ces chiffres montrent bien que le DP est très bien implanté sur le territoire. De même, il est très bien accueilli par les patients. Il est indéniablement, aujourd'hui, le plus important système informatisé de coordination et de partage d'informations entre professionnels de santé en France.

Toujours soucieux d'évaluer l'outil DP, le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens retient deux projets d'études en janvier 2014 :

- Le projet de l'Université de Grenoble : Apport du Dossier Pharmaceutique sur les Interventions pharmaceutiques en pharmacies d'Officine (Etude DOPI-OFFI) (financement de 89 650 euros). Avec une approche scientifique rigoureuse l'étude DOPI-OFFI va évaluer l'impact du DP sur les Interventions Pharmaceutiques selon la codification développée par la SFPC.
- Le projet proposé par l'Appex (Clermont-Ferrand): IPADAM – Interventions Pharmaceutiques A propos du Dossier pharmaceutique et de l'Automédication (financement de 17 000 euros).

3.2.2. Des évolutions prometteuses : ouverture au milieu hospitalier

En termes d'évolution, c'est courant 2012 que le DP a connu une de ses plus importantes évolutions. Il s'agissait d'étendre l'accès du DP à d'autres professionnels de santé.
C'est la Loi N°2011-2012 de décembre 2011, dans son article 23 [68] qui introduit différentes notions fondatrices des nouvelles fonctionnalités du DP (voir plus haut, cadre législatif).

L'année 2013 aura été marquée par le début opérationnel du déploiement du DP vers les pharmaciens hospitaliers. Au 31 décembre 2013, 125 établissements de santé avaient signé une convention d'accès au DP et 103 l'utilisaient régulièrement. Toutes les régions de France sont concernées par ce déploiement, l'Aquitaine se positionne dans le tiercé de tête.
Tous types d'établissements de santé sont représentés dans ce début de déploiement : 16 CHU avec plusieurs sites, 27 établissements de grande taille (publics et privés), 54 établissements de taille moyenne et 6 de petite taille.

En 2014, 210 établissements de santé sous convention dont 151 sont raccordés au DP ce qui représente environ 5,6% des PUI. Plus de 50% des CHU en sont déjà équipés.

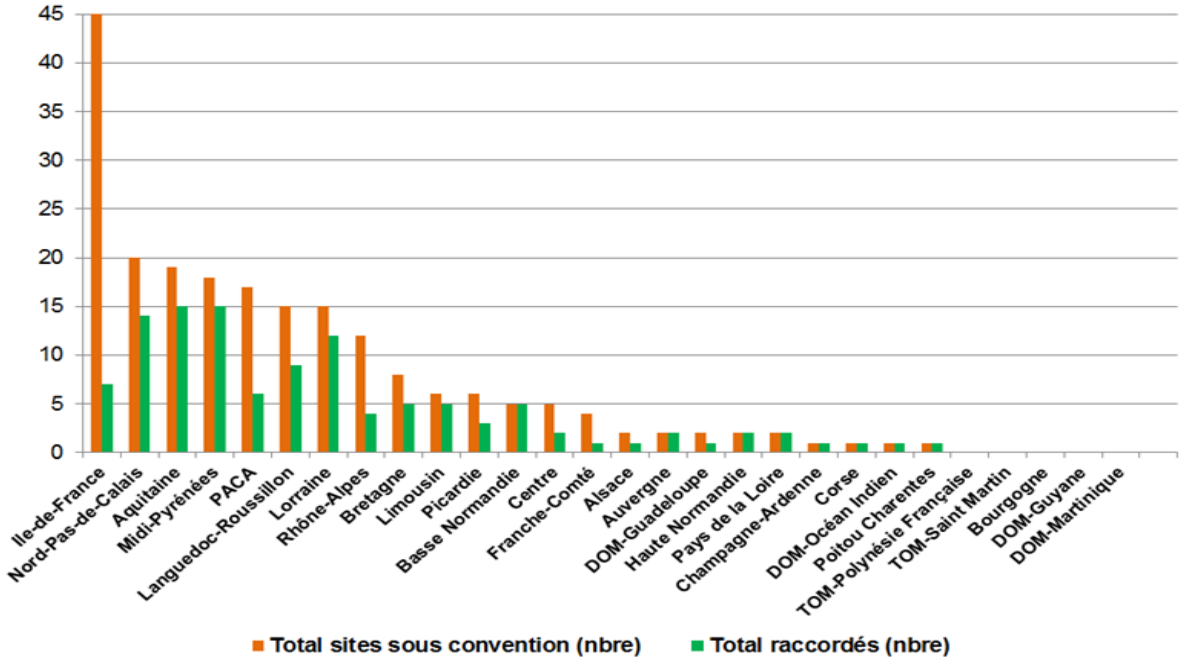


Figure 12. État du déploiement du DP en PUI.

La loi du 29 décembre 2011 a introduit une expérimentation d'accès au DP pour les médecins hospitaliers de certains services. L'année 2013 aura permis la sélection des 55 sites expérimentateurs répartis sur 20 régions par la DGOS, la mise en place du cadre opérationnel et la sélection de l'équipe de recherche qui évaluera cette expérimentation.

L'expérimentation vise à mieux coordonner l'action des professionnels de santé entre la ville et l'hôpital. Elle est ouverte aux médecins de trois spécialités pour lesquels la reconstitution du traitement personnel des patients est particulièrement nécessaire :

- aux urgences, le DP donne un accès instantané à des informations clés aux médecins urgentistes ;
- en anesthésie réanimation, le DP contribue à maitriser le risque anesthésique ;
- en gériatrie, pour éviter les effets indésirables, dont le risque est accru compte tenu du nombre de spécialités pharmaceutiques et de l'âge des patients.

En Aquitaine, 12 établissements de santé participent à cette expérimentation :

1. Le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux – 33 (urgences, anesthésie-réanimation, gériatrie) ;
2. L'Institut Hélio-Marin – 40 (gériatrie) ;

3. La Polyclinique Côte Basque Sud – 64 (urgences, anesthésie-réanimation) ;
4. Le Centre Hospitalier de Mont de Marsan – 40 (urgences) ;
5. Le Centre Hospitalier Charles Perrens – 33 (gériatrie) ;
6. Le Centre Hospitalier d'Agen – 47 (urgences, anesthésie-réanimation, gériatrie) ;
7. La Clinique Aguiléra – 64 (urgences, anesthésie-réanimation) ;
8. La Clinique Saint Etienne – 64 (urgences) ;
9. Le Centre Hospitalier de Blaye - Haute Gironde – 33 (urgences) ;
10. Le Centre Hospitalier de Dax – 40 (urgences, anesthésie-réanimation, gériatrie) ;
11. Le Centre Hospitalier de Pau – 64 (urgences, anesthésie-réanimation, gériatrie)
12. L'Hôpital Inter Armée Robert Picqué (urgences, anesthésie-réanimation) .

L'OMEDIT pilote en lien avec l'ARS Aquitaine la mise en œuvre effective de l'expérimentation notamment avec le pôle programmes transversaux et système d'information en santé.

A l'issue de l'expérimentation qui s'achèvera le 29 décembre 2014, une évaluation régionale de l'expérimentation sera réalisée afin de déterminer :

- les pistes d'amélioration de l'outil DP ;
- l'apport du Dossier Pharmaceutique dans l'aide au diagnostic clinique et l'optimisation des traitements ;
- l'apport du DP sur la meilleure information des patients par rapport à leurs traitements.

Ces évolutions récentes ont fait entrer le DP dans une autre dimension de la coordination interprofessionnelle :

- avec le partage d'informations entre la ville et l'hôpital.
- et le partage d'informations avec les médecins prescripteurs.

Ces avancées sont capitales pour les nouvelles pratiques de conciliation des traitements médicamenteux réalisées en établissements de santé.
L'objectif final serait de pouvoir utiliser le DP comme bilan médicamenteux optimisé.

3.3. Exemple concret de l'intérêt du DP dans l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse patient

Consultation de l'historique, ajout de confiance et de sécurité dans l'acte de dispensation, le DP montre son intérêt à chaque délivrance de médicament pour les patients qui en bénéficient.
Mais dans l'exercice quotidien des pharmaciens d'officine et aujourd'hui de nouveaux professionnels, il permet parfois de détecter des situations à risque, de prendre les bonnes décisions, de corriger des erreurs ou tout simplement de rendre service à un patient notamment par la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse. Voici quelques exemples qui montrent l'importance de la conciliation médicamenteuse aux étapes de prescription et de dispensation :

Mr F., 75ans, en visite chez son fils, se présente dans une officine pour un conseil : il demande s'il peut prendre du Fervex® (Paracétamol, Acide ascorbique (E300), Phéniramine) que lui a donné son fils pour traiter un rhume. Il confie avoir plusieurs traitements en cours mais qu'il n'est pas capable de les citer. En revanche, il sait que son pharmacien lui a ouvert un DP et tend sa carte vitale. En consultant l'historique DP, le pharmacien constate la présence de Xatral®/Alfuzosine utilisé dans le traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate et de paracétamol. Le Fervex® est une association d'anti histaminique qui est contre indiqué en cas de rétention urétro-prostatique et de paracétamol. Il s'avère que Mr F. prend déjà 3g de paracétamol par jour.
Anti histaminique et hypertrophie bénigne de la prostate ne font pas « bon ménage ». De plus à la posologie usuelle du Fervex® (un sachet trois fois par jour maximum) le patient risque un surdosage en paracétamol.
Ici, il sera conseillé au patient de ne pas prendre Fervex®. Le DP a permis d'éviter une situation potentiellement risquée ; grâce à lui, le patient a bénéficié d'un conseil adapté et sûr.

Mr X, patient traité au long cours avec de la colchicine pour crise de goutte, présente une infection lors de ses vacances. Il consulte un médecin sur son lieu de villégiature sans lui préciser qu'il est traité par ailleurs. Le généraliste prescrit de la clarithromycine (Zéclar®), antibiotique de la famille des macrolides. Le pharmacien dispensateur prend connaissance, grâce au DP, du premier traitement du patient et s'aperçoit que l'association de ces deux

médicaments est déconseillée. (Le Zéclar® est inhibiteur du CyP3A4 dont la colchicine est un substrat. La prise concomitante potentialise les effets indésirables de la colchicine avec risque d'apparition d'effets indésirables, notamment de diarrhées parfois graves). Le médecin est contacté, il est décidé de suspendre la prise de colchicine pendant la durée du traitement antibiotique, l'interaction est évitée.

Mme Y, personne âgée, poly-médicalisée, hospitalisée depuis son domicile pour un problème cardiaque, sort de l'hôpital après un séjour de deux semaines. Son état n'étant pas satisfaisant elle intègre une EHPAD. Le pharmacien servant cet EHPAD est amené à délivrer la prescription instituée au sein de l'établissement. En recevant cette prescription, le pharmacien contrôle l'historique patient sur son outil informatique. La patiente étant « nouvelle » dans l'EHPAD il n'a accès qu'au DP. La prescription au niveau de l'EHPAD précise « Triatec®/Ramipril 5mg, un le matin, un le soir ». Le DP révèle qu'un mois auparavant, la patiente avait bénéficié d'une délivrance d'une boite de Triatec® 2,5mg. Le pharmacien refait le parcours de la patiente et interroge l'ancien médecin, le cardiologue et le service hospitalier dans lequel la patiente a été hospitalisée. L'enquête révèle qu'il y a eu erreur de transcription lors de l'admission à l'hôpital, le Triatec® prescrit à 2,5mg par jour est devenu deux fois 5mg par jour. La situation a été rétablie et a conduit à une analyse des non-conformités déclarées.

Cas soumis par le Dr Thierry Morvan, anesthésiste réanimateur, expérimentateur du DP : Patient devant bénéficier d'une cure d'hallux-valgus ayant consulté le chirurgien il y a trois mois. Lors de la consultation du DP, il apparaît depuis quelques temps de la Fucidine®/Fusidate de sodium en pommade (antibiotique). Ce traitement correspond après interrogatoire à une fin de pathologie apparue après la consultation (un érysipèle du même côté que le pied à opérer, ayant pour point de départ une plaie encore présente nécessitant une prise en charge). L'acte chirurgical prévoit une implantation de matériel. Après contact avec le chirurgien, il est convenu d'un report de la chirurgie. La de Fucidine® dans le dossier pharmaceutique a permis d'éviter un risque d'infections du site opératoire, la plaie nécessitant encore une prise en charge.

Ces retours d'expérience de l'utilisation du DP illustrent parfaitement l'apport du DP dans la prise en charge médicamenteuse du patient :

- sécurisation,

- coordination pharmacien – pharmacien,
- coordination ville – établissement de santé,
- coordination médecin – pharmacien.

3.4. Analyse critique du DP et de son utilisation actuelle par les pharmaciens d'officine : réalisation d'une enquête nationale

Le DP constitue une aide certaine à la conciliation des traitements médicamenteux dans les établissements raccordés et contribue à une meilleure coordination entre ville et hôpital. En revanche il ne peut pas être utilisé directement comme BMO. L'étude de son utilisation par les pharmaciens d'officine apporte quelques précisions sur les raisons de cette impossibilité et nous oriente sur les pistes à étudier afin d'atteindre ce but.

- Méthodologie

Nous avons réalisé une étude par questionnaire auprès des pharmaciens d'officine du territoire (voir annexe 6).
Le questionnaire en ligne a été conçu en lien avec l'OMéDIT Aquitaine, à l'aide de l'interface Google drive. Google drive permet de générer un lien qui renvoie automatiquement vers le questionnaire.
Le questionnaire comprenait 26 questions. Une première partie ciblait les données relatives à l'officine (typologie, ressources humaines, raccord au DP) et la deuxième partie colligeait l'ensemble des données correspondantes à l'utilisation du DP.

Concernant l'envoi des questionnaires, nous avons bénéficié de l'aide du président du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens d'Officine de la Région Aquitaine, Mr Pierre BEGUERIE. Après consultation de Mme I. ADENOT, Présidente nationale de l'Ordre des Pharmaciens, un email comprenant une introduction et le lien vers le questionnaire a pu être envoyé en premier lieu à tous les pharmaciens d'officine de la région Aquitaine. Nous avons dans un second temps étendu l'envoi du questionnaire à tous les Présidents de région de l'Ordre des Pharmaciens d'Officine afin qu'ils le diffusent aux pharmaciens d'officine de leur région.
Les envois étaient basés sur le volontariat et nous n'avons pu les quantifier.
Les réponses anonymisées ont été directement recueillies en ligne et envoyées automatiquement pour analyse après la validation du questionnaire par le répondant. Le

recueil des réponses s'est également fait avec l'aide de Google drive qui classe les réponses sous forme de tableau et en propose un résumé graphique.

- Résultats de l'enquête

Au total, entre le 28 janvier et le 25 février 2014, 735 réponses ont été recueillies, provenant de 17 régions françaises: Aquitaine, Midi-Pyrénées, Bourgogne, Champagne Ardenne, Loraine, Haute-Normandie, Provence-Alpes-Côte-D'azur, Nord-Pas-de-Calais, Rhône-Alpes, Poitou-Charentes, Languedoc-Roussillon, Centre, Île-de-France, Picardie, Franche-Comté, Pays de la Loire et Basse Normandie.
Nous avons obtenu le plus fort taux de réponse en Aquitaine où le questionnaire a été adressé à deux reprises.
Les pharmaciens titulaires répondants avaient en moyenne 48 ans. Ils étaient secondés en moyenne par 1,1 adjoint. L'âge moyen des adjoints était de 41 ans. Tous les types d'officines sont représentés : urbaines, périurbaines, rurales, saisonnières…
Ces données correspondent aux valeurs démographiques des pharmaciens d'officine au 1ER janvier 2014 [69].
Nous sommes donc en face d'un échantillon représentatif de l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine en France.

Ici sont présentés les diagrammes les plus importants. Un résumé complet des réponses est disponible en annexe 7.

<u>Connaissance du DP dans les pharmacies d'officine.</u>

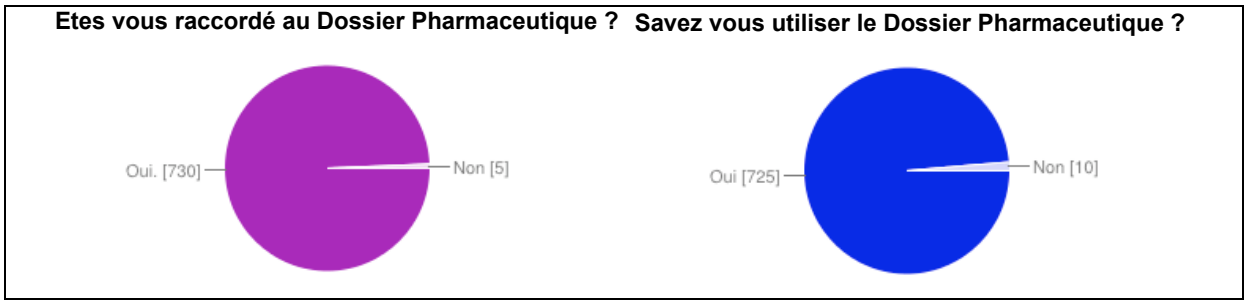


Figure 13. L'implantation du DP dans les officines françaises.

99% des officines concernées par le questionnaire sont raccordées au DP, 99% des pharmaciens titulaires savent se servir de l'interface DP et pour 92% d'entre eux l'équipe officinale est bien formée à son utilisation.

Ici pas de doute sur l'implantation du DP dans les officines, ces chiffres sont à l'image des statistiques présentées par l'Ordre des Pharmaciens.

Utilisation quotidienne du DP.

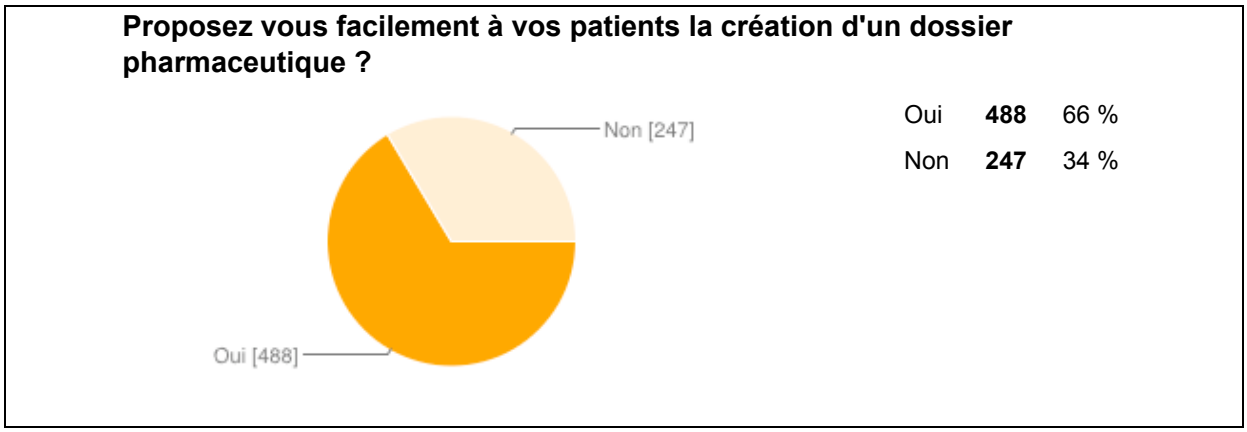


Figure 14. La proposition d'ouverture d'un DP par les pharmaciens titulaires.

Si 66 % des interrogés proposent facilement la création d'un dossier pharmaceutique, il reste encore 34% de pharmaciens qui ont du mal à le proposer.

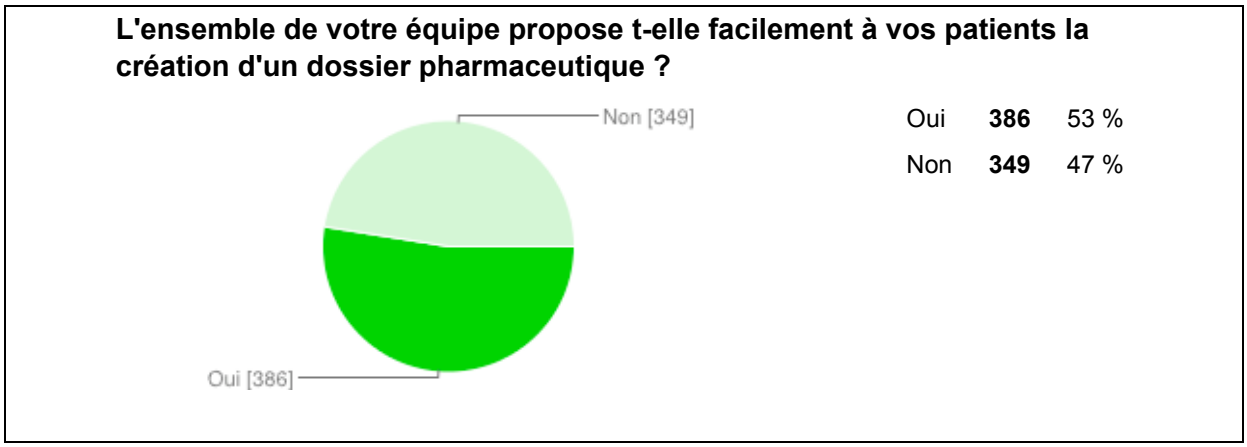


Figure 15. La proposition d'ouverture d'un DP par l'équipe officinale.

Les chiffres concernant le reste de l'équipe (adjoint(s) et préparateur(s)) suivent la même tendance et encore 47% des équipes peinent à proposer la création d'un DP.

C'est le manque de temps qui est évoqué majoritairement pour justifier les difficultés à proposer l'ouverture d'un DP. Pour les adjoints et les préparateurs, les titulaires font état d'un défaut de motivation dans 31% des cas. Au regard du manque d'assiduité des pharmaciens titulaires à proposer le DP, ce résultat n'est pas étonnant. Le pharmacien titulaire, responsable de son officine, représente un moteur pour toute son équipe et c'est à lui de la former et de l'encourager à la proposition du DP. Il est indispensable que l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine soit entièrement impliqué dans la démarche DP.

Le frein dû à l'équipement informatique compliqué et trop lent est encore tangible (24% titulaires, 16% équipes) mais devrait s'estomper avec le progrès et la banalisation de l'informatique.

On ne peut pas dire que le refus des patients constitue un obstacle, seulement 12% des pharmaciens le mentionnent comme tel.

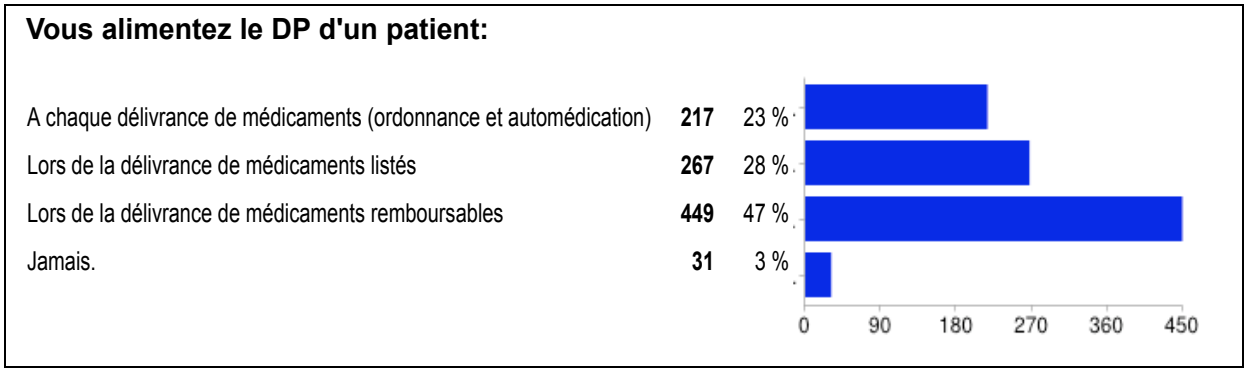


Figure 16. Alimentation du DP.

Le résultat du sondage sur l'alimentation elle même du DP révèle qu'elle est encore trop liée à la délivrance et la dispensation des médicaments à l'occasion de présentation d'une ordonnance soumise au remboursement (47%). L'alimentation systématique du DP lors d'un conseil pharmaceutique est encore faible (23%). Demander la carte vitale des patients lors d'achats d'automédication n'est pas encore une pratique entrée dans les mœurs. Ces résultats laissent entendre que les DP ne sont pas systématiquement complets.

Sécurité, coordination, communication.

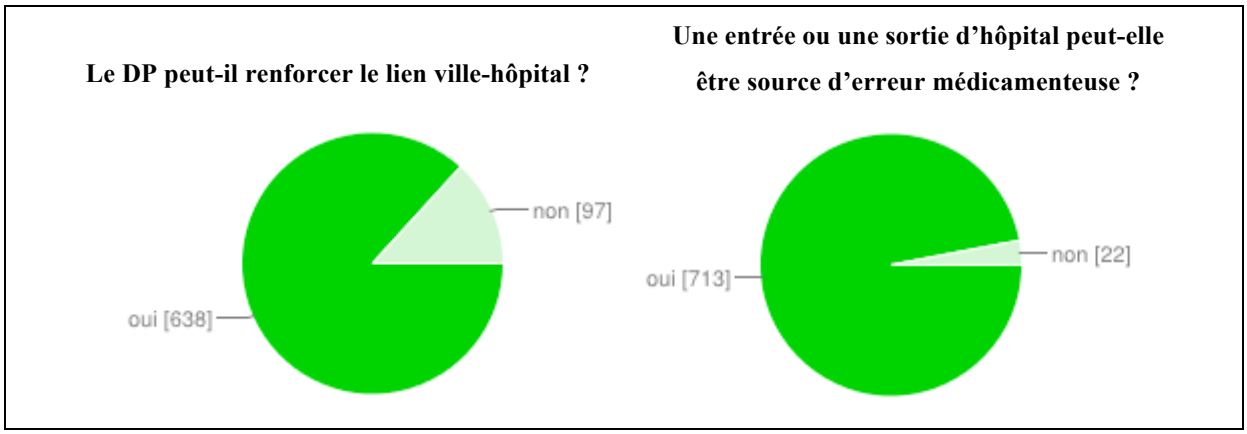


Figure 17. DP et lien ville-hôpital, l'avis des pharmaciens d'officine.

Les pharmaciens sont unanimes, et pensent à 99% que le DP est utile pour la sécurité des patients. Ils sont aussi bien conscients des enjeux de la coordination entre ville et hôpital. En effet, une large majorité d'entre eux ont déjà été contactés par un service hospitalier au sujet d'information sur le traitement d'un patient ; 97% sont conscients des risques d'erreurs médicamenteuses aux points de transition du parcours de soin et 87% jugent que le DP peut renforcer le lien entre la médecine de ville et l'hôpital.

En revanche, seulement 6% des sondés trouvent un intérêt au DP dans le cadre du travail en collaboration avec d'autres professionnels de santé et seulement 10% estiment qu'il peut améliorer la collaboration pluri professionnelle.

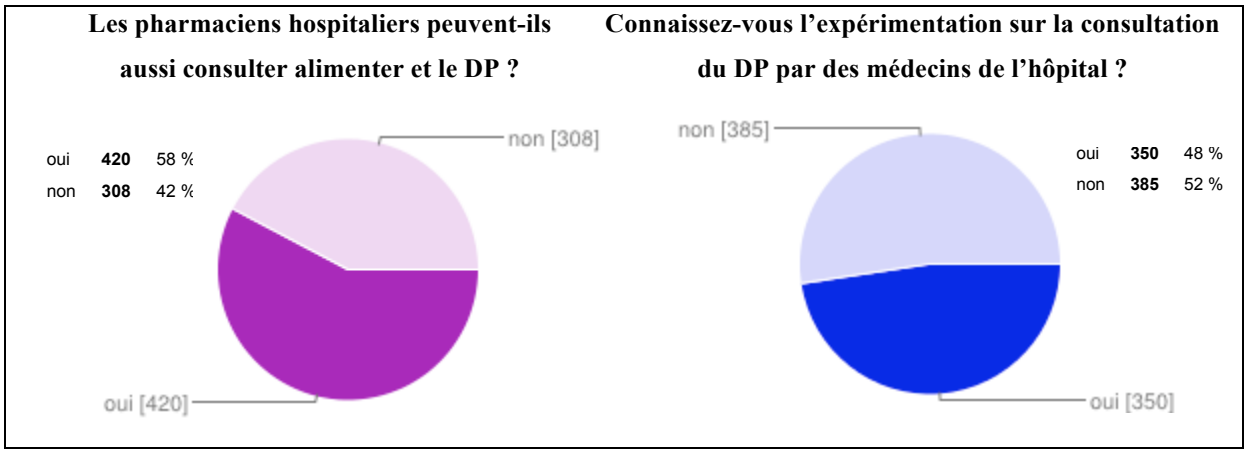


Figure 18. Connaissance par les pharmaciens d'officine des évolutions du DP.

Les résultats ci-dessus montrent que beaucoup de pharmaciens n'ont pas connaissance, ni de la récente extension du DP vers les pharmaciens hospitaliers (42%), ni de l'expérimentation

en cours avec certains prescripteurs hospitaliers (52%). Cette méconnaissance des évolutions du DP peut expliquer en partie pourquoi les pharmaciens ne considèrent pas, aujourd'hui, le DP comme un outil pluri professionnel.
D'autre part, ces nouvelles fonctionnalités ne sont pas encore effectives dans tous les établissements, ce qui rend difficile, pour les pharmaciens, l'appréhension de leur utilité.

Enfin, seulement 21% des répondants impriment parfois le DP d'un patient en vue d'une consultation médicale. Cette fonctionnalité peut être très utile en vue d'une consultation d'anesthésie ou lors d'une entrée programmée en hospitalisation. Malheureusement, pharmaciens, médecins et patients n'ont pas encore acquis ce réflexe.

Des évolutions souhaitées

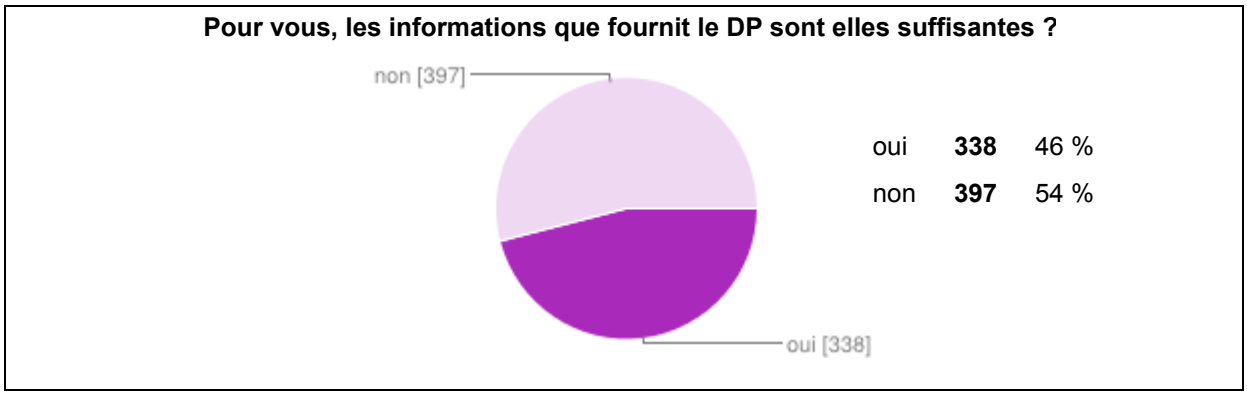


Figure 19. Informations fournies par le DP, avis des pharmaciens d'officine.

56% des pharmaciens répondants estiment le temps de conservation (quatre mois) de l'historique insuffisant. Une évolution prochaine du DP va dans ce sens. En effet, la durée de conservation de l'information pourrait être augmentée à 25 ans pour les vaccins. Le DP pourrait devenir le nouveau « carnet de vaccination » et permettre aussi de suivre l'état de la couverture vaccinale en France [67]. Le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens a déjà pris des dispositions pour être en capacité de déployer les services liés au suivi de la vaccination[67].

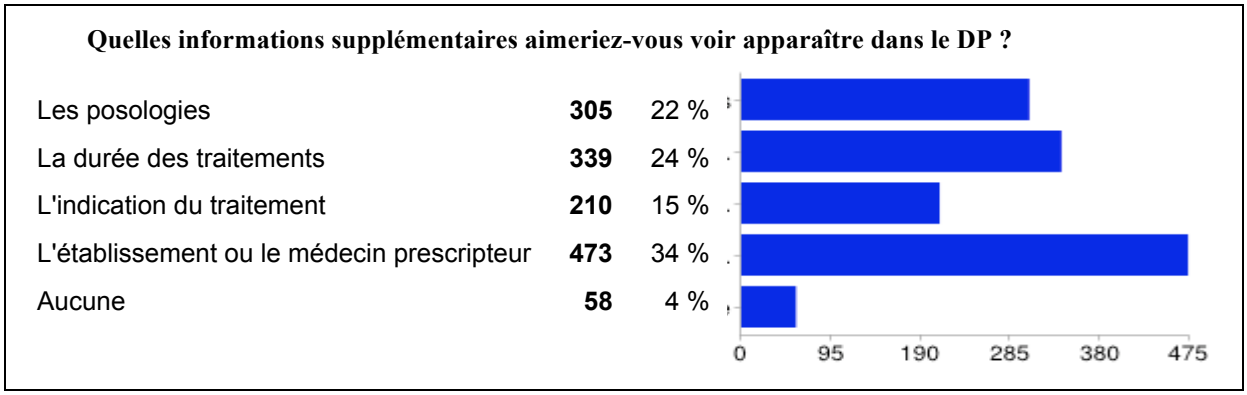


Figure 20. Informations supplémentaires dans le DP, ce que demandent les pharmaciens d'officine.

96% des pharmaciens aimeraient voir apparaître des informations supplémentaires dans le DP avec en tête, l'identité du prescripteur, la durée du traitement, les posologies (respectivement 34%, 24%, 22%). Aujourd'hui, le nom du médicament, son dosage, la quantité délivrée et la forme galénique apparaissent dans le DP. L'ajout des posologies et des durées de traitements dans le DP est un désir partagé avec les pharmaciens et médecins hospitaliers qui ont déjà expérimenté le DP[38] [70].

D'autre part, lorsque l'on demande aux pharmaciens si le DP a été utile lors d'une communication avec un service hospitalier, la réponse est « non » dans un grand nombre de cas. En effet, quand le patient (hospitalisé) n'est pas en face du pharmacien, celui-ci ne dispose pas de la carte vitale pour accéder au DP. Ici, on soulève la question de la dématérialisation complète du DP, l'absence de carte vitale ayant pour conséquence l'impossibilité de l'utiliser.

- Discussion/conclusions de l'analyse

Le dossier pharmaceutique jouit d'une implantation remarquable. Ainsi, il est présent partout sur le territoire et accessible à tous. Cela en fait un très bon outil de coordination entre pharmaciens d'officine. Grâce à lui, les pharmaciens peuvent assurer la continuité de la prise en charge médicamenteuse des patients en ville.
D'autre part, on constate qu'encore trop de pharmaciens et d'équipes officinales peinent à parler du DP aux patients ce qui représente un frein au déploiement du DP.
La carte vitale du patient étant indispensable pour un accès au DP, l'ouverture d'un DP reste encore trop liée au remboursement. Ainsi une trop faible quantité de médicaments pris sans prescription sont inscrits dans le DP rendant les dossiers incomplets. Lors des séances de

conciliation des traitements médicamenteux, cette incomplétude a souvent été décrite [70] [38] [71].
Les pharmaciens d'officines consultés ne semblent pas assez au courant des évolutions du DP. Concernés par la coordination des professionnels de santé, les pharmaciens ne mesurent pas encore la portée du DP dans ce domaine.
Enfin, les pharmaciens d'officine de même que les praticiens hospitaliers aimeraient un outil plus riche en information.

Le DP est un outil qui constitue une avancée non négligeable dans la façon de prendre en charge le patient. Cet outil n'est pas encore utilisé à son maximum et est perfectible.

Quelques perspectives à envisager ?

Le manque d'exhaustivité du DP est un réel problème. Pour avoir une parfaite confiance en cet outil, ce paramètre doit être atteint. Un oubli de carte vitale, un refus du patient d'alimenter le DP (minime) ou encore un oubli d'alimentation du dossier lors de la délivrance d'OTC et le dossier devient incomplet. Il serait idéal que toutes les délivrances de médicament soient inscrites au DP des patients.
Serait-il possible d'envisager un DP sécurisé sans être lié à la carte vitale ? Une dématérialisation totale du DP pourrait faciliter l'enregistrement des médicaments pris en automédication et permettre l'utilisation du DP y compris en l'absence de carte vitale. Une autre option serait de pouvoir alimenter le DP a posteriori pour rattraper un défaut d'alimentation.
L'adhésion au DP ne pourrait-elle pas être obligatoire pour les patients ?
Le problème évoqué concerne la liberté du patient, celui-ci devant rester un acteur majeur de sa santé. Pour cette raison, la CNIL exige du pharmacien qu'il recueille le consentement éclairé du patient lors de la création du DP. Pourquoi ne pas écrire dans la loi que ce consentement est automatique dès lors que le patient bénéficie de l'assurance sociale en lui laissant la libre possibilité de manifester son refus ? Chaque patient bénéficierait alors automatiquement du DP par le biais d'un accord tacite et pourrait en demander la clôture s'il le désir.
L'autre paramètre important qui permettrait de s'appuyer totalement sur le DP et la complétude. Aujourd'hui sont enregistrés dans le DP les noms, formes galéniques et dosages

des médicaments. L'inscription des posologies et des durées de traitements serait la bienvenue d'après les professionnels de santé, qu'ils soient officinaux ou hospitaliers.
Le DP est déjà utilisé comme source d'informations dans la conciliation des traitements médicamenteux. De telles évolutions permettraient au DP de correspondre au bilan médicamenteux optimisé et donc de facilité grandement le processus.

D'autre part, une plus grande sensibilisation des patients à l'usage du DP serait une bonne chose. Tous les professionnels de santé ont leur rôle à jouer dans cette sensibilisation. Il faudrait en premier lieu mieux communiquer sur le DP avec les professionnels pour que l'information soit bien relayée et transmise aux patients.
Dans ce sens, l'ARS Aquitaine en collaboration avec les professionnels de santé, l'OMEDIT et l'assurance maladie ont mis en place une campagne de sensibilisation: « Médicaments : ayez les bons réflexes ». Cette campagne vise à inciter les aquitains, à devenir acteurs de leur santé et de leur sécurité en appréhendant mieux leurs traitements médicamenteux, à mobiliser les professionnels de santé sur la coordination des soins et à faciliter le dialogue soignant/soigné. Elle encourage notamment l'adhésion au DP. Sa diffusion se fera en radio, sur France bleu et à la télévision, sur France 3 Aquitaine et sera appuyée par des affiches distribuées aux professionnels de santé. Elle marque aussi l'apparition de la « carte DP » bientôt distribuée par les pharmaciens d'aquitaine.

Enfin, le manque de temps et de motivation représente au vu des réponses de l'étude réalisée un frein au développement du DP. A l'heure où l'on cherche à repenser les rémunérations de certains professionnels de santé notamment des pharmaciens d'officine, les actions de coordinations (déjà réalisées) seraient certainement une bonne piste.

3.5. Autres technologies pour une meilleure coordination.

Au-delà du Dossier Pharmaceutique, les professionnels de santé ont à leur disposition des nouvelles technologies favorisant la coordination via notamment la transmission d'information sécurisée. Ces différents outils facilitent la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient sur tout son parcours de soin et la collaboration pluri-professionnelle. Le pharmacien d'officine est impliqué dans l'utilisation de ces nouvelles technologies notamment lors de la conciliation médicamenteuse :

- A l'admission d'un patient en établissement de santé lors d'une hospitalisation programmée par la transmission sécurisée du BMO aux professionnels de santé.

- A la sortie par la réception de la prescription de sortie du patient et la fiche de liaison de sortie du patient afin d'éviter toute rupture de traitement.

La messagerie sécurisée est un service gratuit proposé à l'ensemble des professions de santé afin de partager et d'échanger des données de santé dans le respect de la confidentialité autour du patient.

Il s'agit d'un outil en ligne accessible aux professionnels de santé, de ville ou exerçant dans un établissement de santé, à l'aide de la Carte de Professionnel de Santé (CPS) qui leur permet d'échanger quotidiennement des informations afin d'améliorer la coordination des professionnels à chaque étape du parcours de soins du patient. L'enjeu est de partager des informations sûre, de manière sécurisé et rapide.

Avec la messagerie sécurisée, les professionnels de santé disposent au quotidien d'un espace de confiance qui leur permet :

- d'envoyer une lettre de sortie aux professionnels de santé en ville ;
- d'adresser un courrier d'orientation d'un patient à un confrère ;
- de transmettre des éléments du dossier médical pour préparer une hospitalisation ;
- de recevoir les résultats et les comptes rendus d'un laboratoire d'analyse ou d'un cabinet d'imagerie ;
- de faire parvenir directement des prescriptions ;
- d'échanger entre les membres d'un réseau sur la prise en charge d'un patient.

Tout professionnel de santé est cependant tenu de respecter le cadre juridique de l'échange des données personnelles de santé (article L1110-4 du code de la santé publique) ainsi que de leur hébergement (article L1111-8 du code précité). Les données de santé à caractère personnel sont des données sensibles, protégées par la loi et dont le traitement est en outre soumis aux principes de la protection des données personnelles tels que définis par la Loi Informatique et Libertés. A la différence des mails classiques ou des fax, les messageries sécurisées respectent ces obligations en assurant un échange tracé et confidentiel des données personnelles de santé des patients.

En résumé, la messagerie sécurisée est un outil adapté au secteur de la santé, permettant d'échanger des mails et des fichiers joints en toute sécurité.

Les pouvoirs publics ont mis en place, en collaboration avec l'ensemble des ordres professionnels un système de messagerie sécurisée appelé « MSSanté ». Ce service est uniquement réservé aux professionnels de santé qui exercent en ville ou à l'hôpital ; il faudra d'ailleurs une carte CPS pour créer son adresse. Ce système propose un annuaire de tous les professionnels de santé ayant créé leur adresse.

D'autres outils de communication sont en cours de développement ou en expérimentation, comme en Aquitaine avec la plateforme d'échange PAACO. C'est un réseau social santé sécurisé qui permet aux professionnels de santé d'un territoire d'échanger des documents, et de partager des informations autour des personnes suivies.
Cette plateforme régionale permet la communication inter-professionnelle ; elle offre aux professionnels de santé un accès en situation de mobilité (smartphones ou tablettes).
PAACO propose de nombreuses fonctionnalités, notamment un « tchat » sécurisé santé (journal de transmission multimédia : textes, documents, enregistrements vocaux, photos …) aussi simple qu'un SMS sécurisé, des agendas partagés multi-vues, des annuaires, des partages d'informations comme par exemple les résultats cliniques.

A l'heure du développement de la e-santé, il est indispensable d'adopter, de démocratiser et de standardiser ce genre d'outils. Ils représentent une opportunité pour améliorer et sécuriser la coordination des soins et de fait, en garantir la continuité pour les patients. La possibilité d'envoi d'informations informatisées et sécurisées permet une optimisation de la communication entre ville et hôpital.

CONCLUSION :

Les points de transition sur le parcours de soins du patient sont des facteurs favorisants un défaut de continuité, de qualité et de sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient. Face à ce constat, une approche processus, de nouvelles pratiques notamment la conciliation médicamenteuse et le déploiement de nouveaux systèmes d'informations (le Dossier Pharmaceutique) convergent afin de garantir au patient une meilleure prise en charge.

Dans ce nouveau contexte, le pharmacien d'officine apparait comme un professionnel incontournable au plus proche du patient pour élaborer avec lui et en lien avec le médecin traitant, la juste liste (y compris l'automédication) des traitements pris, grâce notamment au Dossier Pharmaceutique. Dans un parcours de soins coordonné par le médecin traitant, le pharmacien d'officine doit être le garant de l'information médicamenteuse.

En établissement de santé, l'utilisation du Dossier Pharmaceutique alimenté par le pharmacien d'officine lors de chaque dispensation et par le pharmacien hospitalier pour les traitements rétrocédés est aussi une source clé de la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse en lien avec la ville.

L'étude réalisée sur le DP auprès des pharmaciens d'officine montre que l'outil est déjà bien implanté et très utilisé. Néanmoins, il reste encore incomplet tant par la quantité que par la qualité des informations transmises. Des améliorations sont attendues par les professionnels de santé. Ajout des posologies, des durées de traitements, exhaustivité garantie, les pharmaciens d'officine, par l'intermédiaire de l'Ordre des Pharmaciens, ne manqueront pas de faire évoluer cet outil de travail pour améliorer la qualité de la prise charge médicamenteuse des patients.

Afin de ne pas créer de rupture de prise en charge, le pharmacien d'officine peut être destinataire dès la sortie d'hospitalisation de l'ordonnance de sortie du patient via la messagerie sécurisée de santé en particulier dans des cas complexes comme la chimiothérapie orale.

Il parait nécessaire de continuer l'accompagnement de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse dans tout le parcours de soins par la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse et par l'utilisation conjointe du Dossier Pharmaceutique. La démocratisation de ces pratiques et l'amélioration des outils renforceront le lien entre la ville et l'hôpital et la coordination de l'ensemble des professionnels de santé.

Le patient, acteur principal de sa prise en charge mérite une sensibilisation accrue à ces évolutions. Au niveau aquitain, la campagne de communication « médicaments, ayez les bons réflexes » pilotée par l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine en lien avec ses partenaires, lancée lors de la semaine de la sécurité des patients et relayée par les pharmaciens, permettra de sensibiliser professionnels de santé et patients à la nécessité d'une meilleure collaboration de tous les acteurs du parcours de soins.

ANNEXE 1 : Fiche de conciliation des traitements médicamenteux à l'admission (outil Groupe de Travail OMEDIT Aquitaine, septembre 2014)

Logo de l'établissement	**Fiche de Conciliation des Traitements Médicamenteux** **Entrée du Patient**	**NOM** …… **PRENOM** …… **Age** …….. ans *Poids:…….kg* *Taille:……..cm* *Surface corporelle: ……..m²* *Allergie connue: Oui ou Non* *Si oui, nature: ……* *Admission le … / … / …* *Dernière clairance de la créatinine: ……..ml/min le _ _/_ /20_ _* *(Supprimer les mentions inutiles)*

BMO **Bilan Médicamenteux Optimisé** réalisé le: / / délai: <24h **ou** 24-48h **ou** > 48h par ……		**Statut** *arrêté, suspendu, modifié, poursuivi, ajouté, substitué*	**OMA** **Ordonnance des Médicaments à l'Admission** réalisée le: / / par ……		Correct / Divergent/ Equivalent	*Divergence Intentionnelle Documentée* ***(DID)*** *Divergence Intentionnelle Non Documentée* ***(DIND)*** *Divergence Non Intentionnelle* ***(DNI)***	**Classement des DNI :** *1 : Omission* *2 : Erreur DCI* *3 : Erreur Forme* *4 : Erreur Dosage* *5 : Erreur Posologie* *6 : Autres (à préciser)*	Commentaires
Mdt/dosage/forme (DCI)	Posologie		Mdt/dosage/forme (DCI)	Posologie				
Nb de lignes:	Temps passé:		Nb de lignes d'OMA:	Temps passé:		Nb DNI:	Nb DI:	Nb DID: Nb DIND:

Validation médicale: Validation pharmaceutique

Document élaboré par le Groupe de travail « Outils Conciliation Médicamenteuse » de l'OMEDIT – version septembre 2014

ANNEXE 2 : Fiche de conciliation des traitements médicamenteux à la sortie (outil Groupe de Travail OMEDIT Aquitaine, septembre 2014)

Logo de l'établissement	**Fiche de Conciliation des Traitements Médicamenteux** **Sortie du Patient**	**NOM** …… **PRENOM** …… **Age** …… ans *Poids:…….kg* *Taille:……..cm* *Surface corporelle: ……..m²* *Allergie connue: Oui ou Non* *Si oui, nature:* …… *Admission le … / … / …* *Dernière clairance de la créatinine: ……..ml/min le _ _/_ /20_ _* *(Supprimer les mentions inutiles)*

Dernière prescription lors de l'hospitalisation réalisé le: / / par ……		**Statut** *arrêté, suspendu, modifié, poursuivi, ajouté, substitué*	**OMS** **Ordonnance des Médicaments à la Sortie** réalisée le: / / par ……		Correct / Divergent/ Equivalent	*Divergence Intentionnelle Documentée (DID)* *Divergence Intentionnelle Non Documentée (DIND)* *Divergence Non Intentionnelle (DNI)*	**Classement des DNI :** *1 : Omission* *2 : Erreur DCI* *3 : Erreur Forme* *4 : Erreur Dosage* *5 : Erreur Posologie* *6 : Autres (à préciser)*	Commentaires
Mdt/dosage/forme (DCI)	Posologie		Mdt/dosage/forme (DCI)	Posologie				
Nb de lignes:	Temps passé: ….min		Nb de lignes d'OMS:	Temps passé: ….min		Nb DNI:	Nb DI:	Nb DID: Nb DIND:

Validation médicale: Validation pharmaceutique

Document élaboré par le Groupe de travail « Outils Conciliation Médicamenteuse » de l'OMEDIT – version septembre 2014

ANNEXE 3 : Fiche de liaison Hôpital – ville des traitements médicamenteux (outil Groupe de Travail OMEDIT Aquitaine, septembre 2014)

Fiche de liaison Hôpital-Ville
des traitements médicamenteux

Logo de l'établissement

Médecin traitant : Dr.
Adresse :

Pharmacie d'officine : Dr.
Adresse :

Le _ _ / _ _ / 20_ _

NOM : ..... Prénom : .....
Age: ..... ans Poids: ..... kg
Taille: ..... cm Surface corporelle: ..... m²
(Supprimer les mentions inutiles)

Allergie(s) connue(s): .....
Dernière clairance de créatinine: .....ml/min le _ _ / _ _ /20_ _ (Cockroft)

Motif d'hospitalisation : .....

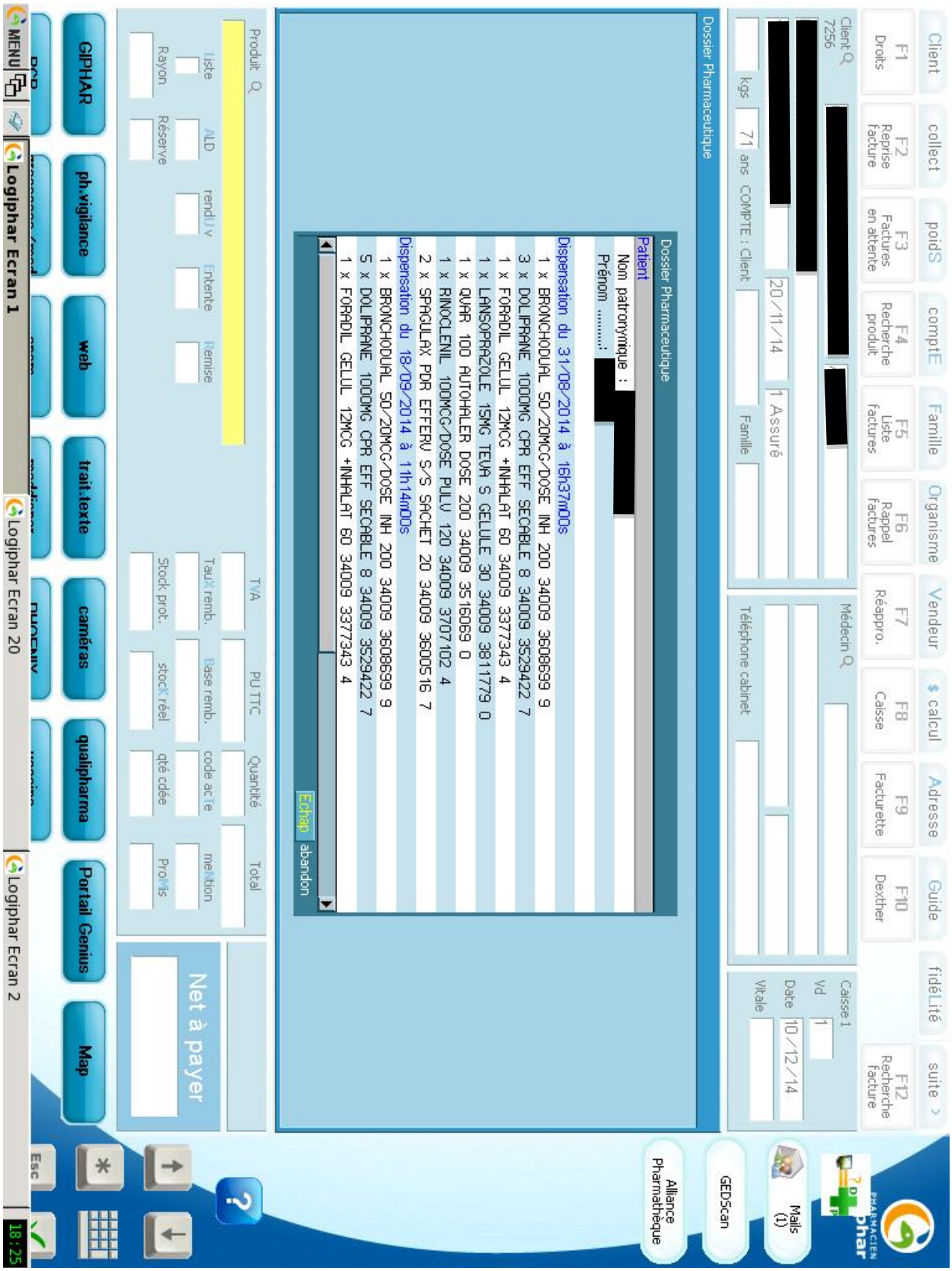
Liste des médicaments avant admission		**Liste des médicaments à la sortie**		**Nature de la Modification**	Justifications
Nom/Dosage/Forme (DCI)	*Posologie*	*Nom/Dosage/Forme (DCI)*	*Posologie*	**Arrêté, suspendu, modifié, poursuivi, introduit...**	
Traitements arrêtés Penser à demander à votre patient de ramener ses traitements arrêtés à la pharmacie					

Pharmacien / interne / PPH: **Médecin hospitalier / interne**:
(Supprimer les mentions inutiles)

Pour nous contacter : - - / - - / - - / - - / - -

Document élaboré par le Groupe de travail « Outils Conciliation Médicamenteuse » de l'OMEDIT version septembre 2014

ANNEXE 4 : Capture d'écran : consultation du DP sur un logiciel métier officine (ALIADYS).



ANNEXE 5 : Imprimé du Dossier Pharmaceutique à remettre au patient.

ATTESTATION
DE REMISE D'UNE COPIE
DE DOSSIER PHARMACEUTIQUE

Pour :
Nom et prénoms du/de la patient(e) : [redacted]
Adresse : [redacted]
64210 BIDART

Je, soussigné(e) : [redacted]
Pharmacie : [redacted]

déclare que :

1) La personne désignée ci-dessus(1) a souhaité accéder au Dossier pharmaceutique établi à son nom.
2) A cet effet, je lui ai remis une copie papier de ce Dossier. Je lui ai conseillé de placer cette copie en lieu sûr, pour éviter que des tiers puissent en avoir connaissance.
3) Je lui ai remis un exemplaire de la présente attestation.

En cochant la case ci-après, je certifie l'exactitude de cette déclaration [X]

Fait à : BIDART
Le (date) : 08/12/2014

(1) ou, un mineur âgé de moins de 16 ans ou majeur sous tutelle, à son représentant légal, qui a justifié de son identité :
Nom et prénoms du représentant légal : ....
Qualité (père, mère, tuteur) : ....
Adresse, si elle est différente de celle du (de la) patient(e) : ....
....

REF : DP-A.EDI-080519

Dossier Pharmaceutique le 08/12/2014 à 15h07

Patient
Nom patronymique : [redacted]
Prénom ....: [redacted]

Dispensation du 31/03/2014 à 15h37m00s
1 x BRONCHODUAL 50/20MCG/DOSE INH 200 34009 3608599 9
3 x DOLIPRANE 1000MG CPR EFF SECABLE 8 34009 3529422 7
1 x FORADIL GELUL 12MCG INHALAT 60 34009 3377343 4
1 x LANSOPRAZOLE 15MG TEVA S GELULE 30 34009 3811779 0
1 x QVAR 100 AUTOHALER DOSE 200 34009 3515069 0
1 x RINOCLENIL 100MCG/DOSE SUSP 120 34009 3707102 4
2 x SPAGULAX POR EFFERV S/S SACHET 20 34009 3600516 7
Dispensation du 18/09/2014 à 11h14m00s
1 x BRONCHODUAL 50/20MCG/DOSE INH 200 34009 3608699 9
5 x DOLIPRANE 1000MG CPR EFF SECABLE 8 34009 3529422 7
1 x FORADIL GELUL 12MCG INHALAT 60 34009 3377343 4
1 x LANSOPRAZOLE 15MG TEVA S GELULE 30 34009 3811779 0
1 x QVAR 100 AUTOHALER DOSE 200 34009 3516069 0
1 x SPAGULAX POR EFFERV S/S SACHET 20 34009 3600316 7
Dispensation du 20/10/2014 à 10h59m00s
1 x INFLUVAC SER 0,5ML 1 34009 3366216 6
Dispensation du 30/10/2014 à 17h09m00s
1 x ASPEGIC 1000MG ADULTE SACHET 20 34009 3128919 1
1 x BRONCHODUAL 50/20MCG/DOSE INH 200 34009 3608699 9
1 x FORADIL 12MCG GELULE INHALAT 60 34009 3377343 4
1 x LANSOPRAZOLE 15MG TEVA S GELULE 30 34009 3811779 0
1 x QVAR 100MCG/DOSE AUTOHALER 200 34009 3516069 0
Dispensation du 20/11/2014 à 17h50m00s
1 x ASPEGIC 1000MG ADULTE SACHET 20 34009 3189819 1
1 x BRONCHODUAL 50/20MCG/DOSE INH 200 34009 3608599 9
1 x FORADIL 12MCG GELULE-INHALAT 60 34009 3377343 4
1 x LANSOPRAZOLE 15MG TEVA S GELULE 30 34009 3811779 0
1 x QVAR 100MCG/DOSE AUTOHALER 200 34009 3515069 0
1 x SPAGULAX POR EFFERV S/S SACHET 20 34009 3500515 7

ANNEXE 6 : Questionnaire posé aux pharmaciens d'officine.

L'utilisation du Dossier Pharmaceutique (DP).

Bonjour, je m'appelle Antoine Béguerie, je suis étudiant en pharmacie à la faculté de Bordeaux 2. Dans le cadre de ma thèse, je m'intéresse, en collaboration avec l'OMEDIT, au lien entre la médecine de ville et l' hôpital et plus particulièrement à la sécurité du médicament.

Le dossier Pharmaceutique est un outil qui commence à être utilisé dans le cadre de la communication ville-hôpital. Il le sera de plus en plus. C'est dans cette perspective que je m'intéresse à son exploitation dans votre exercice quotidien.
Pour m'aider dans mes recherches j'ai élaboré un questionnaire , je vous propose d'y répondre en cliquant directement sur le lien ci-dessous . Vous pourrez me l'envoyer automatiquement après y avoir répondu.

C'est un questionnaire simple qui ne vous prendra que quelques minutes.
Votre retour est pour moi très important.
Je vous remercie sincèrement pour votre collaboration et votre disponibilité.

Ce questionnaire est totalement anonyme.

*Obligatoire

0. **Quelle est la typologie de votre officine ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ urbaine
- ◯ périurbaine
- ◯ rurale
- ◯ centre commercial
- ◯ saisonnière
- ◯ Autre : .....

0. **Combien de pharmaciens titulaires compte l'officne ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ 1
- ◯ 2
- ◯ 3
- ◯ 4 et plus

0. **Combien de pharmaciens adjoints compte l'officine ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ 1
- ◯ 2
- ◯ 3
- ◯ 4 et plus
- ◯ Pas d'adjoint.

0. **Quel est l'âge moyen des titulaires de l'officine ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ 25-35 ans
- ◯ 36-45 ans
- ◯ 46-55 ans
- ◯ 56 ans et plus

0. **Quel est l'âge moyen des adjoints de l'officine ?**
Une seule réponse possible.

- ◯ 25-35 ans
- ◯ 36-45 ans
- ◯ 46-55 ans
- ◯ 56 et plus

0. **Etes vous raccordé au Dossier Pharmaceutique ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui.
- ◯ Non

0. **Savez vous utiliser le Dossier Pharmaceutique ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

0. **Proposez vous facilement à vos patients la création d'un dossier pharmaceutique ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

0. **Si la réponse à l'une des 2 questions précédentes est non, pourquoi ?**
(plusieurs réponses possibles)
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ outil informatique trop compliqué
- ☐ outil informatique ralenti
- ☐ Vous n'avez pas le temps
- ☐ Refus systématique des patients
- ☐ Autre : .....

0. **L'ensemble de votre équipe est-elle formée à l'utilisation du Dossier Pharmaceutique ?** *

Préparateur (-trice) et pharmacien(s).
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

0. **L'ensemble de votre équipe propose t-elle facilement à vos patients la création d'un dossier pharmaceutique ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

0. **Si la réponse à l'une des 2 questions précédentes est non, pourquoi ?**
(plusieurs réponses possibles)
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ outil informatique trop compliqué
- ☐ outil informatique trop ralenti
- ☐ Vous n'avez pas le temps
- ☐ Refus systématique des patients
- ☐ Vous ne trouver pas d'intérêt au DP
- ☐ L'équipe est peu motivée
- ☐ Autre : .....

0. **Vous alimentez le DP d'un patient:** *
(plusieurs réponses possibles)
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ A chaque délivrance de médicaments (ordonnance et automédication)
- ☐ Lors de la délivrance de médicaments listés
- ☐ Lors de la délivrance de médicaments remboursables
- ☐ Jamais.

0. **Quelle est, dans votre exercice quotidien, l'utilité du Dossier Pharmaceutique ?** *
(plusieurs réponses possibles)
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Réception des alertes sanitaires, rappels et retraits de lots des médicaments
- ☐ Consultation d'historique patient et aide à la délivrance
- ☐ Support de travail en collaboration avec d'autres professionels de santé
- ☐ Alimentation du dossier du patient
- ☐ amélioration de la collaboration pluri- professionnelle
- ☐ aucune
- ☐ Autre : .....

0. **Pensez vous que le DP soit utile pour la sécurité des patients ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ oui
- ◯ non

0. **Trouvez vous la durée de 4 mois de conservation de l'historique suffisante ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ oui
- ◯ non

0. **Pensez vous que le DP puisse renforcer le lien entre la médecine de ville et l' hopital ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ oui
- ◯ non

0. **Pour vous, les informations que fournit le DP sont elles suffisantes ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ oui
- ◯ non

0. **Quelles informations supplémentaires aimeriez vous voir apparaitre dans le DP ?** *
(plusieurs réponses possibles)
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Les posologies
- ☐ La durée des traitements
- ☐ L'indication du traitement
- ☐ L'établissement ou le médecin prescripteur
- ☐ Aucune

0. **Vous arrive t-il d'imprimer de DP d'un patient en vue d'une consultation médicale ?** *
(plusieurs réponses possibles)
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Oui, souvent.
- ☐ Oui, parfois.
- ☐ Non, jamais.
- ☐ Lors d'une entrée programmée à l'hôpital.

0. **Avez vous déjà été contacté par un service hospitalier ou de clinique pour obtenir l'historique médicamenteux d'un patient ?** *

Une seule réponse possible.

- ◯ oui
- ◯ non

0. **Si oui, le DP vous a t-il été utile ?**

Une seule réponse possible.

- ◯ oui
- ◯ non

0. **Pour vous, une entrée ou une sortie d'hopital peut elle être source d'erreurs médicamenteuses ?** *

Une seule réponse possible.

- ◯ oui
- ◯ non

0. **Savez vous que les pharmaciens hospitaliers peuvent aussi consulter et alimenter le DP des patients ?**

Une seule réponse possible.

- ◯ oui
- ◯ non

0. **Êtes vous au courant de l'expérimentation sur la consultation du DP par certains medecins de l'hopital ?** *

Une seule réponse possible.

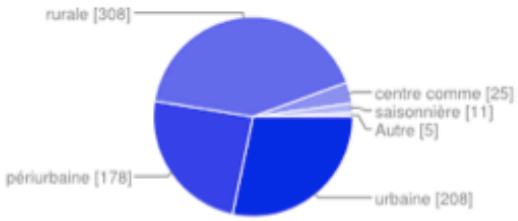
- ◯ oui
- ◯ non

0. **Numéro de votre département.**

_____

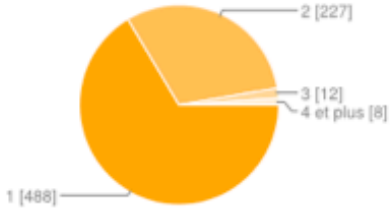
ANNEXE 7 : Résumé des 735 réponses au questionnaire posé aux pharmaciens d'officine.

Quelle est la typologie de votre officine ?



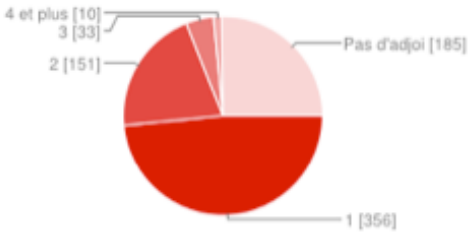
urbaine	**208**	28 %
périurbaine	**178**	24 %
rurale	**308**	42 %
centre commercial	**25**	3 %
saisonnière	**11**	1 %
Autre	**5**	1 %

Combien de pharmaciens titulaires compte l'officne ?



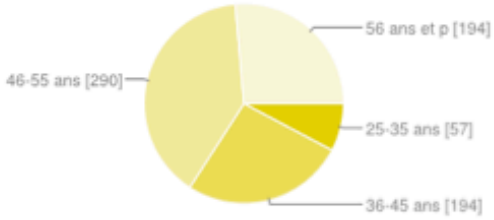
1	**488**	66 %
2	**227**	31 %
3	**12**	2 %
4 et plus	**8**	1 %

Combien de pharmaciens adjoints compte l'officine ?



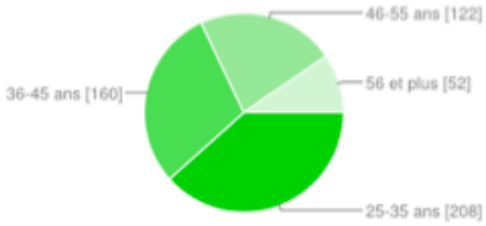
1	**356**	48 %
2	**151**	21 %
3	**33**	4 %
4 et plus	**10**	1 %
Pas d'adjoint.	**185**	25 %

Quel est l'âge moyen des titulaires de l'officine ?



25-35 ans	**57**	8 %
36-45 ans	**194**	26 %
46-55 ans	**290**	39 %
56 ans et plus	**194**	26 %

Quel est l'âge moyen des adjoints de l'officine ?



25-35 ans	**208**	38 %
36-45 ans	**160**	30 %
46-55 ans	**122**	23 %
56 et plus	**52**	10 %

Etes vous raccordé au Dossier Pharmaceutique ?

Oui.	**730**	99 %
Non	**5**	1 %

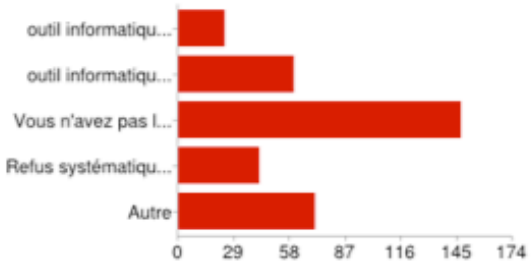
Savez vous utiliser le Dossier Pharmaceutique ?

Oui	**725**	99 %
Non	**10**	1 %

Proposez vous facilement à vos patients la création d'un dossier pharmaceutique ?

Oui	**488**	66 %
Non	**247**	34 %

Si la réponse à l'une des 2 questions précédentes est non, pourquoi ?

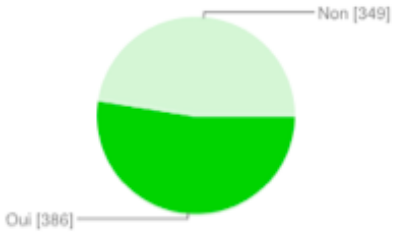


outil informatique trop compliqué	**24**	7 %
outil informatique ralenti	**60**	17 %
Vous n'avez pas le temps	**147**	43 %
Refus systématique des patients	**42**	12 %
Autre	**71**	21 %

L'ensemble de votre équipe est-elle formée à l'utilisation du Dossier Pharmaceutique ?

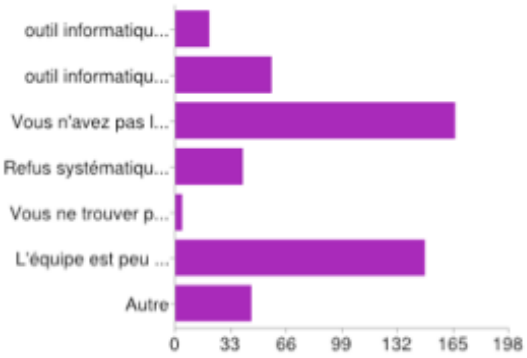
Oui	**677**	92 %
Non	**58**	8 %

L'ensemble de votre équipe propose t-elle facilement à vos patients la création d'un dossier pharmaceutique ?



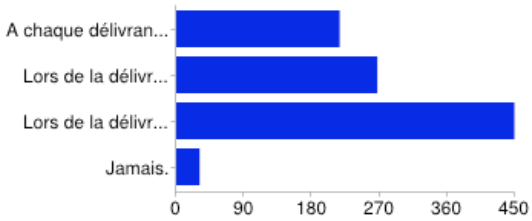
Oui	**386**	53 %
Non	**349**	47 %

Si la réponse à l'une des 2 questions précédentes est non, pourquoi ?



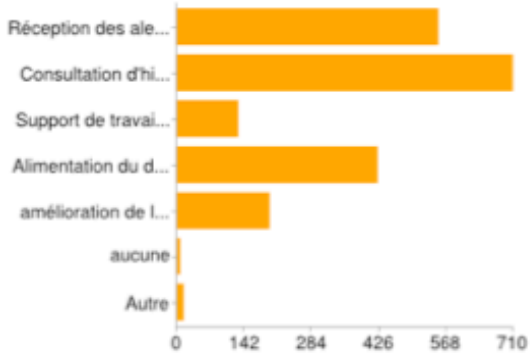
outil informatique trop compliqué	**20**	4 %
outil informatique trop ralenti	**57**	12 %
Vous n'avez pas le temps	**166**	35 %
Refus systématique des patients	**40**	8 %
Vous ne trouver pas d'intérêt au DP	**4**	1 %
L'équipe est peu motivée	**148**	31 %
Autre	**45**	9 %

Vous alimentez le DP d'un patient:



A chaque délivrance de médicaments (ordonnance et automédication)	**217**	23 %
Lors de la délivrance de médicaments listés	**267**	28 %
Lors de la délivrance de médicaments remboursables	**449**	47 %
Jamais.	**31**	3 %

Quelle est, dans votre exercice quotidien, l'utilité du Dossier Pharmaceutique ?

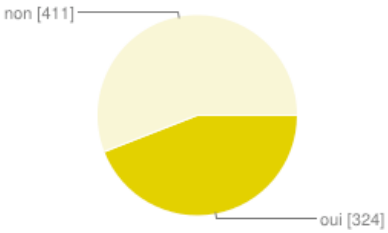


Réception des alertes sanitaires, rappels et retraits de lots des médicaments	**551**	27 %
Consultation d'historique patient et aide à la délivrance	**709**	35 %
Support de travail en collaboration avec d'autres professionels de santé	**129**	6 %
Alimentation du dossier du patient	**423**	21 %
amélioration de la collaboration pluri- professionnelle	**195**	10 %
aucune	**7**	0 %
Autre	**14**	1 %

Pensez vous que le DP soit utile pour la sécurité des patients ?

oui	**724**	99 %
non	**11**	1 %

Trouvez vous la durée de 4 mois de conservation de l'historique suffisante ?

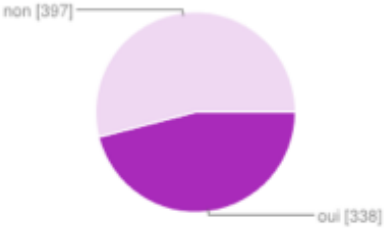


oui	**324**	44 %
non	**411**	56 %

Pensez vous que le DP puisse renforcer le lien entre la médecine de ville et l' hopital ?

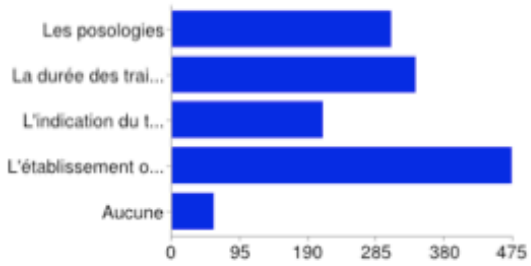
oui	**638**	87 %
non	**97**	13 %

Pour vous, les informations que fournit le DP sont elles suffisantes ?



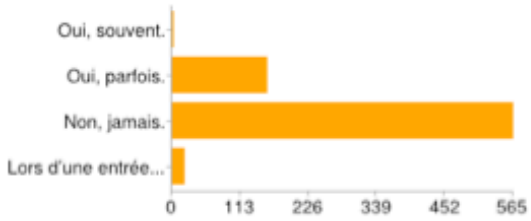
oui	**338**	46 %
non	**397**	54 %

Quelles informations supplémentaires aimeriez vous voir apparaitre dans le DP ?



Les posologies	**305**	22 %
La durée des traitements	**339**	24 %
L'indication du traitement	**210**	15 %
L'établissement ou le médecin prescripteur	**473**	34 %
Aucune	**58**	4 %

Vous arrive t-il d'imprimer de DP d'un patient en vue d'une consultation médicale ?



Oui, souvent.	**3**	0 %
Oui, parfois.	**158**	21 %
Non, jamais.	**565**	76 %
Lors d'une entrée programmée à l'hôpital.	**21**	3 %

Avez vous déjà été contacté par un service hospitalier ou de clinique pour obtenir l'historique médicamenteux d'un patient ?

oui	**521**	71 %
non	**214**	29 %

Si oui, le DP vous a t-il été utile ?

oui	**196**	36 %
non	**354**	64 %

Pour vous, une entrée ou une sortie d'hopital peut elle être source d'erreurs médicamenteuses ?

oui	**713**	97 %
non	**22**	3 %

Savez vous que les pharmaciens hospitaliers peuvent aussi consulter et alimenter le DP des patients ?

oui	**420**	58 %
non	**308**	42 %

Êtes vous au courant de l'expérimentation sur la consultation du DP par certains medecins de l'hopital ?

oui	**350**	48 %
non	**385**	52 %

Bibliographie

[1] Société Française de Pharmacie Clinique.
Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse (1ère édition), 2005.

[2] Legifrance.
Article R5121-152 du Code de la Santé Publique, version en vigueur au 28 octobre 2013.
Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr (consulté le 20/07/2014)

[3] Société Française de Pharmacie Clinique.
« Revue des erreurs liées aux médicaments et aux dispositifs associés (REMED) ».
2008.

[4] ANKRI Joël,
« Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé »,
Gérontologie et société, vol. 103, pp. 93-106, Avril 2002.

[5] HAS-Sante. Professeur Sylvie Legrain,
« Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé »,(2005).
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/ pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf

[6] MAHÉ J,
« Erreurs médicamenteuses : définition, fréquence, et gestion des risques »,
Lett. Pharmacol, vol. 1, pp. 21-27, Mars 2014.

[7] DW. Bates, D. L. Boyle, M. B. Vander Vliet, J. Schneider, L. Leape.
« Relationship between meidcation errors and adverse drug events »,
J. Glen. Intern. Med., vol. 10, pp. 199-205, avril 1995.

[8] P. Michel, C. Minodier,
« Les événements indésirables graves associées aux soins conserver dans les établissements de santé : résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004 »,
Doss. Solidar. Santé., vol. 17, 2010.

[9] Santé.gouv(2008, septembre).
Les matinées de la presse : rendez-vous presse de l'Afssaps.
Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/EMIR.pdf (consulté le 22/07/14)

[10] C. Lacoste-Roussillon, P. Pouyanne, F. Haramburu, G. Miremont, B. Bégaud,
« Incidence of seriuous adverse drug reactions in general practice: a prospective study »
Clin pharmacol ther, no. 69, pp.458-462, 2001.

[11] Lesourd F, Mathieu AM, Ankri J, Pibarot ML, Henry O, Sebbane G, Trivalle C, Demolis P, Davrinche P, Guillemot D.
« Iatrogénie médicamenteuse hospitalière évitable et personnes âgées »
Ann. Med. Interne , vol. 153, no. 1, pp. 13-20, 2002.

[12] Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (Institute of Medicine)
« To err is human: building a safer health system »
Wash. DC Natl. Acad. Press, 2000.

[13] P. Queneau, F. Adnet, B. Bannwarth, F. Carpentier, J. Bouget, A. trind-duc,
« Accidents médicamenteux évitables observés dans sept services d'accueil et d'urgences français: prévalence, prévention et dépenses inutiles. A propos d'une étude de l'APNET sur les accidents médicamenteux observés dans sept services d'acceuil et d'urgences français »
Journal européen des urgences, vol. 21, pp. 22-28, 2008.

[14] Pouyanne P, Haramburu F, Imbs JL, Begaud B
« Admissions to hospital caused by adverse drug reactions: cross sectional incidence study »
BMJ , vol. 320, no. 1036, 2000.

[15] Classen DG, Stanley MS, Pestonick L, Scott Evans R, Lloyd JF James, Burke JP.
« Adverse drug events in hospitalized patients »
JAMA, vol. 277, no. 301, p. 6, 1997.

[16] Imbs JL, Pletan Y, Spriet A, et al.
« Evaluation de la iatrogénèse médicamenteuse évitable : méthodologie »
Therapie, vol. 53, no. 365, p. 70, 1998.

[17] Queneau P, Doucet J, Paille F
« Complications de la polymédication, en particulier chez les personnes âgées »
Bull. Acad. R. Med. Belg., vol. 161, no. 6, pp. 408-424, 2006.

[18] Bates DW, Spell N, Cullen DJ, Burdick E, Laird N, Petersen LA, et al.
« The costs of adverse drug events in hospitalized patients »
JAMA, vol. 277, no. 307, p. 11, 1997.

[19] BORDET R, GAUTIER S, LE LOUET H, DUPUIS B, CARON J
« Analysis of the direct cost of adverse drug reactions in hospitalized patients »,
Eur. J. Clin. Pharmacol., 2001, 56(12) :935-41.

[20] Apretna E, Haramburu F, Taboulet F, Begaud B
« Conséquences médicales et socio-économiques des effets indésirables médicamenteux »
Press Med, vol.34, février, pp. 271-276, 2005.

[21] Bedouch P, Allenet B, Calop J.
« L'iatrogénie Médicamenteuse : quels enjeux pour la pharmacie clinique ? »
Pharmacie clinique et thérapeutique (3e édition entièrement revue), pp. 9-18, 2008.

[22] T Dornan, D Ashcroft, H Heathfield, P Lewis, J Miles, D Taylor, M Tully, V Wass.
« An in depth investigation into causes of prescribing errors by foundation trainees in relation to their medical education. EQUIP study ». (2009)
Disponible sur : http://www.gmc-uk.org/FINAL_Report_prevalence_and_causes_of_pescribing_err

[23] Wong JD, Bajcar JM, Wong GG, Alibhai SM, Huh JH, Cesta A, Pond GR, Fernandes OA.
« Medication reconciliation at hospital discharge: evaluating discrepancies ».
Ann Pharmacother., vol. 42, octobre 2008.

[24] Brulebois A,
« Analyse des écarts de prescriptions medicamenteuses entre domicile, admission et sortie d'hospitalisation au centre hospitalier de Voiron : vers la conciliation des traitements médicamenteux ».
Diplôme d'Etat de docteur en Pharmacie. Grenoble : faculté de Pharmacie de Grenoble, 2010.

[25] Lee JY, Leblanc K, Fernandes OA, Huh JH, Wong GG, Hamandi B, Lazar NM, Morra D, Bajcar JM, Harrison J.
« Medication reconciliation during internal hospital transfer and impact of computerized prescriber order entry ».
Ann Pharmacother., vol 44, decembre 2010.

[26] Ong SW, Fernandes OA, Cesta A, Bajcar JM.
« Drug-related problems on hospital admission: relationship to medication information transfer ».
Ann Pharmacother., vol 40, Mars 2006.

[27] Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW.
« Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care ».
JAMA., février 2007.

[28] Projet High 5s : agir pour la sécurité.
Disponible sur : https://www.high5s.org/pub/Manual/TrainingMaterials/High5s Project_Overview_Fact_Sheet_FR.pdf (conculté le 10/10/2014)

[29] HAS-santé.
L'initiative OMS High 5s (Novembre 2014).
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1498429/fr/linitiative-oms-high-5s (conculté le 20/11/2014)

[30] Haut Autorité de Santé. (2014, Janvier)
Manuel de certification des établissements de santé V2010.
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf (consulté le 20/11/2014)

[31] 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.
JORF n°0090 du 16 avril 2011.
Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr (consulté le 20/11/2014)

[32] Kwan JL, LO L, Sampson M, Shojania KG.
« medication reconcilliation during transiotions of care as a patient saftey strategy: a systematic review »
Ann Intern Med, vol 158, pp 397-403, Mars 2013.

[33] Glintborg B, Andersen SK, Poulsen HE.
« Prescription data improve the medication history in preimary care »,
Qual Saf health Care, vol. 19, Juin 2010.

[34] Edith Dufay. (Présentation 2013)
Disponible sur : http://www.omedit-basse-normandie.fr/gallery_files/site/1533/1534/1571/2192/2825/5534.pdf

[35] Doerper S, Baum T.
« La conciliation des traitements médicamenteux des patients hospitalisées. Comprendre, s'initier et mettre en oeuvre la démarche dans un établissement de santé »
Thèse de Pharmacie. Nancy : Univercité Henry Poincaré. 2011.
Disponible sur : http://www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDPHA_T_2011_BAUM_THOMAS_DOERPER_SEBASTIEN.pdf

[36] Maud Pérennes, Axel Carde, Xavier Nicolas, Manuel Dolz, René Bihannic, Pauline Grimont, Thierry Chapot, Hervé Granier.
« Conciliation médicamenteuse: une expérience innovante dans un service de médecine interne pour diminuer les erreurs d'anamnèse médicamenteuses »,
La presse Médical, vol. 41, pp 77-86, Mars 2012.

[37] E Rat, D Peynaud-Vagneur, Y Ghabrid, G Mennechet, V Chappuis.
« La conciliation médicamenteuse comme révélateur de failles au niveau des pratiques »,
Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien, vol. 49, p. 235, septembre 2014.

[38] S. Doerper, S. Morice, D. Piney, A. Dony, T. Baum, F. Perrin, V. Guillaume, A. Vidal, O. Ferry, N. Peter, Y. Azizi, V. Vouaux, D. Rosa, E. Dufay.
« La conciliation des traitements médicamenteux: logigramme d'une démarche efficiente pour prévenir ou intercepter les erreurs médicamenteuses à l'admission du patient hospitalisé »,
Le pharmacien hospitalier clinicien, vol. 48, pp. 153-160, 2013.

[39] C. Steicher, V. Servant, A. Berroneau, F. Xuereb, S. Dkabarouti, D Breilh.
« La conciliation médicamenteuse pour renforcer le lien ville - hôpital »,
Le pharmacien hospitalier et clinicien, vol. 49, pp. 45-46, juin 2014.

[40] Huynh-Lefeuvre, M. Rouault, A. Hermitte, M. Quiniou, M. Temporelli, C. Hofmann L.
« Conciliation médicamenteuse à l'admission des patients : une plus value pharmaceutique »,
Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien, vol. 49, p. 163, juin 2014.

[41] C. Reliquet, S. Mosnier-Thoumas, F. Xuereb, K. Martin-Latry, D. Breilh.
« Conciliation médicamenteuse en gériatrie aiguë »,
Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien, vol. 49, p. 55, juin 2014.

[42] M. Dufour, M. Artur, S. Philippe, N. Kadri, R. Varin, J. Doucet.
« Conciliation médicamenteuse à l'admission du patient : un outil de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient hospitalisé »,
Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien, vol. 49, pp. 115-116, juin 2014.

[43] P Saint Germain, A Terrier-Lenglet, S Hannat, S Sid Idris, A Mary, M Belhout, P Jouanny, A Devendeville, N Pelloquin.
« Mise en place et évaluation d'une activité de conciliation médicamenteuse à l'entrée dans un service de gériatrie aiguë »,
Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien, vol. 49, pp. 110-111, juin 2014.

[44] Allenet B, Arnauld P, Azizi Y, et al.
SFPC: Réaliser une conciliation des traitements médicamen teux à l'admission du patient hospitalisé.
Disponible sur : http://www.sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/957-sfpc- fiche-conciliation-medicamenteuse (consulté le 15/11/2014)

[45] C Henry, B Michel, E Andres, C Ghiura, D Paya, O Keller, B Gourieux.
« Conciliation médicamenteuse de l'admission à la sortie du patient : étude prospective »,
La Revue de Médecine Interne, vol. 35, p. 157, juin 2014.

[46] M. Moulis, P. Gibert, M. Payen, A. Grevy, G. Gavazzi, J. Calop, P. Bedouch, B. Allenet.
« La conciliation médicamenteuse en gériatrie : un moyen de pérenniser l'optimisation thérapeutique après la sortie d'hospitalisation ? »,
Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien, vol. 49, p. e126, juin 2014.

[47] M. GERARD, E.QUEUILLE. (2014, Juin)
Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/EQ-DGOS.pdf
(consulté le 1 0/112014)

[48] B Quélennec, L Beretz, D Paya, E Ciobanu, J-F Blickle, B Gourieux, E Andrès, B Michel.
« Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission : quel est l'impact clinique des divergences non intentionnelles ? Étude prospective dans un service de médecine interne »,
La Revue de Médecine Interne, vol. 33, p. S50, juin 2012.

[49] A.S. Lebegue, M.L. Le Bellec, S. Truet, E. Peronne, D. Lemoine.
« Conciliation médicamenteuse d'entrée et de sortie : optimisation et sécurisation du retour à domicile »,
Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien, vol. 48, pp. 262-263, décembre 2013.

[50] Vira T, Colquhoun M, Etchells E.
« Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge »,
Qual Saf Health Care, avril 2006, 15(2):122-6.

[51] Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink DN, Etchells EE.
« Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission »,
Arch Intern Med, Février 2005,165(4) :424-9.

[52] Lina M Hellström, Asa Bondesson, Peter Höglund and Tommy Eriksson.
« Errors in medication history at hospital admission: prevalence and predicting factors »,
BMC Clinical Pharmacology, decembre 2009.

[53] Steurbaut S, Leemans L, Leysen T, De Baere E, Cornu P, Mets T, Dupont AG.
« Medication history reconciliation by clinical pharmacists in elderly inpatients admitted from home or a nursing home »,
Ann Pharmacother., ocotbre 2010, 44(10) :1596-603.

[54] Cornu P, Steurbaut S, Leysen T, De Baere E, Ligneel C, Mets T, Dupont AG.
« Effect of medication reconciliation at hospital admission on medication discrepancies during hospitalization and at discharge for geriatric patients »,
Ann Pharmacother., avril 2012, 46(4) :484-94.

[55] Caglar S1, Henneman PL, Blank FS, Smithline HA, Henneman EA.
« Emergency department medication lists are not accurate »,
J Emerg Med., juin 2011, 40(6) :613-6.

[56] Pippins JR, Gandhi TK, Hamann C, Ndumele CD, Labonville SA, Diedrichsen EK, Carty MG, Karson AS, Bhan I, Coley CM, Liang CL, Turchin A, McCarthy PC, Schnipper JL.
« Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation »,
J Gen Intern Med, septembre 2008, 23(9) :1414-22.

[57] Gleason KM, Groszek JM, Sullivan C, Rooney D, Barnard C, Noskin GA.
« Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients »,
Am J Health Syst Pharm, Aout 2004, 61(16) :1689-95.

[58] Gleason KM, McDaniel MR, Feinglass J, Baker DW, Lindquist L, Liss D, Noskin GA.
« Results of the Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) study: an analysis of medication reconciliation errors and risk factors at hospital admission »,
J Gen Intern Med., mai 2010, 25(5) : 441-7.

[59] C. Karnon J, Campbell F, Czoski-Murray.
« Model-based cost-effectiveness analysis of interventions aimed at preventing medication error at hospital admission (medicines reconciliation) » ;
J Eval Clin Pract, avril 2009, 15(2) : 299-306.

[60] Ordre National des Pharmaciens,
« Dossier pharmaceutique: guide pratique », 2013.

[61] Présentation, Jean-Pierre PACCIONI,
« Circulation de l'information sur les ruptures d'approvisionnement en médicaments »,
26ème Journée de l'Ordre, 2013.

[62] Legifrance, Article L-4211-1 du Code de la Santé Publique, version en vigueur au 19 Mars 2014.
Disponible sur : http://legifrance.gouv.fr (consulté le 12 /11/2014)

[63] Ordre National des Pharmaciens,
« Le DP à la conquète des PUI »,
Le journal de l'ordre national des pharmaciens, n° 14, p. 7, Mai 2012.

[64] Ordre national des Pharmaciens.
« Le Dossier Pharmaceutique : rapport d'activité, mars 2011 »,
Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_dossier_pharmaceutique.pdf
(consulté le 15/11/2014)

[65] Ordre National des Pharmaciens.
« Dossier pharmaceutique: rapport d'activité, 2010 ».

[66] Ordre National des Pharmaciens. Qu'est-ce que le DP ? – Le Dossier Pharmaceutique.
Disponible sur : http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP (consulté le 15/11/2014).

[67] Ordre national des pharmaciens.
« Dossier pharmaceutique: rapport d'activité 2013 ».

[68] Legifrance, LOI n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.
Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr (Consulté le 15/11 /2014)

[69] Ordre National de Pharmacien.
« Elément démographique, Pharmaciens 2014 » (01/01/ 2014).
Disponible sur : http://www.ordre.pharmacien.fr (consulté le 20 /11/2014)

[70] Marion Sharabi, Emmanuelle Schocher, Aude Jacob, Jean Laganier, Vanessa Bloch, Antonio Teixeira, Hélène Barreteau.
« Expérimentation du dossier pharmaceutique à l'hôpital : avantages et inconvénients illustrés par un cas clinique »,
Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien, vol. 49, no. 4, pp. 329-330, Dec. 2014.

[71] Nadia Fayad, Axel Carde, René Bihannic, Nicolas Paleiron, Ulric Vinsonneau, Philippe Paule.
« Conciliation médicamenteuse à l'admission des patients à l'hôpital : quelle place pour le dossier pharmaceutique ? »,
La Presse Médicale, vol. 43, no. 1, pp. 722-723, Juin 2014.

[72] Frédéric Barbut.
« Epidémiologie des événements indésirables graves liés aux soins »,
Revue francophone des laboratoires, vol. 426, pp. 41-49, Nov. 2010.

[73] Émilie Berthoux, Claire Dufour, Emmanuel Raharisondraibe, Marc Bonnefoy.
« Effets indésirables médicamenteux évitables en court séjour gériatrique »
Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement, vol. 11, no. 1, pp. 15-20, Mars 2013.

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 instruit(e) 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 couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE ET DOSSIER PHARMACEUTIQUE : RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS L'OPTIMISATION DES TRAITEMENTS AUX POINTS DE TRANSITION.

RÉSUMÉ : La prise en charge médicamenteuse du patient est un processus transverse et complexe caractérisé par de nombreux points de transitions et l'intervention de plusieurs professionnels de santé. Le manque de communication entre les professionnels et le défaut de lien entre la ville et l'hôpital sont les principales causes de rupture de prise en charge et à termes d'événements iatrogènes médicamenteux.
Pour répondre à cette problématique, la conciliation médicamenteuse a été développée. Cette pratique interactive et pluri professionnelle, vise à connaître la liste exhaustive des médicaments pris par le patient à tous moments dans le parcours de soin. Le pharmacien joue un rôle prépondérant à tous les niveaux de ce processus.
Afin d'améliorer la coordination entre les professionnels de santé les pharmaciens d'officine ont créé en 2007 le Dossier Pharmaceutique (DP). Il permet le partage d'informations entre pharmaciens, assure ainsi la continuité de la prise en charge médicamenteuse, resserre le lien ville-hôpital et améliore la qualité de la dispensation.
Devant la forte émergence du DP nous avons réalisé un questionnaire afin d'évaluer l'utilisation pratique du DP, ses avantages et inconvénients qui pourront nous permettre d'émettre des pistes d'améliorations. Au total, 735 réponses ont été recueillies (17 régions). L'implémentation du DP dans les officines ne fait aucun doute (99%). Les pharmaciens d'officine sont bien conscients des enjeux de la coordination entre la ville et l'hôpital et aimeraient notamment l'intégration des posologies. Cependant nous avons constaté que trop peu de pharmaciens proposent l'ouverture du DP aux patients représentant un frein à son déploiement.
Ce travail nous a permis de mettre en avant les actions d'amélioration pour une utilisation optimale du DP et confirme que le pharmacien d'officine, par ses compétences et sa connaissance du patient, est incontournable pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient.

DICIPLINE : Pharmacie

MOTS-CLÉS :

Conciliation médicamenteuse – Dossier Pharmaceutique – Iatrogénie – Continuité – Parcours de soins – Pharmacien – Pluriprofessionnel – Prise en charge médicamenteuse.

UFR des Sciences Pharmaceutiques
Université de Bordeaux
146 Rue Léo Saignat
33076 BORDEAUX CEDEX