

Place de la conciliation médicamenteuse dans le parcours de soin des sujets âgés hospitalisés. Proposition d'un outil d'interface entre l'hôpital et le pharmacien

Alexandre Gildas

▶ **To cite this version:**

Alexandre Gildas. Place de la conciliation médicamenteuse dans le parcours de soin des sujets âgés hospitalisés. Proposition d'un outil d'interface entre l'hôpital et le pharmacien. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01265878

HAL Id: dumas-01265878

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01265878

Submitted on 1 Feb 2016

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.

UNIVERSITE DE ROUEN
UFR DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année : 2015 N°

THESE

Pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 27/11/2015

Par

GILDAS Alexandre

Né(e) le 18/06/1991 à Saint-Aubin-lès-Elbeuf

Place de la conciliation médicamenteuse dans le parcours de soin des sujets âgés hospitalisés. Proposition d'un outil d'interface entre l'hôpital et le pharmacien.

Président du jury : *Dr. G.GARGALA, MCU-PH*

Membres du jury : *Pr. P.ARNAUD, PU-PH*
Pr. P.CHASSAGNE, PU-PH
Dr. C.MECHIN, PH
Dr. X.GBAGUIDI, PH

A

Monsieur le Dr Gilles GARGALA

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. C'est un plaisir, après avoir bénéficié de vos riches enseignements, de vous retrouver au moment de terminer mon parcours universitaire.

Veuillez recevoir l'expression de toute ma reconnaissance et mon profond respect.

A

Monsieur le Dr Xavier GBAGUIDI

Tu me fais l'honneur de diriger cette thèse.

Merci de t'être rendu aussi disponible et de m'avoir fait bénéficier de tes précieux conseils.

Avec ma profonde gratitude et mes sincères remerciements.

A

Monsieur le Professeur Philippe CHASSAGNE
Monsieur le Professeur Philippe ARNAUD
Madame le Dr Céline MECHIN

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements les plus sincères.

M. Chassagne, je vous remercie pour votre confiance et de m'avoir permis de participer à cette étude.

A

Monsieur le Dr Pierre CHASSAGNE,

Merci pour ta précieuse collaboration, ce fut un réel plaisir de travailler avec toi.

A

Monsieur le Dr Laurent DRUESNE

Je tiens à te témoigner ma reconnaissance pour ton aide dans la réalisation de l'analyse statistique de cette étude.

A

Madame le Dr Caroline COLLET,

Madame le Dr Morgane DELESCLUSE

Merci à vous pour votre aide dans le déroulement de ce travail.

Je tiens à remercier très chaleureusement les secrétaires du service de Médecine Interne Gériatrique :

Martine, Catherine, Gladys, Isabelle pour votre aide précieuse dans le déroulement de ce travail en particulier dans la collecte des dossiers.

A toute l 'équipe du service de Médecine Interne Gériatrique pour son excellent accueil et leur grande disponibilité.

A mes Parents et à mon Frère Quentin,

C'est à vous que je dédie particulièrement ce travail. Merci pour votre soutien, votre dévouement et vos encouragements tout au long de ce parcours. Vous m'avez permis d'aller jusqu'au bout dans les meilleures conditions possibles.

Puisse ce travail être le témoignage de la reconnaissance que je vous porte. Sachez que je serai toujours là pour vous. Je vous aime fort.

A mes grands-parents,

Merci pour votre soutien, vos encouragements et toute votre affection.

A Mamie, pour ta bonne humeur et ton accueil toujours aussi chaleureux.

A Papy, pour ton dévouement et ta disponibilité sans faille.

A Méline, papy Jacques,

et Pépère (Jean Caillot) qui nous ont quittés,

Je pense fort à vous.

A mes tantes, mes oncles, mes cousins et cousines,

Qui malheureusement je ne vois pas assez régulièrement mais que j'affectionne profondément.

A mes amis,

Merci pour tous les bons moments passés ensemble.

A l'ensemble des pharmaciens d'officine et préparateurs qui m'ont transmis leurs connaissances.

A Charlène,

Pour tous les bons moments que nous avons vécus ensemble, et tous ceux à venir.

Je souhaite de tout cœur que nous puissions réaliser ensemble tous nos rêves et nos projets.

« L'Université de Rouen et l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions sont propres à leurs auteurs. »

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016

U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - **MEDECINE**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno **BACHY** *(surnombre jusque 01/11/15))*	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul **BESSOU**	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise **BEURET-BLANQUART** *(surnombre)*	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy **BONMARCHAND** (*surnombre)*	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE**	HCN	Médecine interne (gériatrie)

Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Pierre **CZERNICHOW**	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mme Danièle **DEHESDIN** *(surnombre)*	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
Mr Philippe **DUCROTTE**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel **GODIN** *(surnombre)*	HB	Néphrologie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Philippe **GRISE** *(surnombre)*	HCN	Urologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
Mr Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence

Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato - Vénéréologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
Mr Eric **LEREBOURS**	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Jean-François **MUIR**	HB	Pneumologie
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard **PROUST**	HCN	Médecine légale
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)* d'urgence	HCN	Réanimation médicale - Médecine

Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mr Horace **ROMAN**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Christian **THUILLEZ**	HB	Pharmacologie
Mr Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier **TROST**	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre **VANNIER**	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
Mr Jacques **WEBER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy **BELLIEN**	HCN	Pharmacologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Digestive
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Physiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire

Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas **MOUREZ**	HCN	Bactériologie
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique **LANIEZ**	UFR	Anglais
Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacologie
Mr Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE**	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Isabelle **LEROUX - NICOLLET**	Physiologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique **BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie

Mr Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla **GHARBI**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mr Jean-François **HOUIVET**	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie **MARTINET**	Immunologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy **RAZAKANDRAINIBE**	Parasitologie
Mr François **HALLOUARD**	Galénique
Mme Caroline **LAUGEL**	Chimie organique
Mr Souleymane **ABDOUL-AZIZ**	Biochimie

Mme Maïté **NIEPCERON**	Microbiologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Roland **CAPRON**	Biophysique
Mr Jean **CHASTANG**	Mathématiques
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacodynamie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS-MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Mr Jean-Loup **HERMIL**	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mme Lucille **PELLERIN**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med) 1079**)**	Biochimie et biologie moléculaire (UMR
Mme Carine **CLEREN** (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (phar) 1079)	Génétique moléculaire humaine (UMR
Mr Nicolas **GUEROUT** (phar)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle **TOURNIER** (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle	***HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME***
CB - Centre Henri Becquerel	***CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray***
CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation	***SJ – Saint Julien Rouen***

Sommaire

1. Index des figures et tableaux 19
2. Liste des abréviations 21
3. Introduction 22
   - 3.1. Epidémiologie 22
   - 3.2. Polypathologie – Définition 26
   - 3.3. Polymédicamentation - Consommation médicamenteuse 29
   - 3.4. Iatrogénie médicamenteuse 33
   - 3.5. Gestion des médicaments du sujet âgé 35
   - 3.6. Place du pharmacien d'officine dans le processus de conciliation médicamenteuse du sujet âgé hospitalisé 40
4. Objectif de l'étude 44
5. Méthode 45
   - 5.1. Critères d'inclusion 45
   - 5.2. Critères d'exclusion 45
   - 5.3. Bilan médicamenteux optimisé (BMO) 46
   - 5.4. Révision thérapeutique 46
   - 5.5. Conciliation médicamenteuse de sortie 46
   - 5.6. Outil de conciliation médicamenteuse (OCM) 46
   - 5.7. Questionnaire d'évaluation 47
   - 5.8. Paramètres recueillis 48
   - 5.9. Déroulement de l'étude 49
   - 5.10. Analyse des données 52
   - 5.11. Pertinence de l'OCM. Analyse qualitative 52
   - 5.12. Statistiques 54
6. Résultats 55
   - 6.1. Caractéristiques générales de la population étudiée 55
   - 6.2. Caractéristiques gériatriques de la population étudiée 57
   - 6.3. Comorbidités 58

6.4. Médicaments : nombre et classification pharmaco-thérapeutique 59
6.5. Révision thérapeutique 64
6.6. Evaluation des modifications thérapeutiques après le premier renouvellement d'ordonnance à distance de la sortie 69
6.7. Comparaison du nombre moyen de médicaments et de divergences médicamenteuses au décours de l'hospitalisation et 1 mois après la sortie 74
6.8. Mesure de la pertinence de l'outil de conciliation médicamenteuse (OCM) pour les médecins traitants en charge de la santé du patient: analyse des questionnaires 76
7. Discussion 78
7.1. Caractéristiques de la population étudiée 79
7.2. Les ajustements thérapeutiques durant l'hospitalisation 82
7.3. Bilan médicamenteux comparatif (BMC), analyse des divergences médicamenteuses 83
7.4. Impact de la conciliation médicamenteuse de sortie 86
7.5. Conciliation médicamenteuse : outil de transmission au pharmacien d'officine 87
7.6. Limites de l'étude 91
8. Conclusion 92
9. Résumé 93
10. Bibliographie 94
11. Serment de Galien 98
12. Annexes 99

1. Index des figures et tableaux

Tableau 1 : Taux de prévalence des maladies chroniques

Tableau 2 : Motifs de recours à une hospitalisation des personnes de plus de 80 ans

Tableau 3 : Nombre de maladies par personne par classe d'âge

Tableau 4 : loi HPST, Article L. 5125-1-1 A.

Tableau 5 : Les recommandations de la section D pour le pharmacien adjoint d'officine

Tableau 6 : Caractéristiques générales de la population

Tableau 7 : Comorbidités observées dans la population

Tableau 8 : Répartition des classes pharmaco-thérapeutiques

Tableau 9 : Fréquence et descriptions des divergences intentionnelles, classe pharmaco-thérapeutique cardiologie

Tableau 10 : Fréquence et descriptions des divergences intentionnelles, classe pharmaco-thérapeutique neurologie

Tableau 11: Fréquence et descriptions des divergences intentionnelles, classe pharmaco-thérapeutique Hépato-Gastro-Entérologie

Tableau 12 : Fréquence et descriptions des divergences intentionnelles, classe pharmaco-thérapeutique antalgiques/AINS

Tableau 13 : Comparaison appariée du nombre de traitements

Tableau 14 : Comparaison appariée du nombre de divergences intentionnelles

Tableau 15 : Comparaison appariée du nombre de divergences non intentionnelles

Tableau 16 : Données quantitatives des questionnaires

Tableau 17 : Données qualitatives des questionnaires

Figure 1 : Résumé des inclusions

Figure 2 : Répartition des traitements cardiologiques
Figure 3 : Répartition des traitements diurétiques seuls ou en association
Figure 4 : Répartition des traitements neurologiques
Figure 5 : Répartition des traitements Hépato-Gastro-Entérologique
Figure 6 : Répartition des traitements antalgiques/AINS
Figure 7 : Répartition du type de divergences médicamenteuses au cours de l'hospitalisation
Figure 8 : Répartition des divergences intentionnelles lors du BMC
Figure 9 : Répartition des divergences non intentionnelles lors du BMC
Figure 10 : Répartition des divergences intentionnelles classe pharmaco-thérapeutique cardiologie
Figure 11 : Répartition des divergences intentionnelles classe pharmaco-thérapeutique neurologie
Figure 12 : Répartition des divergences intentionnelles classe pharmaco-thérapeutique Hépato-Gastro-Entérologie
Graphique 1 : Structure de la population française
Graphique 2 : Espérance de vie à la naissance en France de 1950 à 2011
Graphique 3 : Evolution des séjours d'hospitalisation complète
Graphique 4 : Taux d'hospitalisation par tranche d'âge
Graphique 5 : Relation consommation médicamenteuse et nombre de maladies
Graphique 6 : Polymédicamentation selon l'âge des personnes
Graphique 7 et 8 : Evolution du nombre de médicaments par personne et par an
Graphique 9 : Répartition des classes pharmaco-thérapeutiques
Schéma 1 : Déroulement de l'étude

2. Liste des abréviations

ADL :	Activities of Daily Living
AC :	Anticoagulant
AINS :	Anti Inflammatoire Non Stéroïdien
AOD :	Anticoagulant Oral Direct
AAP :	Agent Anti-Plaquettaire
ARA II :	Antagonistes des Récepteurs de l'Angiotensine II
BDLA :	Bronchodilatateur de Longue Durée d'Action
BMC :	Bilan médicamenteux comparatif
BMO :	Bilan Médical Optimisé
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CRH :	Compte Rendu d'Hospitalisation
DI :	Divergence Intentionnelle
DNI :	Divergence Non Intentionnelle
IADL :	Instrumental Activities of Daily Living
IDE :	Infirmière Diplômée d'Etat
IEC :	Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion
IPP :	Inhibiteur de la Pompe à Protons
MDRD :	Modification of Diet in Renal Disease
OCM :	Outil de Conciliation Médicamenteuse
SAU :	Service Médical d'Urgence

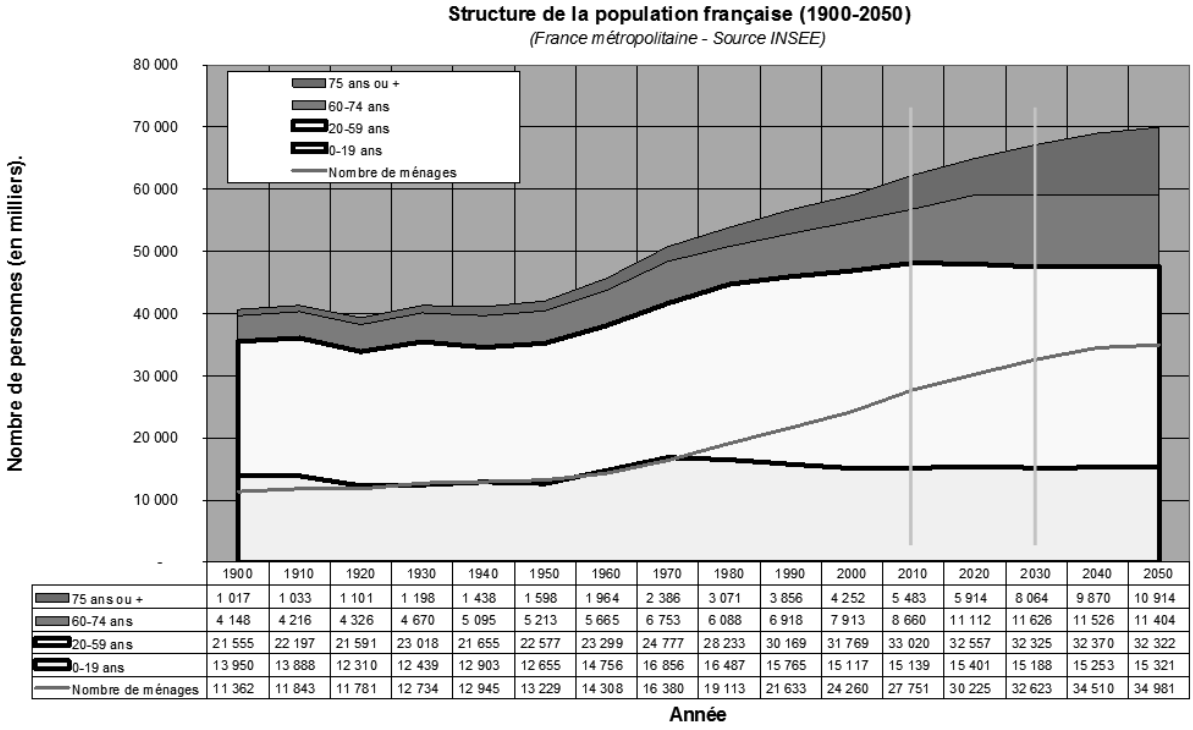
3. Introduction

3.1. Epidémiologie

En France, le vieillissement de la population s'est accentué au cours de ces dernières années, engendrant une modification importante du mode de recours au système de santé.

En 2014, on recensait 5,9 millions de personnes âgées de plus de 75 ans, soit 9,1 % de la population générale (Insee, 2014).

Depuis 2004, cette tranche d'âge a augmenté de 1,3 % (Insee, 2014).



	1900	1910	1920	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
75 ans ou +	1 017	1 033	1 101	1 198	1 438	1 598	1 964	2 386	3 071	3 856	4 252	5 483	5 914	8 064	9 870	10 914
60-74 ans	4 148	4 216	4 326	4 670	5 095	5 213	5 665	6 753	6 088	6 918	7 913	8 660	11 112	11 626	11 526	11 404
20-59 ans	21 555	22 197	21 591	23 018	21 655	22 577	23 299	24 777	28 233	30 169	31 769	33 020	32 557	32 325	32 370	32 322
0-19 ans	13 950	13 888	12 310	12 439	12 903	12 655	14 756	16 856	16 487	15 765	15 117	15 139	15 401	15 188	15 253	15 321
Nombre de ménages	11 362	11 843	11 781	12 734	12 945	13 229	14 308	16 380	19 113	21 633	24 260	27 751	30 225	32 623	34 510	34 981

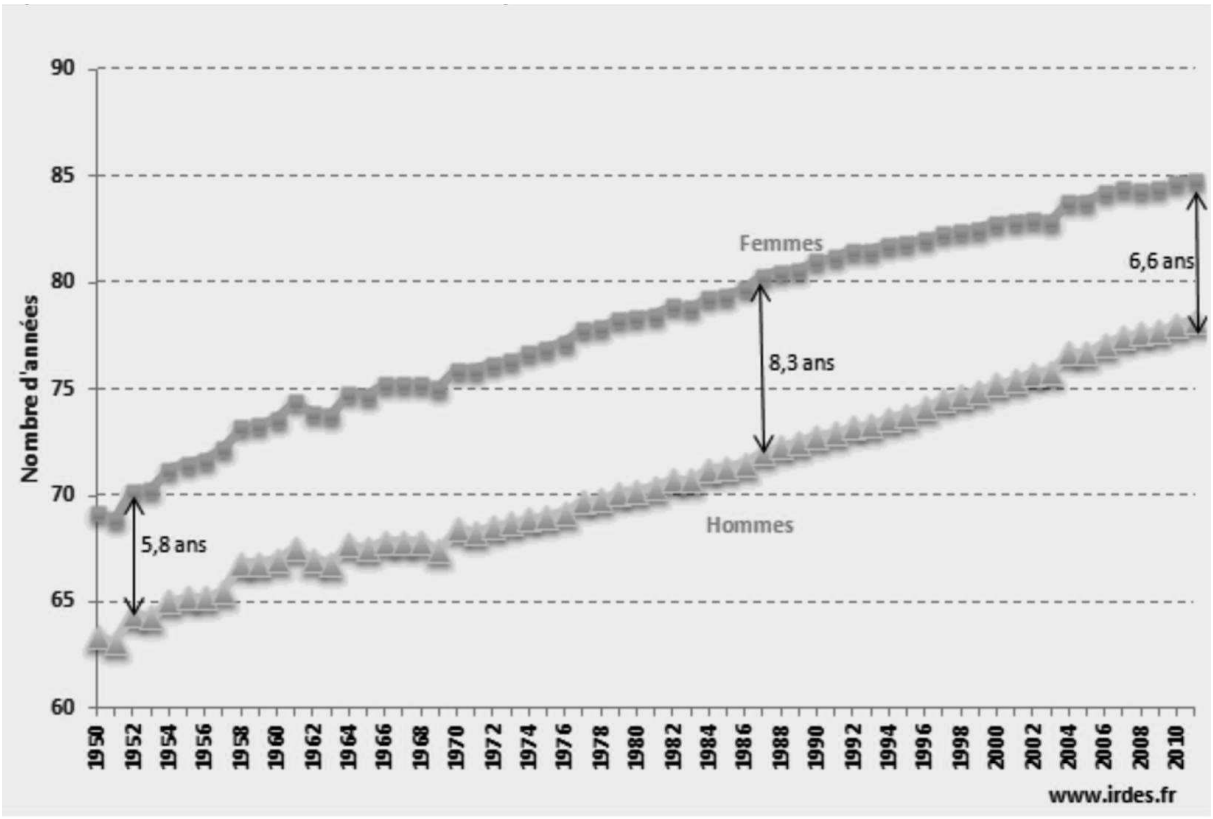
Graphique 1 : Structure de la population française (1900-2050)

(France métropolitaine – source INSEE)

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation de l'espérance de vie.

On estimait à 84,8 années l'espérance de vie pour les femmes en 2011 et à 78,2 années celle des hommes (ESPS-IRDES, 2013).

De 1950 à 2011, l'espérance de vie a été augmentée de 15 ans pour les femmes et hommes.



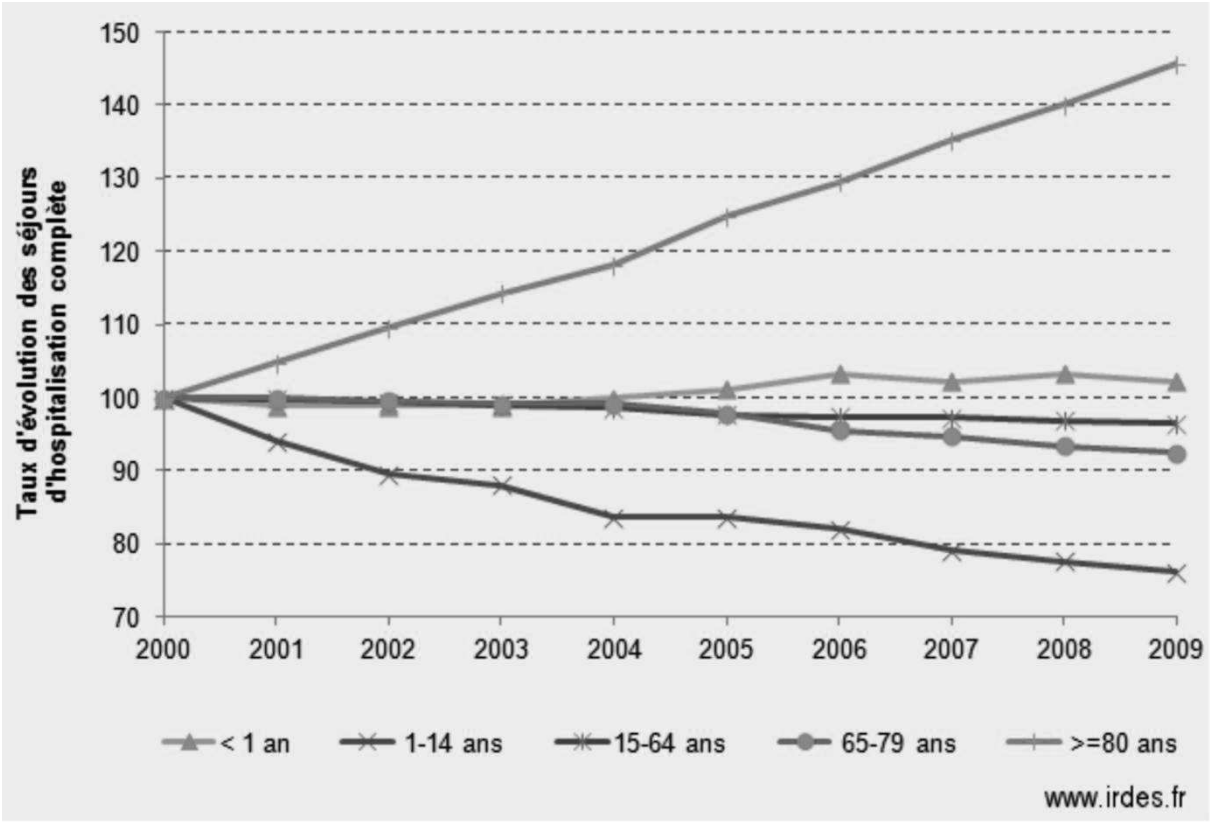
Graphique 2 : espérance de vie à la naissance en France de 1950 à 2011 (Données INSEE)

Cet allongement de l'espérance de vie, conséquence des progrès de la médecine, a conduit les acteurs du système de santé à s'adapter aux parcours de santé de cette population âgée.

Une augmentation importante du recours aux soins des personnes âgées a été constatée ces dernières années, en particulier une hospitalisation de plus en plus fréquente.

En 2009, on estimait à 21 % la part des hospitalisations (secteurs public et privé) relative à la prise en charge des personnes âgées de 65 à 79 ans et à 15,3 % celle destinée à la prise en charge des sujets âgés de 80 ans et plus (ESPS-IRDES, 2009).

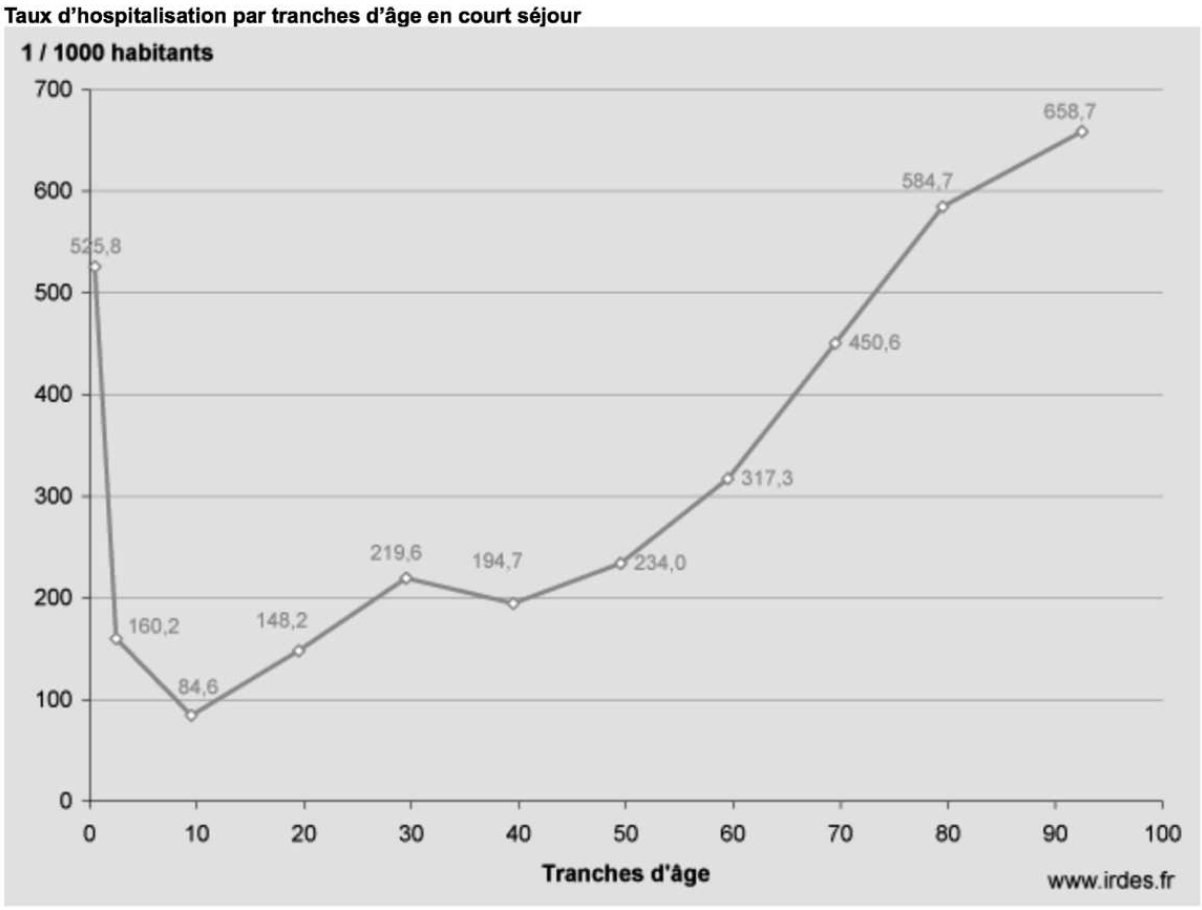
Cette donnée statistique est à mettre en parallèle avec l'augmentation considérable de 45,7 % des séjours hospitaliers constatés entre 2000 et 2009, toujours dans cette même tranche de population (ESPS-IRDES, 2009).



Graphique 3 : Evolution des séjours d'hospitalisation complète (Données ESPS 2009)

Ainsi, en 2010, on estimait à 450,6/1000 habitants le taux d'hospitalisation concernant des personnes âgées de 70 ans.

Ce taux augmente de façon croissante à 584,7/1000 habitants pour les sujets de 80 ans.



Graphique 4 : Taux d'hospitalisation par tranche d'âge (Données DRESS 2010)

On a constaté également que la durée des hospitalisations des personnes âgées était plus longue.

Ainsi, en 2009, on estimait la part des hospitalisations en France des personnes âgées de 80 ans et plus à environ 15,3 %. Ces hospitalisations représentaient 23,1 % en terme de journée d'hospitalisation complète (ESPS-IRDES, 2009).

Cet allongement des durées de séjours hospitaliers des personnes âgées est un reflet indirect de leur polypathologie rendant leur prise en charge médicale plus complexe pour les professionnels de santé.

3.2. Polypathologie - Définition

La notion de polypathologie est définie par l'association de plusieurs maladies, le plus souvent chroniques, évoluant depuis au moins 3 mois de manière simultanée.

La prévalence de ces pathologies chroniques du sujet âgé est résumée dans le tableau 1 (ESPS-IRDES, 2008)

Tableau 1 : Taux de prévalence des maladies chroniques (Données ESPS 2008)

	Moins de 16 ans		16 à 39 ans		40 à 64 ans		65 ans et plus	
	Nb mal. brut	Mal/ 100 pers.	Nb mal. brut	Mal/ 100 pers.	Nb mal. brut	Mal/ 100 pers.	Nb mal. brut	Mal/ 100 pers.
Maladies de l'appareil circulatoire	18	0,5	606	12,8	2 853	51,7	3 050	132,9
Tumeurs	9	0,3	43	1,0	282	5,3	306	13,0
Maladies de l'appareil respiratoire	893	26,5	1 500	32,3	1 661	30,1	932	40,1
Maladies de l'oreille et troubles de l'audition	162	4,7	149	3,1	421	7,6	424	18,1
Maladies de l'œil et troubles de la vue	841	25,3	2 250	49,0	4 973	90,1	2 786	122,0
Maladies de la bouche et des dents	118	3,6	545	11,8	1 045	19,2	325	13,8
Maladies de l'appareil digestif	101	3,1	572	12,6	1 421	26,0	907	39,8
Maladies du système ostéo-articulaire	90	2,8	1 015	22,1	3 664	66,6	2 591	115,0
Maladies ou problèmes génito-urinaires	39	1,2	398	8,8	645	11,6	427	17,9
Maladies endocriniennes et métaboliques	129	3,8	578	12,4	2 425	43,9	1 938	82,3
Maladies ou problèmes psychiques	91	2,7	768	17,2	1 397	26,2	631	28,1
Maladies du système nerveux	64	1,9	508	10,9	867	15,7	448	19,9
Maladies de la peau	315	9,6	571	12,1	523	9,4	185	7,5
Maladies infectieuses et parasitaires	43	1,3	98	2,3	98	1,7	47	2,0
Maladies du sang et organes hématopoïétiques	7	0,2	32	0,6	45	0,8	26	1,1
Affections congénitales, périnatales, anomalies chromosomiques	62	1,9	62	1,3	44	0,8	17	0,8
Symptômes, maladies illisibles	132	4,0	228	5,0	376	6,9	292	13,2
Causes externes, lésions traumatiques et facteurs influant sur l'état de santé	335	10,3	567	12,1	1 001	18,6	823	35,7

On a constaté, à travers cette étude épidémiologique menée en 2008, que les maladies de l'appareil circulatoire représentaient la première cause de maladie

chronique après 65 ans. Les maladies ophtalmologiques et ostéo articulaires figuraient respectivement en 2ème et 3ème position.

Ces maladies chroniques, du fait de leur fréquence, constituent ainsi les principales causes de décès des sujets âgés.

L'étude INSEE de 2011 a montré que les deux principales causes de décès dans la tranche d'âge 75-84 ans étaient les cancers (32 %), suivis des maladies de l'appareil circulatoire (27 %).

Cette situation s'inversait pour la tranche d'âge 85 ans et plus avec 34 % des décès survenant dans les suites de maladies cardio-vasculaires et 18 % pour les cancers.

La polypathologie est à l'origine d'un recours plus important à des hospitalisations.

Les principales pathologies présentes chez des sujets de 80 ans et plus, qui ont été hospitalisés en 2009, sont résumées dans le tableau 2.

Tableau 2 : Motifs de recours à une hospitalisation des personnes de plus de 80 ans (Données DRESS 2009)

Maladies de l'œil et de ses annexes	30,4
Maladies de l'appareil circulatoire	29,7
Maladies du sang, organes hématopoïétiques	29,0
Maladies de l'appareil respiratoire	23,2
Etats morbides	23,1
Causes externes	19,6
Troubles mentaux	16,8
Maladies infectieuses et parasitaires	16,6
Maladies du système nerveux et organes des sens	15,3
Tumeurs	15,2
Maladies de l'appareil digestif	14,7
Maladies endocr, nutritionnelles et du métabolisme	14,0
Maladies de la peau et tissus cellulaires sous-cutanés	13,5
Maladies ostéo-articulaires, muscles	12,3
Maladies du système génito-urinaire	11,9
Facteurs influençant l'état de santé	7,1
Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	6,5
Malformations congénitales	1,1

Une enquête épidémiologique de 2008 a révélé que 15,9 % des personnes de 65 ans et plus déclaraient avoir plus de 10 maladies (hors pathologies dentaires et déficiences visuelles physiologiques) (ESPS-IRDES, 2008).

Tableau 3 : Nombre de maladies par personne, par classe âge (Données ESPS 2008)

	Moins de 16 ans 3 305		16 à 39 ans 4 673		40 à 64 ans 5 631		65 ans et plus 2 331		Ensemble	
	Effectif brut	Pourcentage pondéré	Effectif brut	Pourcentage pondéré	Effectif brut	Pourcentage pondéré	Effectif brut	Pourcentage pondéré	Effectif brut	Pourcentage pondéré
Nombre de maladies										
0	1 830	55,5	1 590	33,8	883	15,0	77	3,0	4 380	26,1
1	846	25,6	1 188	25,2	1 069	18,5	134	5,6	3 237	19,6
2	357	10,7	750	16,0	905	16,0	200	8,4	2 212	13,7
3	158	4,7	438	9,5	754	13,7	268	11,0	1 618	10,3
4	53	1,6	259	5,6	584	10,5	257	11,1	1 154	7,5
5	34	1,0	177	3,9	407	7,3	259	11,3	877	5,8
6	13	0,4	90	2,0	278	5,1	254	10,8	635	4,3
7	5	0,2	65	1,4	221	4,0	232	10,0	523	3,5
8	3	0,1	45	1,0	135	2,5	144	6,4	327	2,3
9	3	0,1	20	0,5	116	2,2	150	6,6	289	2,1
10 et +	3	0,1	51	1,0	279	5,2	356	15,9	689	4,9
Ensemble	**3 305**	**100,0**	**4 673**	**100,0**	**5 631**	**100,0**	**2 331**	**100,0**	**15 941**	**100,0**

(ESPS : Enquête Santé Protection Sociale de l'Institut de Recherche en Economie de la Santé (IRDS))

Dans cette même étude, les personnes âgées de plus de 65 ans, vivant à domicile, avaient quant à elles, en moyenne, 6,4 maladies pour les femmes et 5,5 chez les hommes (en dehors des pathologies dentaires et anomalies de la réfraction).

Enfin, la polypathologie des personnes âgées vivant en institution était estimée dans cette même enquête à 6 pathologies chroniques stabilisées co-existantes.

Environ 80 % souffraient d'une pathologie neuropsychiatrique dont un tiers de syndrome démentiel et/ou d'état dépressif.

Soixante quinze pour cent des résidents étaient atteints d'au moins une affection cardio-vasculaire, l'hypertension artérielle étant la pathologie la plus fréquente (Etude DREES de 2011).

Ces pathologies chroniques en augmentation croissante et l'allongement de l'espérance de vie, ont pour conséquence une consommation médicamenteuse supérieure chez les personnes âgées.

3.3. Polymédicamentation – Consommation médicamenteuse

Les maladies chroniques sont à l'origine de la prise de multiples médicaments, volontiers prescrits à long terme, que l'on traduit par le terme de polymédicamentation.

La polymédicamentation se définit par une association de plusieurs traitements au long cours chez une même personne.

Les sujets âgés de 65 ans et plus consomment en moyenne 3,6 médicaments différents chaque jour, ce chiffre étant de 4,4 après 80 ans (HAS, 2005).

Cette définition du seuil, à partir duquel se définit la polymédicamentation, est variable à travers la littérature médicale. Il est fixé à 5 médicaments quotidiens (Académie nationale de pharmacie, 2005).

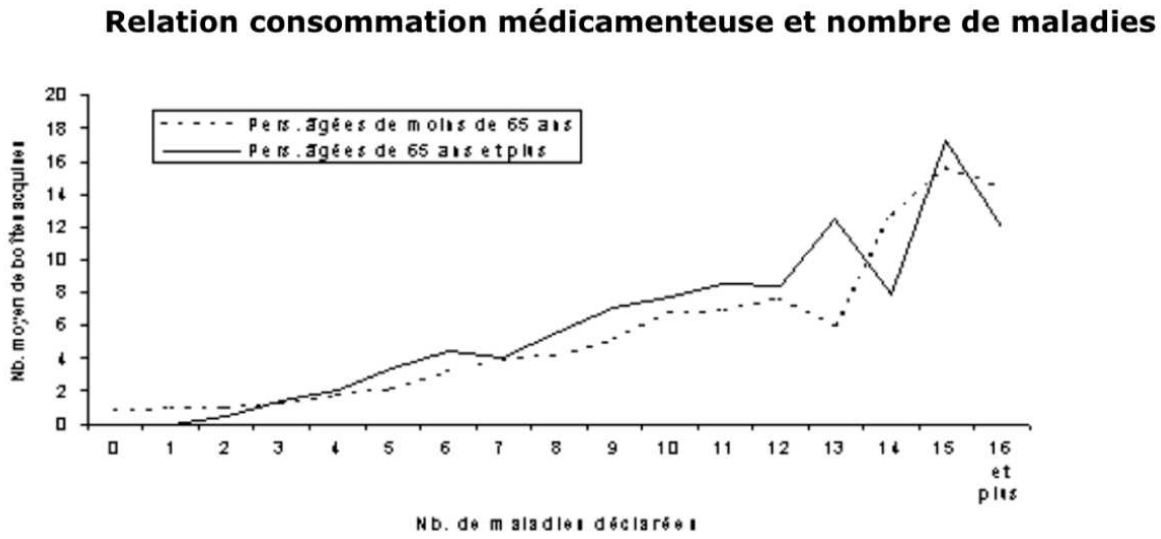
Une étude réalisée aux Pays-Bas a montré que la polymédicamention définie par un seuil ≥ 5 médicaments était très fréquente (Van den Heuvel PML, 2011).

Les auteurs d'une étude européenne ont estimé que 51 % des sujets âgés de 65 ans et plus, en Europe, recevaient quotidiennement au moins 6 médicaments (Fialová D et al, 2005).

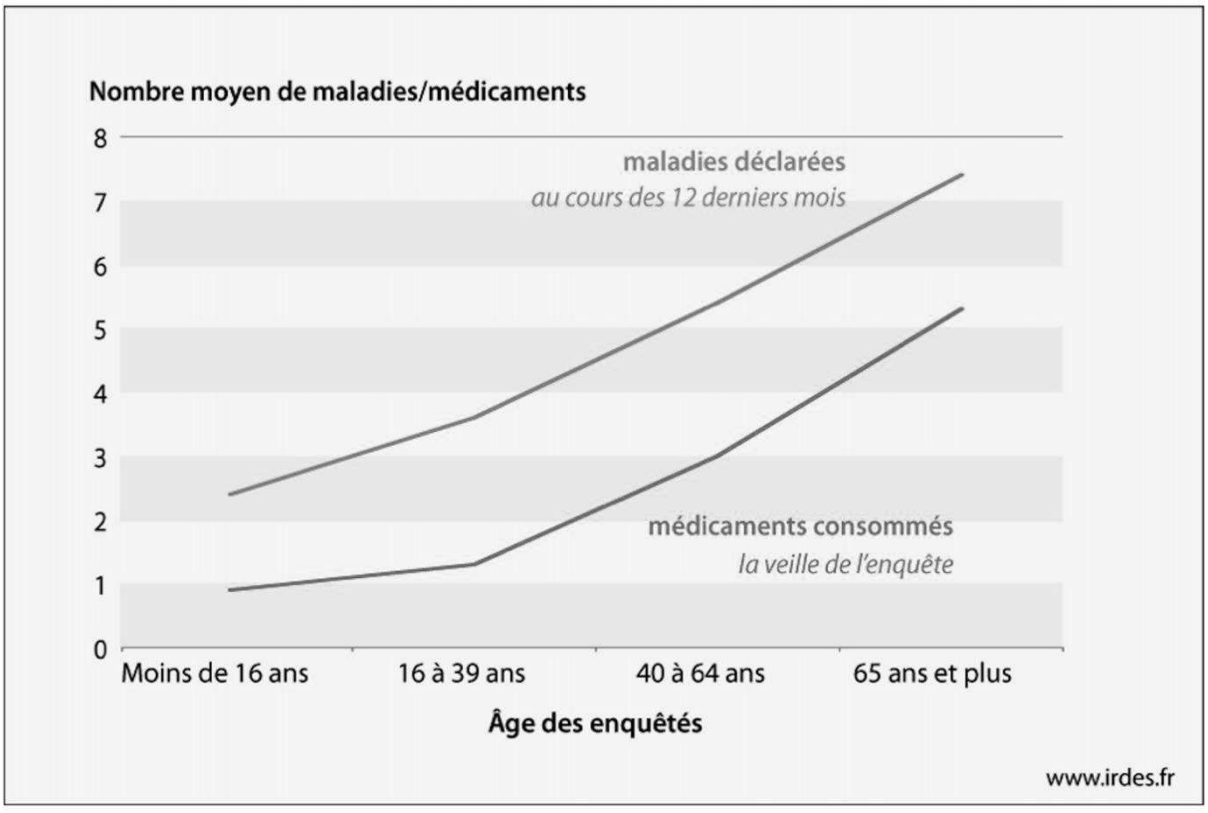
Un rapport de HAS de 2005 a évalué, en moyenne, une consommation journalière de 3,6 médicaments par personne âgée de 65ans et plus.

Ce chiffre passait de 3,3 médicaments différents par jour pour la tranche d'âge 65-74 ans à 4 chez les 75-84ans (HAS, 2005).

Les personnes de plus de 85 ans, quant à elles, consommaient une moyenne de 4,6 médicaments.



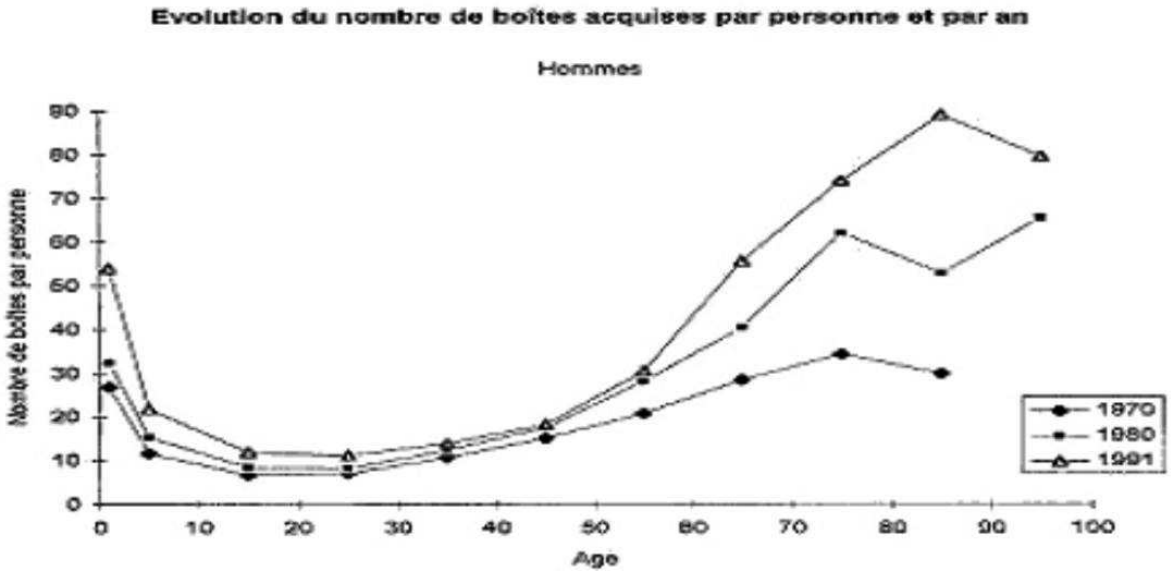
Graphique 5 : relation consommation médicamenteuse et nombre de maladies (Données ESPS 2000)



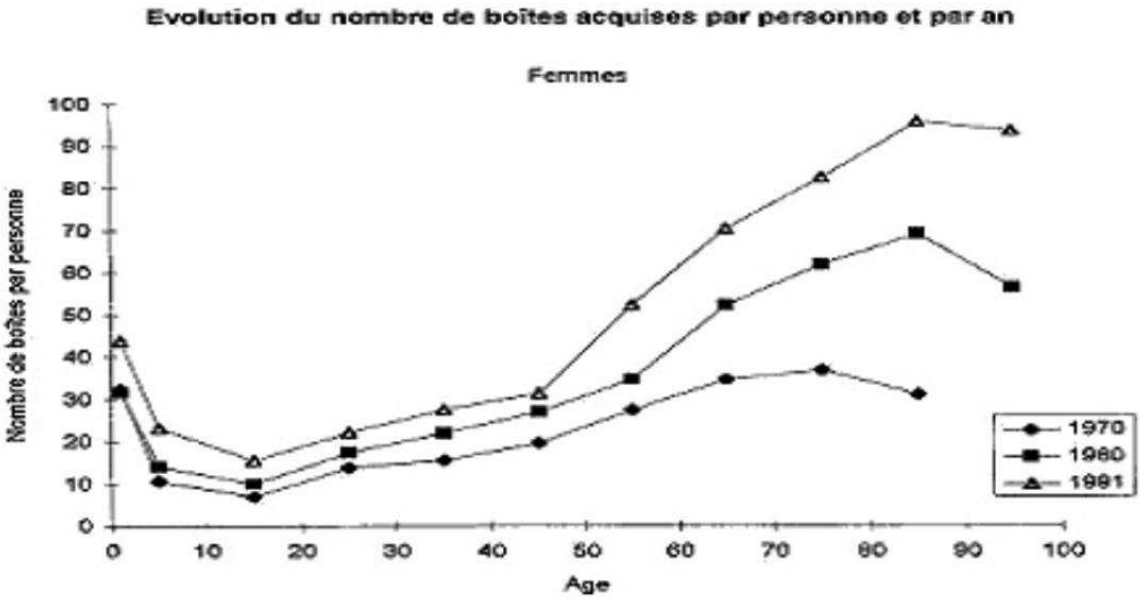
Graphique 6 : Polymédicamentation selon l'âge des personnes (Données ESPS 2008)

Cette augmentation de la consommation médicamenteuse associée à l'âge est récente, comme en témoignent les enquêtes décennales INSEE – CREDES *(Graphique 7 et 8)*. Entre 1970 et 1991, l'augmentation a porté essentiellement sur le nombre de conditionnements achetés par les sujets très âgés. Le taux a été multiplié de 109 % chez les plus de 80 ans. Ceci concernait essentiellement les médicaments cardio-vasculaires, les antidiabétiques et les collyres, notamment bêtabloquants.

Ainsi, une polymédicamentation apparaît dans les années 1990, dont le premier déterminant est la polypathologie, elle-même fortement associée à l'âge.



Graphique 7 et 8 : Evolution du nombre de médicament par personne et par an (Données CREDES 1994)



Les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs de médicaments en France. En effet, 91 % des consultations en Médecine générale sont suivies d'une ordonnance contre 56 % pour les spécialistes (Académie nationale de pharmacie, 2005).

Cette augmentation croissante du nombre de médicaments chez les sujets âgés implique que les professionnels de santé en charge de la continuité des soins soient vigilants quant à la survenue d'événements iatrogènes.

En effet, de nombreuses études ont montré une augmentation significative du risque de survenue d'événements iatrogènes avec la polymédicamentation, et cela tout particulièrement chez les personnes âgées.

Une étude a démontré que des patients qui prenaient 2 médicaments étaient confrontés à un risque d'interactions médicamenteuses indésirables de 13%. Ce risque augmentait avec le nombre de médicaments prescrits de façon concomitante, passant à 38 % pour 4 médicaments et 82 % au-delà de 7 médicaments ou plus (Goldberg et al, 1996).

3.4. Iatrogénie médicamenteuse

3.4.1. Définition

La iatrogénie médicamenteuse se définit comme l'ensemble des effets nocifs, involontaires et indésirables d'un médicament utilisé chez l'homme.

La iatrogénie médicamenteuse comprend ainsi les :

- effets indésirables et interactions médicamenteuses imputables au médicament.
- erreurs médicamenteuses pouvant être la conséquence d'un défaut de posologie, d'un défaut de voie d'administration, un défaut de continuité des soins.
- erreurs médicamenteuses liées à un défaut d'observance thérapeutique du patient, cela pouvant être la cause d'un manque d'éducation thérapeutique.

3.4.2. Facteurs favorisants

Le vieillissement physiologique engendre une modification importante du métabolisme des médicaments.

Les principales modifications physiologiques et cliniques sont une diminution de la fonction rénale avec une décroissance de la clairance de la créatinine estimée selon la formule de Cockcroft & Gault entre 30 et 60 ml/min chez environ 50 % des sujets de plus de 75 ans. Cette insuffisance rénale modérée des personnes âgées doit faire l'objet d'une vigilance accrue avant toute prescription médicamenteuse et, tout particulièrement, au cours du suivi thérapeutique.

a. une diminution du poids des personnes âgées est associée à un risque accru d'augmentation des concentrations plasmatiques des médicaments prescrits, cela principalement chez les sujets de moins de 50 kg.
b. la modification de la répartition de la masse grasse et masse maigre chez les sujets âgés, ce qui nécessite une vigilance quant aux posologies de médicaments aux profils lipophiles.

c. la décroissance rapide de l'albumine lors des processus inflammatoires pouvant perturber la pharmacodynamie des médicaments et aboutir à des effets indésirables.
d. une modification du métabolisme hépatique avec une décroissance de la capacité fonctionnelle hépatique.

La diminution de l'acétylcholine cérébrale, neuromédiateur du fonctionnement du système cérébral et tout particulièrement les processus mnésiques. Cela implique une prudence quant à la prescription de médicaments aux propriétés anticholinergiques.

Les personnes âgées, du fait de leur polypathologie et de leur polymédicamentation, ont un risque de iatrogénie supérieur.

Une étude anglaise prospective, sur 18 820 admissions de l'adulte, a montré que 5,2 % des admissions étaient directement liées à un accident iatrogénique. L'âge moyen des sujets admis était de 76 ans. Des interactions médicamenteuses dangereuses étaient retrouvées dans 16,6 % des cas.

Les médicaments les plus souvent responsables étaient les anti-inflammatoires non stéroïdiens (au premier chef l'acide acétylsalicylique, même à faible dose), les diurétiques et la coumadine. Soixante-dix pour cent des accidents étaient potentiellement évitables (Pirmohamed M et al, 2004).

L'incidence des accidents iatrogéniques a été estimée dans une étude à 50/1000 personnes années dont 27,6 % sont considérés comme évitables (Gurwitz JH et al, 2003).

En France, on estime à 20 % la proportion des hospitalisations en urgence des personnes âgées de plus de 75ans directement en rapport avec un événement iatrogène (des erreurs de prescription aux événements indésirables liés au traitement) (HAS, 2014). D'autre part, 2,6 % des séjours hospitaliers étaient dus à des événements indésirables graves jugés évitables dont 40% étaient causés par des médicaments (ENEIS, 2009).

3.5. Gestion des médicaments du sujet âgé

En substance, les séniors représentent la catégorie de la population ayant :

- le plus de maladies chroniques,
- le plus de médicaments
- le plus de risque d'hospitalisation et de iatrogénie médicamenteuse

La prise en charge de ces patients dans le domaine du médicament est complexe et implique : une synthèse thérapeutique régulière et une attention particulière dans le domaine de la continuité des soins lorsque ces malades sont par exemple hospitalisés. La gestion des thérapeutiques médicamenteuses dans la population sénior intéresse deux processus intriqués :

- la révision thérapeutique
- la conciliation médicamenteuse

3.5.1. Révision thérapeutique

La révision thérapeutique consiste à adapter les traitements médicamenteux d'un patient en tenant compte des recommandations scientifiques, des pathologies chroniques, de l'état de santé global et de la réalité du contexte psycho-médico-social. Elle a des conséquences bénéfiques sur la santé des personnes âgées, en permettant d'optimiser la qualité des prescriptions médicamenteuses.

Ce processus de révision thérapeutique doit repérer les médicaments de l'ordonnance non adaptés (mésusage) au sujet âgé ou manquants (« underuse » des auteurs anglo-saxons ; autrement dit, sous utilisation d'un médicament aux propriétés efficaces et adaptées à un patient).

L'outil "STOPP and START" est un exemple de méthodologie permettant de détecter des prescriptions inappropriées pour guider le médecin dans l'analyse des médicaments les plus pertinents. Il repose sur l'utilisation d'un référentiel proposant des alternatives thérapeutiques issues de recommandations appréhendant les caractéristiques du patient âgé (Lang et al, 2010).

La révision thérapeutique doit également adapter les prescriptions en fonction des contre-indications à l'usage d'un médicament même si ce dernier est recommandé du fait des pathologies (exemple : usage d'un bêtabloquant chez un patient souffrant d'une insuffisance cardiaque et également d'une insuffisance respiratoire chronique de type obstructive). Elle permet aussi de s'adapter aux problèmes de tolérance liés au médicament à l'origine de la survenue d'un événement indésirable (exemple : usage d'une statine en prévention secondaire du risque cardiovasculaire, pouvant engendrer la survenue de manifestation musculaire ou de perturbation du bilan hépatique).

Enfin, ce processus de synthèse thérapeutique approfondie que représente la révision médicamenteuse permet d'ajuster les traitements à des éléments propres à chaque patient. Pour l'illustrer une étude portant sur le nombre de médicaments prescrits dans une cohorte communautaire en Hollande paraît pertinente. Dans 39 % des cas, les médecins généralistes n'avait pas réalisé de façon intentionnelle une prescription théoriquement attendue (Van den Heuvel PML, 2011). La raison en était :

- une espérance de vie insuffisante
- un âge avancé avec une balance bénéfice-risque incertaine
- l'existence de troubles cognitifs impactant sur l'observance thérapeutique et donc du risque accru de survenue d'événements indésirables
- la non observance des patients ou leur refus d'observer leur prescription
- une survenue d'événements indésirables ou l'existence d'une contre-indication.

Cette révision thérapeutique constitue un objectif de santé réel et recommandé (Recommandation 09/2014), qui intègre le cadre **du processus de conciliation médicamenteuse** (HAS, 2014).

3.5.2. Conciliation médicamenteuse

La conciliation des traitements médicamenteux est un processus formalisé interactif et *pluridisciplinaire*. Elle garantit la **continuité des soins** en prenant en compte les traitements en cours et habituellement pris par le patient lors de l'élaboration d'une nouvelle prescription. Elle favorise la transmission d'informations complètes et

exactes des traitements du patient entre professionnels de santé notamment à son admission dans un établissement de soins.
De manière plus précise, le processus de conciliation médicamenteuse met en jeu une **collaboration médico-pharmaceutique** indispensable et vise à établir :

- la liste **exacte et exhaustive** des médicaments prescrits (et donc *a priori* pris par les patients) à partir de plusieurs sources (exemple : du médecin traitant aux spécialistes, jusqu'au pharmacien référent)
- une nouvelle prescription et à transmettre celle-ci aux autres prescripteurs participants à la prise en charge

La mise en place de cette pratique vise à prévenir les erreurs médicamenteuses et à réévaluer les traitements médicamenteux aux points de transition (admission à l'hôpital, transferts au sein de l'hôpital et la sortie de l'hôpital) ; elle constitue à ce titre une des étapes fondamentales de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients.

Cette enquête croisée garantit, à un temps précis, le recueil exact des médicaments prescrits. Elle améliore la continuité des soins en prenant systématiquement en compte les traitements en cours.
La conciliation médicamenteuse est une **démarche qualitative de prescriptions et de leur suivi** qui est distincte de celle, par exemple, adoptée dans le système "STOPP and START".
Ce processus permet de d'identifier des divergences médicamenteuses qui peuvent être **intentionnelles (DI)** (initiées volontairement par un médecin) ou **non intentionnelles (DNI)**. Les divergences non intentionnelles sont les plus souvent à l'origine des erreurs médicamenteuses.
Les prescriptions des personnes âgées polymédicamentées comportent statistiquement un fort risque de divergences médicamenteuses non intentionnelles en raison aussi de la multiplicité des professionnels de santé intervenant dans leurs parcours de soins.

Dans une étude française, après une révision thérapeutique systématique des prescriptions de sujets âgés hospitalisés, l'omission thérapeutique apparaissait comme la cause principale de **divergence non intentionnelle** (79,2 %), suivie des erreurs portant sur la posologie et/ou la voie d'administration du médicament (16,8 %) (Leguelinel-Blache et al, 2014).

Les **divergences médicamenteuses intentionnelles** sont influencées par l'état de santé du patient et par ses caractéristiques cliniques constatées à un moment donné, qu'il s'agisse de celles observées au décours d'une consultation chez un médecin généraliste ou un spécialiste, ou d'une hospitalisation.

Une révision thérapeutique des traitements de chaque patient âgé polypathologique et fragile apparaît donc stratégique pour limiter les événements iatrogènes médicamenteux notamment.

La littérature médicale confirme le bénéfice d'un processus de conciliation médicamenteuse dans la prise en charge des personnes âgées puisqu'elle semble indirectement plutôt éviter les **divergences médicamenteuses en particulier non intentionnelles** qui sont fortement à risque de iatrogénie.

Ainsi, une étude menée dans un service de Médecine Interne a montré une diminution significative de l'incidence des **divergences médicamenteuses non intentionnelles** de 3,5 à 1,8 % ($p < 0,003$) après initiation d'un processus de conciliation médicamenteuse (Zoni et al, 2012).

Un processus de conciliation médicamenteuse effectué lors du séjour hospitalier de sujets âgés hospitalisés aux USA s'accompagnait d'une diminution de 43 % de la prévalence des événements indésirables liés aux changements thérapeutiques à l'admission hospitalière. Ce processus de conciliation informatisé était effectué par les médecins du service de Gériatrie lors de l'admission des patients. Ce recueil se faisait par contact avec les pharmaciens ou bien après consultation du système informatique de l'établissement pour les patients qui y figuraient antérieurement et dont les ordonnances avaient été informatisées (Boockvar et al, 2011).

La conciliation médicamenteuse apparaît essentielle pour optimiser une meilleure coordination ville-hôpital, volontier associée à des incertitudes thérapeutiques au moment du retour à domicile du patient.

Une grande partie des études visant à évaluer l'impact d'un processus de conciliation médicamenteuse se sont limitées essentiellement à la stricte période de l'hospitalisation, en comparant l'effet, lorsqu'intervient le renouvellement des prescriptions après une hospitalises traitements des patients à l'admission à ceux de la sortie. Plus rarement, **l'impact potentiel d'une conciliation médicamenteuse à distance de la sortie** d'hospitalisation a été étudié.

En effet, lorsque qu'intervient le renouvellement des prescriptions après une hospitalisation, la plupart du temps dans un délai d'un mois après la sortie, la comparaison des prescriptions de sortie à celles renouvelées par le médecin traitant est inconstante.

Une étude a démontré que dans près d'un tiers des cas après une hospitalisation, la prescription médicamenteuse établie par les spécialistes hospitaliers restait virtuelle et non adoptée par le patient dans les 7 jours qui suivaient sa sortie (Gurwitz JH et al, 2003).

Dans ce délai, le malade, volontier de sa propre initiative, reprenait le traitement qui était le sien avant son séjour à l'hôpital.

Le résultat de cette étude laisse donc supposer que les **divergences médicamenteuses intentionnelles ou non** pourraient de nouveau intervenir à distance de la sortie d'hospitalisation.

Ainsi une enquête médicamenteuse effectuée à distance de l'hospitalisation, lors du renouvellement de l'ordonnance par le médecin traitant, permettrait d'évaluer l'utilité du processus de conciliation médicamenteuse (réalisée lors du séjour hospitalier) par exemple sur la réduction du nombre de divergences médicamenteuses intentionnelles ou non. Cela ne se conçoit cependant que si la transmission des conclusions des révisions thérapeutiques intervient dans un délai très court.

La nature et la justification des modifications thérapeutiques effectuées lors d'un séjour hospitalier doivent être transmises au médecin traitant du malade, seule méthode garantissant de disposer de tous les éléments nécessaires informant sur les

modifications thérapeutiques les plus stratégiques. Cette transmission s'inscrit dans une démarche qualité de la coordination ville-hôpital et plus particulièrement dans l'étape de la continuité des soins.

3.6. Place du pharmacien d'officine dans le processus de conciliation médicamenteuse du sujet âgé hospitalisé

La France compte sur l'ensemble de son territoire 22 401 pharmacies d'officine soit une pharmacie pour 2 900 habitants. Chaque jour, 4 millions de français se rendent dans une officine (Ordre National des pharmaciens, 2015). Ces pharmacies d'officine constituent un maillage homogène garantissant aux patients une proximité et une accessibilité privilégiée. De fait, le pharmacien officinal est souvent le premier professionnel de santé sollicité avant et après une consultation chez un médecin à l'issu de laquelle une prescription médicamenteuse est souvent réalisée. Il est donc amené dans sa pratique à conseiller les patients mais aussi à coopérer avec les autres professionnels de santé (médecins libéraux, soignants, professionnels paramédicaux, établissements de santé).

Le pharmacien d'officine a donc un rôle particulièrement majeur dans la prise en charge des patients âgés souffrant de maladies chroniques. Il est un élément essentiel du lien Ville-Hôpital aussi bien comme source d'information pour l'hôpital que comme collaborateur dans la continuité des soins.

Lorsqu'un patient est hospitalisé, l'obtention du traitement habituel du patient et de l'historique des traitements est indispensable (processus de conciliation médicamenteuse). Parmi les sources d'informations possibles le pharmacien est l'une des plus importantes pour sa fiabilité et sa disponibilité. Il centralise l'ensemble des ordonnances délivrées aux patients, ainsi que les médicaments pris en automédication. Cela lui permet de disposer d'une liste pratiquement exhaustive des traitements prescrits et délivrés. Même si un patient peut ne pas solliciter

systématiquement la même pharmacie ou se voir rétrocéder certains médicaments (pharmacie à usage intérieur), le contact avec le pharmacien pour constituer un historique médicamenteux permet une exhaustivité proche de 90% (Dufay, 2013). La coopération entre le pharmacien d'officine et l'hôpital est également cruciale lors de la sortie d'hospitalisation pour assurer la continuité des modifications thérapeutiques. Les dispositions législatives, règlementaires et ordinales confirment, justifient et valident le rôle incontournable du pharmacien dans la continuité des soins, l'interdisciplinarité et dans le processus de conciliation médicamenteuse.

Sur le plan législatif, la loi HPST (Legifrance, 2009) à travers l'Article L. 5125-1-1 A. stipule que les pharmaciens d'officine :

- participent à la coopération entre professionnels de santé ;
- peuvent, dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1 du présent code, être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médications destinés à en optimiser les effets ;

Enfin, l'Ordre des pharmaciens dans ses recommandations de la section D pour le pharmacien adjoint d'officine, souligne et encourage de nouvelles missions novatrices destinées au pharmacien d'officine. Au sein de celles-ci on retiendra tout particulièrement celle qui vise à instaurer la conciliation médicamenteuse et la lettre de liaison ville-hôpital.

Dans ce contexte d'amélioration de la qualité de la pertinence thérapeutique et du suivi du traitement au travers du processus de conciliation médicamenteuse, l'implication du pharmacien à la hauteur de son rôle stratégique a conduit à la mise en place d'un Outil de Conciliation Médicamenteuse (OCM) joint à l'ordonnance de sortie. Ce dernier doit faciliter la continuité des soins à la sortie et permettre au pharmacien de comprendre de façon claire et instantanée la justification des éventuels changements thérapeutiques apportés par l'hôpital. Il lui permettra en outre de s'assurer que le service hospitalier a bien pris en compte tous les traitements habituels du patient, pour rédiger la prescription de sortie.

Cet outil doit répondre aux exigences législatives et réglementaires que nous venons de décrire pour permettre au pharmacien d'officine de collaborer avec les autres professionnels de santé et apporter une sécurité supplémentaire à la prise en charge du patient à la sortie d'hospitalisation.

Tableau 4 : loi HPST, Article L. 5125-1-1 A :

Dans les conditions définies par le présent code, les pharmaciens d'officine :
1° Contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 ;
2° Participent à la coopération entre professionnels de santé ;
3° Participent à la mission de service public de la permanence des soins ;
4° Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;
5° Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 ;
6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit la convention pluriannuelle visée au I de l'article L. 313-12 du même code qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ;
7° Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

Tableau 5 : « les recommandations de la section D pour le pharmacien adjoint d'officine » (3) rédigé le 19/01/15 :

• participer à l'exploitation du site internet de l'officine (sous réserve d'une délégation du pharmacien titulaire (article L.5125-33 du CSP),
• participer aux entretiens pharmaceutiques et en assurer le suivi,
• mettre en place des opérations de dépistage, avec la généralisation des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique,
• gérer des ruptures d'approvisionnement,

• instaurer la conciliation médicamenteuse et la lettre de liaison ville-hôpital
• s'impliquer dans la télémédecine et la télésanté,
• mettre en place de Bonnes Pratiques de Dispensation et de prise en charge des patients pour un exercice officinal de qualité. »

4. Objectifs de l'étude

Les buts de cette étude prospective sont de :

A. Décrire et justifier les ajustements thérapeutiques (divergences intentionnelles) proposés pendant l'hospitalisation.

B. Déterminer le nombre et la nature des **divergences médicamenteuses intentionnelles et non intentionnelles** 1 mois après le retour à domicile du patient, entre son traitement de sortie et la nouvelle ordonnance de renouvellement réalisée par le médecin traitant.

C. Mesurer la pertinence d'un outil de conciliation médicamenteuse de sortie pour les pharmaciens d'officine en charge de la santé du patient.

5. Méthode

Cette étude longitudinale, monocentrique, prospective intéressait une cohorte de patients hospitalisés dans une unité de court séjour gériatrique. Ces patients pouvaient être admis via le service des urgences ou dans le cadre d'une hospitalisation directe (c'est-à-dire sans séjour préalable au SAU ou dans un autre service hospitalier).
Une conciliation médicamenteuse de sortie était effectuée pour chaque patient et ses informations transmises grâce à un outil standardisé : **l'Outil de Conciliation médicamenteuse (OCM).**
Une **enquête médicamenteuse** était réalisée un mois après sa sortie, afin d'effectuer un **bilan comparatif** entre les traitements figurant sur l'ordonnance de sortie à ceux existant au décours du renouvellement d'ordonnance, effectué par le médecin traitant.

5.1. Critères d'inclusion

- âge ≥ 75 ans
- vivant à domicile ou résidence pour personne âgée
- médecin traitant et pharmacien référents désignés
- projet de retour à domicile établi dès les premiers jours de l'hospitalisation

5.2. Critères d'exclusion

- patients vivant en EHPAD ou transférés secondairement en Soins de Suite et Réadaptation (SSR)
- réhospitalisation précoce (dans le mois suivant la sortie) survenant avant le renouvellement d'ordonnance

5.3. Bilan médicamenteux optimisé

Tous les malades admis dans l'unité de court séjour gériatrique bénéficiaient d'un **bilan médicamenteux optimisé (BMO)**. Il correspondait au recueil exhaustif du traitement médicamenteux prescrit au patient avant l'hospitalisation (nom, dosage, posologie, forme galénique et voie d'administration). Pour cela plusieurs sources étaient utilisées pour garantir la meilleure exhaustivité possible (ordonnance, pharmacie, médecins, famille).

5.4. Révision thérapeutique

Une phase de **synthèse thérapeutique** intervenait pendant l'hospitalisation de façon à adapter les traitements aux recommandations et aux pathologies aiguës. L'ordonnance de médicaments à la sortie du malade de l'hôpital résultait de ce processus qui était résumé par **l'outil de conciliation médicamenteuse** associée au compte-rendu médical et à l'ordonnance de sortie.

5.5. Conciliation médicamenteuse de sortie

La conciliation médicamenteuse de sortie consistait à faire la synthèse du traitement de sortie en notifiant et justifiant les modifications médicamenteuses éventuelles réalisées pendant l'hospitalisation par rapport au BMO.
Les conclusions de la conciliation médicamenteuse étaient transmises à l'ensemble des acteurs de santé : au malade, au pharmacien, à son entourage, au médecin traitant au moyen d'un **Outil de Conciliation Médicamenteuse (OCM).**

5.6. Outil de conciliation médicamenteuse

Cet outil (Annexe 6) avait pour but d'optimiser la transmission de l'information au médecin traitant et au pharmacien d'officine concernant les modifications thérapeutiques effectuées parmi le traitement médical du patient.

Cet outil était organisé en lignes et colonnes. Chaque ligne correspond à un traitement. Pour chaque traitement (et donc chaque ligne) sont indiquées la voie d'administration, la posologie, les répartitions journalières détaillées. Il est également indiqué les modifications éventuelles apportées pendant l'hospitalisation, leur type et la justification le cas échéant.

Les colonnes renseignent successivement :

- le nom du médicament,
- sa posologie,
- la modification ou non apportée pendant l'hospitalisation (**aucune-suppression-modification** de posologie-**Ajout-Remplacement)**
- les justifications cliniques ou biologiques des modifications le cas échéant

Ainsi, la première colonne correspondait au BMO et la dernière au traitement de sortie.

Les traitements sont ordonnés dans le sens vertical par classe médicamenteuse.

Enfin, sur cet outil, figure :

- l'identité du patient : nom, prénom, date de naissance
- le nom du médecin traitant, du pharmacien référent et de l'IDE (en cas de délivrance sécurisée des médicaments à domicile)

5.7. Questionnaire d'évaluation

Pour mesurer la pertinence de l'OCM, un questionnaire standardisé était soumis à chacun des pharmaciens ayant eu un patient admis dans cette unité.

Ce questionnaire, semi-quantitatif, était remis au patient sous forme de courrier destiné au pharmacien. Ainsi, lorsque le patient se présentait à la pharmacie il devait remettre l'enveloppe comportant le questionnaire au pharmacien. Il abordait 4 principaux critères :

- transmission de l'information
- qualité de l'OCM
- perspectives de l'outil

- la pertinence de l'OCM dans l'amélioration de la dispensation des médicaments.

5.8. Paramètres recueillis

Les paramètres recueillis dans le cahier de protocole (Annexe 4 et 7) étaient :

- Données démographiques :
  - date de naissance, sexe

- Données de l'hospitalisation :
  - durée du séjour hospitalier
  - mode d'admission dans le service (directe ou par les urgences du CHU) en précisant le moment de l'admission dans les services (journée/nuit/weekend et jours fériés/vacances)

- Données morphologiques et biologiques :
  - poids en kg, taille en mètre
  - albumine en g/L.
  - clairance de la créatinine en ml/min/m^2 selon la formule MDRD

- Comorbidités :

  Le score de Charlson élaboré en 1987 destiné à pondérer le risque relatif estimé de mortalité à 1 an (Annexe 1). Un score supérieur à 7 traduit une comorbidité élevée et un score supérieur à 5 témoigne d'une mortalité notable. Ce score a été calculé en utilisant les données du dossier médical.

- Statut cognitif :

  Le statut cognitif du patient (normal ou altéré) était renseigné à partir des données du dossier médical.

- Dépendance :
  - L'ADL (Activities of Daily Living) mesure la dépendance du patient. Cette échelle comporte 6 items : hygiène corporelle, habillage, aller aux toilettes, locomotion, continence et repas. Chaque item était coté selon 3 niveaux :

    Indépendance (0), dépendance partielle (0,5), dépendance totale (1). Le score total était la somme des différents items et pouvait varier de 0 à 6. Plus le score était faible et plus le patient est dépendant. Un score < 4 définit un patient comme dépendant (Annexe 2).

- Autonomie :
  - L'autonomie était définie par la capacité à se gouverner soi-même. Elle présupposait de la capacité de jugement, à savoir la capacité de prévoir, de choisir, ainsi que la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. Elle a été évaluée par l'IADL (Instrumental Activities of Daily Living), composée de 4 items vérifiant l'aptitude à téléphoner, utiliser les moyens de transport, prendre ses médicaments et à manipuler l'argent (Annexe 3). Ces informations sont toujours validées par un tiers. La perte d'autonomie s'appréciait en fonction du nombre d'items altérés.

5.9. Déroulement de l'étude

Le BMO :

L'historique complet des traitements prescrits avant l'hospitalisation ou **bilan médicamenteux optimisé (BMO)** était obtenu par un des intervenants dans la prise en charge thérapeutique (internes, étudiants

médecine et pharmacie, médecins du service) dans les 24 h à 48 h qui suivaient l'admission du malade dans le service. Une enquête préalable des traitements du patient par téléphone auprès du médecin traitant et/ou du pharmacien référent était réalisée pour valider cette première étape.

Des sources d'informations supplémentaires pouvaient être sollicitées (médecin traitant ou spécialistes, ou bien encore les aidants principaux du patient).

Ce BMO permettait de renseigner la colonne « traitement d'entrée » et « posologie » de l'OCM.

- Adaptation thérapeutique :

  La révision et l'adaptation thérapeutique pendant le séjour hospitalier, étaient sous la responsabilité du médecin senior en charge de la santé du malade tout au long de son séjour. Elles s'appuyaient sur la pratique clinique du praticien et non sur l'usage d'un référentiel qualitatif d'aide à la prescription tel que le propose le système " STOPP and START ". Cette étape permettait de renseigner la colonne « modification » et « justification » de l'OCM.

  Le traitement médicamenteux à la sortie du malade de l'hôpital résultait du processus d'adaptation thérapeutique. Il était noté dans la colonne « Traitement de sortie » de l'OCM.

- Conciliation médicamenteuse de sortie :

  A la sortie d'hospitalisation, le patient disposait d'un CRH provisoire (où étaient mentionnées les principales étapes diagnostiques de séjour) destiné à son médecin traitant et un exemplaire papier de la fiche OCM joint à l'ordonnance de sortie. Un autre exemplaire était joint à l'ordonnance de sortie à destination du pharmacien désigné par le patient. L'OCM était également adressé au médecin traitant dans les 48 h suivant la sortie par courrier joint au CRH complet et détaillé.

Cette fiche OCM était portée à la connaissance du patient (selon son état cognitif) ou à celle de ses aidants principaux.

- Recueil des modifications thérapeutiques après le premier renouvellement d'ordonnance (1 mois après la sortie) et bilan médicamenteux comparatif :

  Cette phase de l'étude consistait à recueillir les traitements médicamenteux des patients un mois après la sortie d'hospitalisation, à la condition que ces malades aient bénéficié d'un renouvellement (au moins une fois) de l'ordonnance de sortie par leur médecin traitant. Si ce n'était pas le cas, au 30ème jour après la sortie, l'enquête était différée jusqu'à ce que le renouvèlement ait lieu. Les médicaments étaient ensuite comparés à ceux prescrits à la sortie d'hospitalisation (**Bilan médicamenteux comparatif**).

  Le recueil des médicaments délivrés était réalisé par téléphone auprès du pharmacien référent du patient.

  Le recueil des justifications des éventuelles modifications thérapeutiques (ajout, modification, suppression de médicaments) nécessitait un appel au médecin traitant pour apporter des précisions sur les divergences intentionnelles constatées. Il n'y avait pas d'appels systématiques du médecin traitant si les modifications effectuées étaient jugées mineures.

  Le terme « **ajustement thérapeutique** » était utilisé lorsque que la modification thérapeutique constatée était la conséquence de l'évolution d'un paramètre clinique ou biologique propre au patient. S'il s'agissait de modifications importantes du traitement, un appel téléphonique auprès du médecin traitant était effectué pour obtenir un complément d'information.

  Les résultats de ce bilan comparatif étaient reportés sur la fiche de conciliation du cahier de protocole (Annexe 7).

5.10. Analyse des données

L'ensemble des médicaments de chaque patient, avant l'entrée (BMO), à la sortie (traitement de sortie) et un mois après (bilan comparatif) a été mentionné sur une feuille de conciliation dans le cahier de protocole (Annexe 7).
Chaque ligne correspondait à un médicament.
Pour définir de façon standardisée les modifications de traitement qui intervenaient au cours de l'hospitalisation puis à distance, nous avons choisi d'utiliser la terminologie propre à la conciliation médicamenteuse. Ainsi, le terme de **« divergence intentionnelle »** était employé pour caractériser une modification thérapeutique initiée par un médecin et justifiée de façon clinique et/ou biologique. Le terme de « divergence non intentionnelle » était utilisé pour caractériser une modification thérapeutique non volontaire témoignant d'une erreur médicamenteuse.

5.11. Pertinence de l'OCM. Analyse qualitative.

Le pharmacien recevait ensuite, dans les jours suivant la sortie du patient de l'hôpital, par courrier transmis par le patient, un questionnaire visant à évaluer l'acceptabilité et la pertinence de l'OCM.
Le questionnaire semi-standardisé abordait quatre domaines :

- Transmission de l'information
- Qualité de la fiche de conciliation médicamenteuse
- Les perspectives de développement de cette pratique de conciliation médicamenteuse
- l'impact de la pratique de la conciliation médicamenteuse dans la dispensation des médicaments

Chaque réponse faisait appel à une échelle visuelle graduée en centimètre de 0 à 10 avec une zone dédiée au commentaire libre pour chaque question.
Le questionnaire détaillé est présenté en annexe 4.

Le schéma suivant résume le déroulement des différentes phases de l'étude :

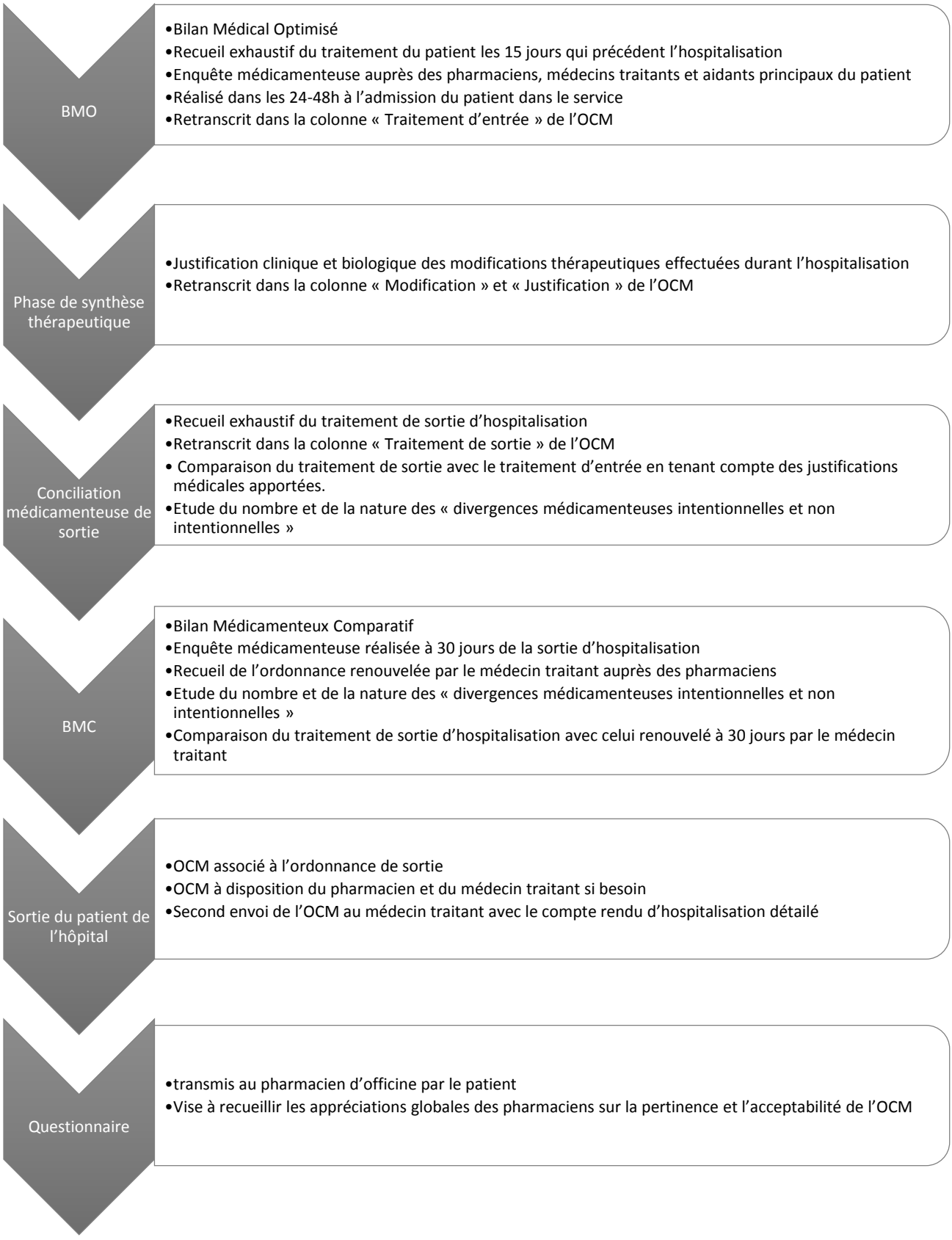


Schéma 1 : Déroulement de l'étude

5.12. Statistiques

La distribution normale de toutes les variables continues ont été évaluées à l'aide du test de Shapiro-Wilk. Les variables continues suivant une distribution normale sont présentées en moyenne +/- déviation standard. Celles-ci ont été comparées à l'aide d'un test de student non appareillé pour les comparaisons entre deux groupes et par le test T de student appareillé lorsqu'il s'agissait de comparaison intra groupe. Les variables ne suivant pas une distribution normale ont été exprimées en médiane et ensuite étaient comparées à l'aide du test non paramétrique de Mann-Whitney ou avec le test de Wilcoxon dans les comparaisons appareillées.

Toutes les variables ont été analysées à l'aide d'un logiciel statistique XLSTAT module add on d'Excel.

6. Résultats

6.1. Caractéristiques générales de la population étudiée.

Cent soixante treize patients venant de leur domicile hospitalisés en court séjour gériatrique ont été inclus et ont bénéficié d'une comparaison entre les traitements prescrits au long cours, autrement dit avant l'hospitalisation à ceux prescrits lors de leur sortie.

Cent deux patients parmi 173 inclus (58 %) ont bénéficié d'une enquête qui visait à rechercher les divergences médicamenteuses constatées un mois après leur retour au domicile. Chez les 71 patients pour lesquels le bilan comparatif n'est pas intervenu, 6 avaient été ré-hospitalisés au cours du mois suivant le retour à domicile, 2 ont été perdus de vue et 4 étaient décédés.

Chez les 59 autres patients, le bilan comparatif n'a pu être réalisé, les malades n'ayant pas encore renouvelé leur ordonnance de sortie d'hospitalisation auprès de leurs médecins. La figure 1 résume le déroulement de l'étude.

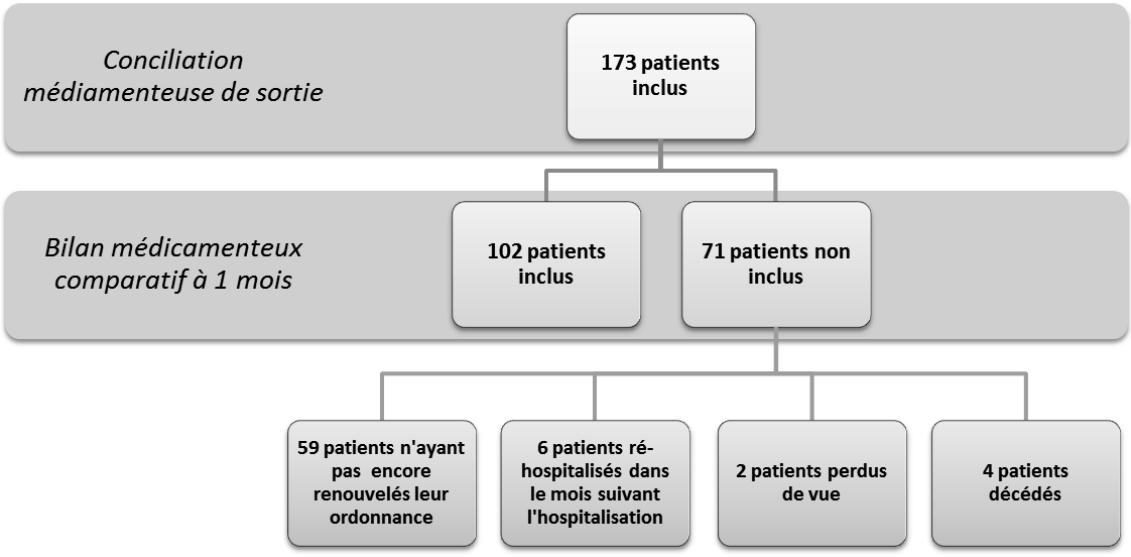


Figure 1 : Résumé des inclusions

L'âge médian des 173 patients inclus, dont 113 femmes, était de 86 ans (ext : 74-101). Quarante trois patients (25 %) avaient 90 ans et plus.

La durée médiane d'hospitalisation était de 8 jours, 43 patients (25 %) ont été hospitalisés plus de 11 jours.

Le nombre moyen de spécialités médicamenteuses différentes, relevé sur les données du BMO, était de 7,68 (médiane : 8) par patient. Quarante trois malades (25 %) recevaient au moins 10 médicaments par jour.

Le score de Charlson médian indexé à l'âge, évaluant le nombre de comorbidités, était de 7 (± 1,78) (ext : 2-11), 43 patients (25 %) avaient un score de plus de 8.

Pour 43 des 173 patients inclus (25 %), le BMO a nécessité au moins 2 sources extérieures à l'hôpital (pharmacien, médecin traitant, aidant,...) (ext : 0-4), pour établir la liste exhaustive de leur traitement.

Les caractéristiques de la population étudiée sont résumées dans le tableau 6.

Tableau 6 : Caractéristiques générales de la population (n=173)

	Médiane	**1er Quartile**	**3ème Quartile**	**Minimum**	**Maximum**
Age (Année)	86	83	90	74	101
Poids (Kg)	68,5	58	79,1	40	118,8
Fonction rénale (MDRD) (1)	69,8	50	93	12	180
Albuminémie (g/l)	33,3	29,7	35,9	14,1	49
Nombre de traitements	8	6	10	0	17
Durée d'hospitalisation (Jour)	8	7	11	0	38
Comorbidités Score de Charlson (2)	7	5	8	2	11
Nombre de sources d'informations	1,5	1	2	0	4

1. MDRD : Modification of diet in renal disease
2. Comorbidités sévères si >7; Mortalité notable si >5

6.2. Caractéristiques gériatriques de la population étudiée

L'albuminémie médiane, paramètre biologique témoignant de l'existence d'une dénutrition protéino-énergétique était de 33,3 g/l. Chez 43 malades (25 %), une dénutrition sévère attestée par ce dosage était observée.

L'évaluation de la dépendance mesurée sur les données de la grille ADL montrait que 48 des 173 patients (27.7 %) avaient une dépendance sévère avec un score inférieur à 4 sur 6.
L'autonomie médiane mesurée sur l'échelle IADL était de 1 (sur un score maximal de 4), 90 patients (75 %) ayant un score inférieur à 3.

Cinquante huit patients (33,5 %) bénéficiaient d'une délivrance sécurisée des traitements à leur domicile par une infirmière.

6.3. Comorbidités

Le tableau 7 détaille les principales comorbidités observées chez les patients inclus.

Tableau 7 : Comorbidités observées dans la population (n=173)

Comorbidités	n (%)
HTA	132 (76,3)
Fibrillation atriale	65 (37,6)
Arthrose	64 (37)
AVC ischémique/AOMI [1]/Ischémie	52 (30)
Insuffisance cardiaque	50 (28,9)
Diabète	46 (26,6)
Syndrome démentiel	42 (24,3)
Dépression	39 (22,6)
Incontinence urinaire	39 (22,5)
Syndrome coronarien aigu	36 (20,8)
Hypothyroïdie	34 (19,6)
RGO/Ulcère gastro duodénal	30 (17,3)
Ostéoporose	27 (15,6)
Insuffisance rénale chronique [2]	26 (15)
Insuffisance respiratoire	26 (15)
BPCO [3]	25 (14,5)
Glaucome/DMLA [4]	18 (10,4)
Maladie thromboembolique veineuse	15 (8,6)
Rhumatisme inflammatoire	8 (4,6)
Epilepsie	8 (4,6)
Maladie de Parkinson	7 (4)

1. AOMI : artériopathie oblitérante des membres inférieurs
2. Insuffisance rénale modérée (clairance de la créatinine entre 60 et 30ml/min) à sévère (entre 30 et 10ml/min)
3. BPCO : bronchopathie chronique obstructive
4. DMLA : dégénérescence maculaire liée à l'âge

6.4. Médicaments : nombre et classification pharmaco-thérapeutique

Nous avons relevé 1242 traitements prescrits chez les 173 patients inclus.

Quatre classes pharmaco thérapeutiques principales représentaient environ 75 % de l'ensemble des traitements prescrits aux patients avant l'admission.

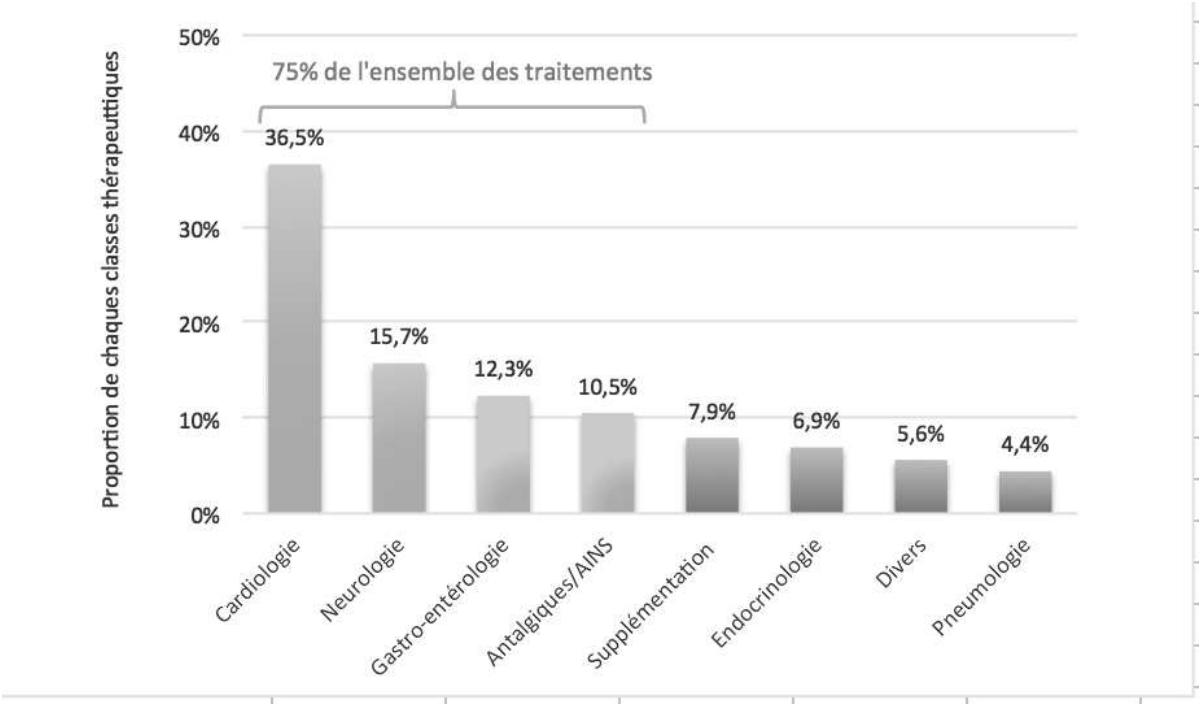
La classe des médicaments *« Cardiologie »* représentait 452 des 1242 médicaments listés (36 %).

Les médicaments de classe *« Neurologie »* représentaient la 2ème classe thérapeutique la plus souvent prescrite avec 194 médicaments (16 % de l'ensemble des prescriptions).

Les médicaments de classe *« Hépato-Gastro-Entérologie »* représentaient la 3ème classe thérapeutique la plus fréquente avec 154 médicaments prescrits, soit 12 % des prescriptions totales.

Les « *Antalgiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) »*, enfin, étaient la 4ème classe thérapeutique avec 131 traitements, soit 11 %.

Le graphique 9 et le tableau 8 résument les principales variétés médicamenteuses consommées par la population (n = 173) avant l'admission (BMO).



Graphique 9 : Répartitions des classes pharmaco-thérapeutiques

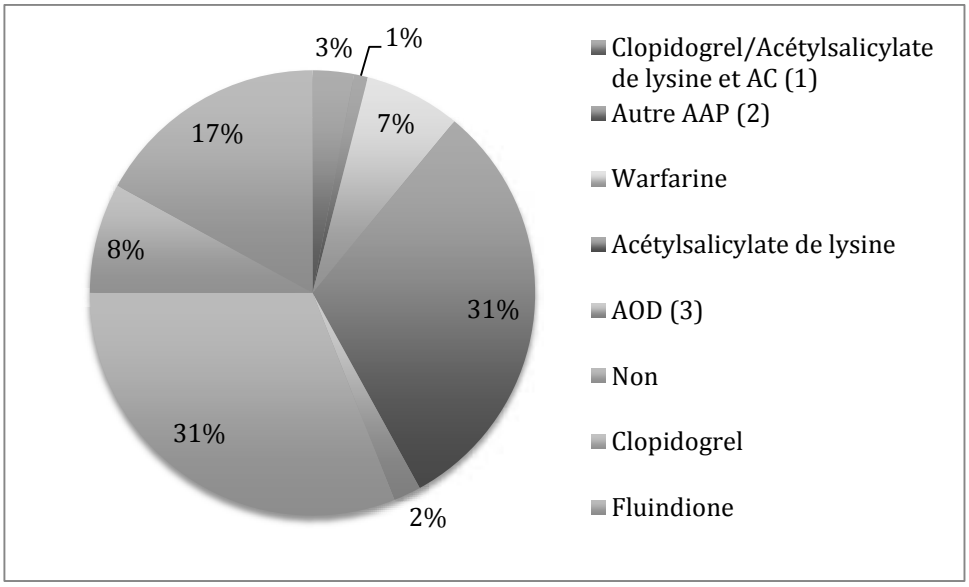
Tableau 8 : Répartitions des classes pharmaco-thérapeutiques

Traitement	Nombre de médicaments (n = 1242)	Fréquence (%)	Classe thérapeutique
AAP/AC (1)	119	9,6	Cardiologie
IEC/ARA II/Béta Bloquant/	191	15,4	
Inhibiteur calcique/Cordarone			
Diurétiques	79	6,4	
Statines	63	5,1	
Anti-démentiels (2)	11	0,9	Neurologie
Antiépileptiques	21	1,7	
Neuroleptiques	15	1,2	
Anxiolytiques	48	3,9	
Anti Dépresseurs	57	4,6	
Hypnotiques	37	3	
L DOPA	5	0,4	
IPP (3)	72	5,8	Gastro-Entérologie
Laxatifs	46	3,7	
Antispasmodiques	8	0,6	
Compléments Alimentaires	28	2,2	
Paracétamol	84	6,8	Antalgiques/AINS
Tramadol	24	1,9	
AINS	15	1,2	
Morphine	8	0,6	
Supplémentation Potassique	30	2,4	Supplémentation
Supplémentation Fer	9	0,7	
Vitamine D	39	3,1	
Supplémentation Calcique	21	1,7	
Insuline	17	1,4	Endocrinologie/Diabétologie
Antidiabétiques oraux	39	3,1	
Lévothyroxine sodique	30	2,4	
Colchicine	1	0,1	Divers
Allopurinol	11	0,9	
Aminobisphosphonates	6	0,5	
Corticothérapie	5	0,4	
Anticholinergiques	34	2,7	
Collyres AG	5	0,4	
Antiaromatase	2	0,2	
Cancer Prostate	3	0,2	
EPO	3	0,2	
BDLA (4)	12	0,9	Pneumologie
Corticoïdes inhalés	16	1,3	
Antihistaminiques	8	0,6	
Anticholinergiques	20	1,6	
Total	1242		

(1) AAP : Agent Antiplaquettaire, AC : Anticoagulants
(2) Anti-démentiels : Mémantine ou Anticholinestérasiques
(3) IPP : Inhibiteurs de la Pompe à Protons
(4) BDLA : Bronchodilatateurs de longues durées d'actions

Nous avons analysé en détail la nature des 4 principales classes thérapeutiques les plus prescrites avant l'hospitalisation des malades.

Concernant les médicaments de la classe « cardiologie », nous avons constaté que 119 patients (69 %) recevaient au moins un traitement de type agent antiplaquettaire ou anticoagulant.



1. AC : anticoagulant
2. AAP : agent anti plaquetttaire
3. AOD : anticoagulants oraux directs

Figure 2 : Répartition des traitements cardiologiques

Soixante-dix-neuf patients (45,6 %) recevaient un traitement diurétique au long cours. Les diurétiques de l'anse étaient les plus fréquemment prescrits seuls ou en association chez 61 patients (35 %).

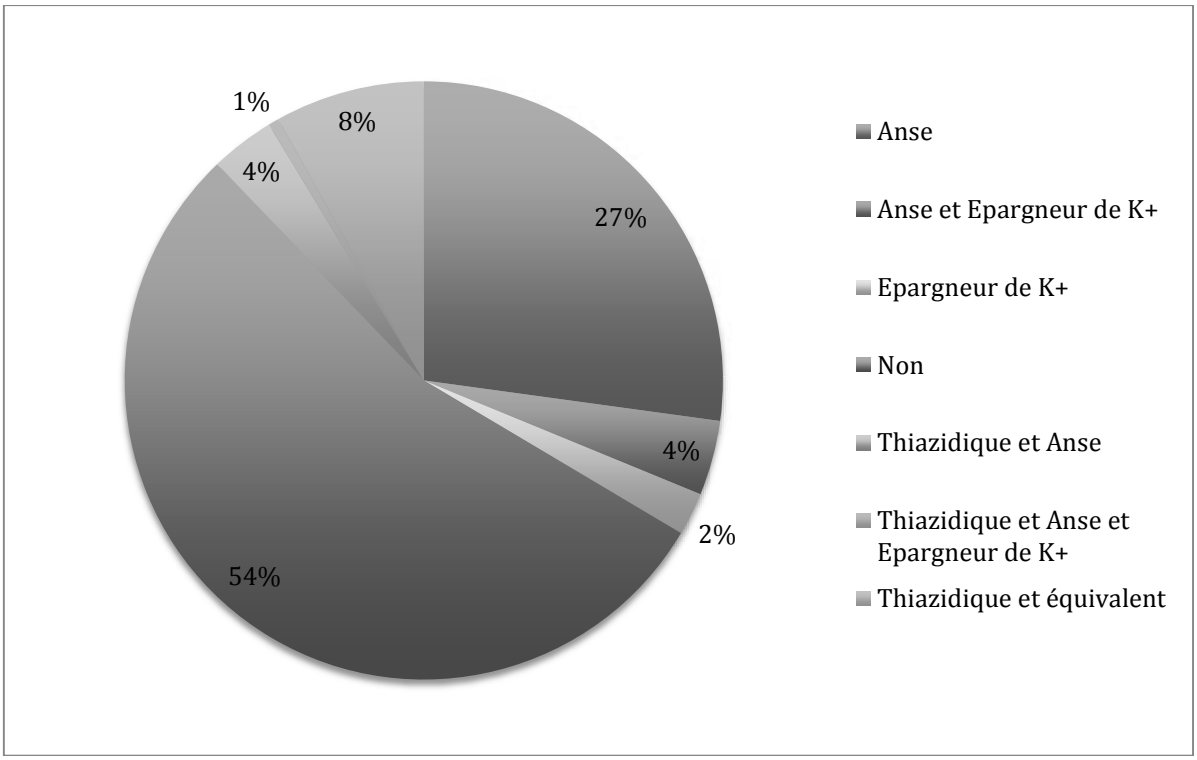


Figure 3 : Répartition des traitements diurétiques seuls ou en association

Les traitements antihypertenseurs de type Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion (IEC) ou Antagonistes sélectifs des Récepteurs de l'Angiotensine II (ARA II) étaient prescrits à 64 patients, soit 37 % de la cohorte.
L'IEC était le médicament le plus souvent prescrit avec une fréquence de 20 % (n = 34) contre 17 % (n = 30) pour les ARA II.

Dans la classe pharmaco-thérapeutique *« neurologie »,* les médicaments antidépresseurs et les benzodiazépines étaient fréquemment prescrits. Quatre vingt neuf patients (51,4 %) recevaient ainsi au moins une benzodiazépine au long cours.
Les anxiolytiques étaient prescrits à 48 patients (16 %), 37 patients (21 %) recevant un hypnotique au long cours.
Seuls 11 patients (6 %) étaient traités pour un syndrome démentiel (Mémantine et/ou Anticholinestérasique).

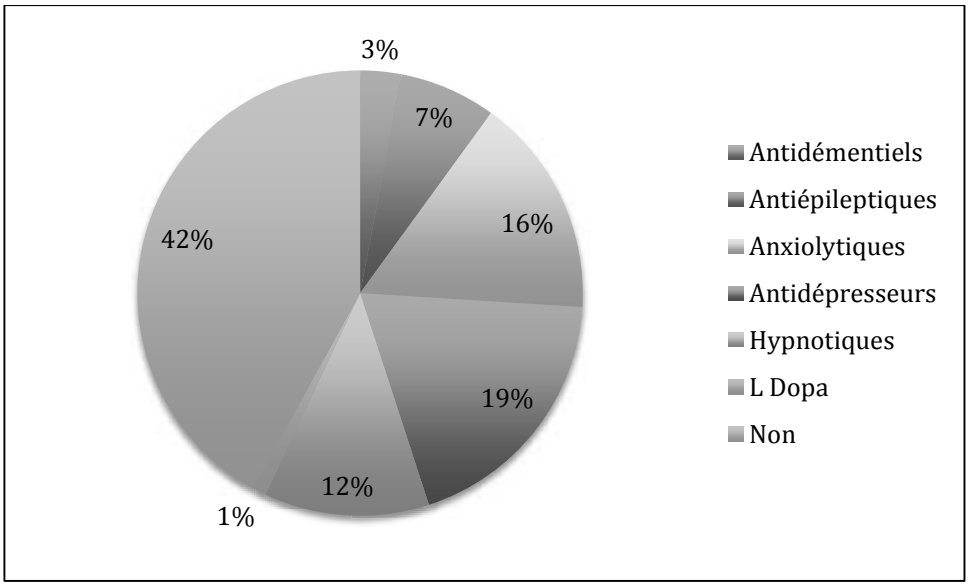


Figure 4 : *Répartition des traitements neurologiques*

Parmi les traitements *« Hépato-Gastro-Entérologique »,* 72 patients (42 %) étaient traités par Inhibiteurs de Pompes à Protons (IPP), 46 patients recevaient au moins un médicament laxatif au long cours (27 %).

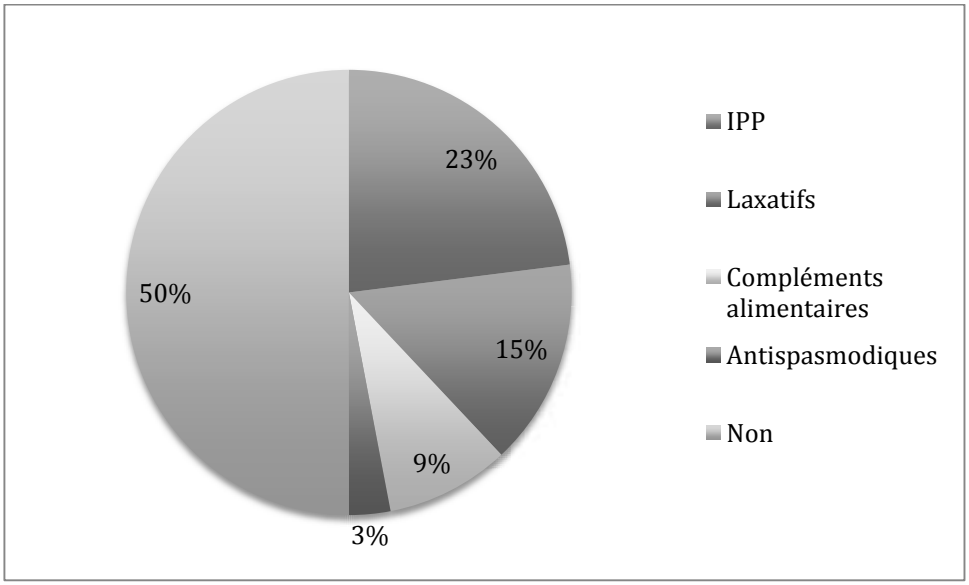


Figure 5 : Répartition des traitements Hépato-Gastro-Entérologique

Quatre vingt dix huit patients (57 %) recevaient au moins un traitement antalgique au long cours. Le médicament antalgique principalement prescrit était le Paracétamol retrouvé sur l'ordonnance de 84 patients (48 %), suivi du Tramadol (24 patients, soit 14 %). Quinze patients (9 %) recevaient au long cours au moins un médicament anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) per os ou par voie cutanée.

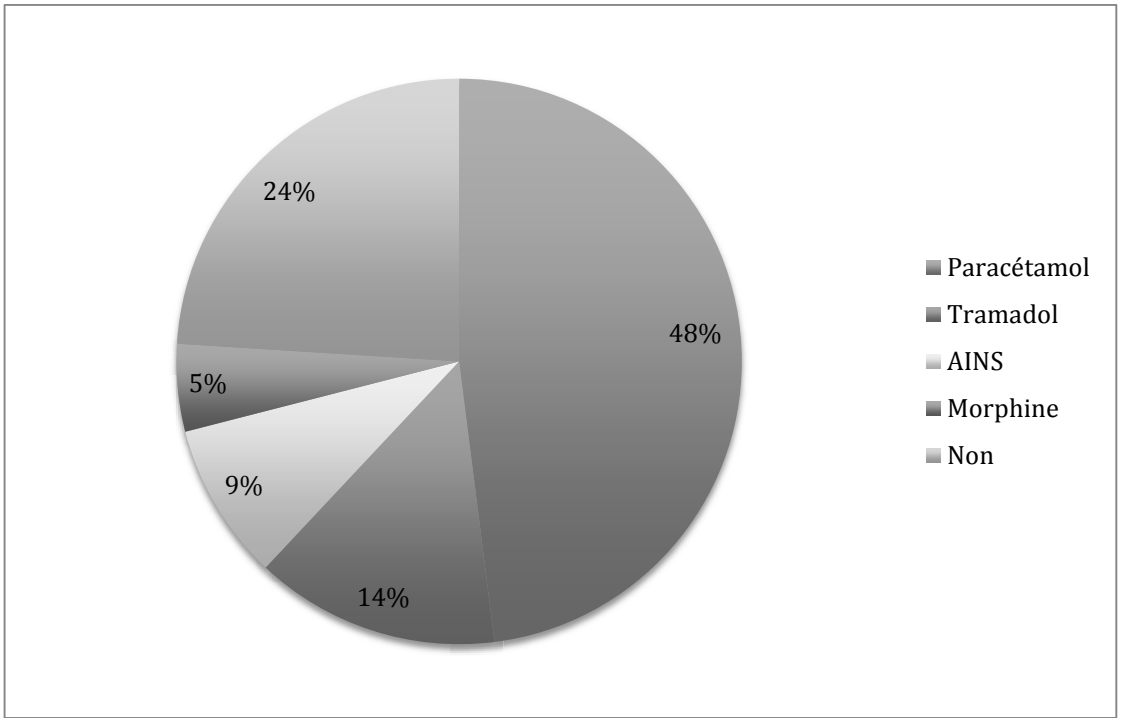


Figure 6 : Répartition des traitements antalgiques/AINS

6.5. Révision thérapeutique

Un total de 1242 traitements chez les 173 patients inclus était prescrit avant l'admission. Nous avons relevé 779 modifications intentionnelles lors de la première conciliation médicamenteuse, soit 4,5 divergences par patient. Autrement dit, à 779 reprises, une modification des médicaments habituellement prescrits est intervenue au cours de l'hospitalisation du malade. Chaque malade avait bénéficié d'au moins une modification intentionnelle. Chez 43 patients (25 %) plus de 6 modifications intentionnelles sont intervenues.

Une seule divergence non intentionnelle a été constatée à l'issue de l'hospitalisation. Il s'agissait d'une omission d'un traitement par acétate de cyprotérone (Androcur®).
Les modifications à type d'ajout étaient les plus fréquentes (n = 304, soit 39 %)

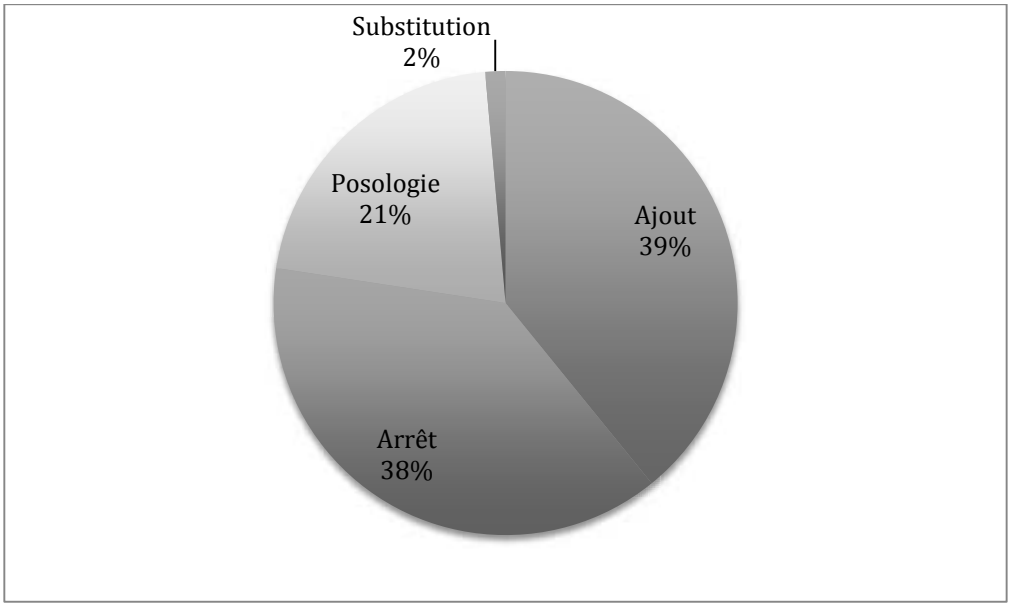


Figure 7 : Répartition du type de divergences médicamenteuses au cours de l'hospitalisation

Le tableau 9 résume les divergences intentionnelles observées pour la classe « cardiologie » et leur nature, soit ajout de traitement, soit adaptation posologique, soit un arrêt du médicament ou enfin substitution (par un médicament de la même classe thérapeutique).

Tableau 9 : Fréquence et descriptions des divergences intentionnelles Classe pharmaco-thérapeutique cardiologie.

Médicaments	Divergence intentionnelle	Nombre de divergences (%)
AAG/AC (1) (n = 119)	Ajout	10 (5,8)
	Arrêt	17 (9,8)
	Posologie	32 (18,5)
	Substitution	5 (2,9)
Diurétiques (n = 79)	Ajout	7 (4)
	Arrêt	33 (19)
	Posologie	19 (11)
IEC/ARAII (n = 64)	Ajout	5 (2,9)
	Arrêt	21 (12,1)
	Posologie	2 (1,1)
Bétabloquants (n = 69)	Ajout	11 (6,4)
	Arrêt	8 (4,6)
	Posologie	11 (6,4)
Inhibiteurs Calciques (n = 41)	Ajout	10 (5,8)
	Arrêt	12 (6,9)
Anti arythmiques (n = 18)	Ajout	3 (1,7)
	Arrêt	6 (3,5)
Statines (n = 63)	Ajout	5 (2,9)
	Arrêt	8 (4,6)
	Posologie	2 (1,1)

(1) AAP : Agent Antiplaquettaire, AC : Anticoagulants

Pour les traitements anticoagulants et agents antiplaquettaires, les divergences intentionnelles observées étaient principalement des ajustements de posologies pour 32 patients, soit 18,5 %.

Chez 33 patients (41,8 %) parmi les 79 qui recevaient des médicaments diurétiques, le traitement a été interrompu, le plus souvent devant la constatation d'hypotension orthostatique, d'un état de déshydratation ou de la survenue d'une insuffisance rénale aigue et/ou chronique.

Chez 21 patients parmi les 64 qui recevaient un traitement par IEC ou ARA II (32,8 %), le traitement a été interrompu transitoirement ou durablement pour des justifications cliniques et biologiques identiques à celles des diurétiques.

Parmi les médicaments « neurologiques et psychiatriques », nous avons constaté que chez 6 des 11 patients traités (54,5 %) par des médicaments anti-démentiels (Mémantine ou Anticholinestérasique), le traitement avait été interrompu.

Sur les 37 patients traités par un hypnotique, le traitement a été modifié chez 19 patients, soit pour un arrêt (32,4 %), soit pour une diminution de posologie (19 %)
(Tableau 10).

Tableau 10 : Fréquence et descriptions des divergences intentionnelles
Classe pharmaco-thérapeutique neurologie

Médicaments	**Divergences intentionnelles**	**Nombre de divergences (%)**
Antidémentiels (n = 11)	Arrêt	6 (3,5)
Antiépileptiques (n = 21)	Ajout	2 (1,1)
	Arrêt	2 (1,1)
	Posologie	1 (0,6)
Neuroleptiques (n = 15)	Ajout	6 (3,5)
	Arrêt	2 (1,1)
	Posologie	2 (1,1)
	Substitution	1 (0,6)
Anxiolytiques (n = 48)	Ajout	3 (1,7)
	Arrêt	13 (7,5)
	Posologie	15 (8,6)
Hypnotiques (n = 37)	Arrêt	12 (7)
	Posologie	7 (4)
L DOPA (n = 5)	Horaire	1 (0,6)
	Posologie	1 (0,6)
Anti Dépresseurs (n = 57)	Ajout	11 (6,4)
	Arrêt	10 (5,8)
	Horaire	1 (0,6)
	Posologie	9 (5,2)
	Substitution	2 (1,1)

Parmi les traitements de classe Hépato-Gastro-Entérologie, les compléments nutritionnels oraux représentaient les médicaments les plus souvent ajoutés pour 61 patients (35,2 %).

Les laxatifs étaient fréquemment initiés avec 36 patients nouvellement traités (20,8 %) (Tableau 11).

Tableau 11 : Fréquence et descriptions des divergences intentionnelles

Classe pharmaco-thérapeutique

Hépato-Gastro-Entérologie

Médicaments	**Divergences intentionnelles**	**Nombre de divergences (%)**
IPP (1) (n = 72)	Ajout	1 (0,6)
	Arrêt	10 (5,8)
	Horaire	1 (0,6)
	Posologie	4 (2,3)
Laxatifs (n = 46)	Ajout	36 (20,8)
	Arrêt	2 (1,1)
	Posologie	5 (2,9)
Compléments nutritionnels oraux (n = 28)	Ajout	61 (35,2)
	Arrêt	3 (1,7)
	Posologie	9 (5,2)

(1) IPP : Inhibiteurs de la Pompe à Protons

Concernant les médicaments antalgiques, le Tramadol prescrit à 24 patients était arrêté chez 22 patients (91,7 %).

Les anti-inflammatoires per os ou en gel étaient constamment interrompus à l'issue de la conciliation médicamenteuse de sortie (Tableau 12).

Tableau 12 : Fréquence et descriptions des divergences intentionnelles
Classe pharmaco-thérapeutique antalgiques et AINS

Médicaments	Divergences intentionnelles	n (%)
Paracétamol (n = 84)	Ajout	34 (20)
	Arrêt	5 (2,9)
	Posologie	14 (8,1)
Tramadol (n = 24)	Arrêt	22 (12,7)
AINS (n = 15)	Arrêt	14 (8,1)
Morphine (n = 8)	Ajout	7 (4,1)
	Arrêt	2 (1,1)
	Posologie	2 (1,1)

6.6. Evaluation des modifications thérapeutiques après le premier renouvellement d'ordonnance à distance de la sortie

Un total de 731 traitements prescrits chez les 102 patients ayant bénéficié du bilan médicamenteux comparatif (BMC) a été enregistré.

Nous avons constaté 182 divergences intentionnelles dans les prescriptions des 102 patients ayant renouvelé leurs traitements dans les 30 jours suivant leur sortie d'hospitalisation. Cela représentait 1,8 divergence intentionnelle par patient. Vingt six patients (25 %) avaient plus de 3 divergences intentionnelles dans leurs traitements.

Chez 78 patients (76,5 %), on constatait au moins une divergence intentionnelle parmi les traitements renouvelés.

Les divergences intentionnelles étaient pour 45 % des cas (n = 81) un arrêt de traitement, pour 33 % des situations (n = 59) un ajout et dans 22 % (n = 40) des prescriptions une adaptation posologique. Parmi les nouveaux traitements, figurait 5 médicaments antidépresseurs, 5 anxiolytiques, 3 neuroleptiques et 4 diurétiques.

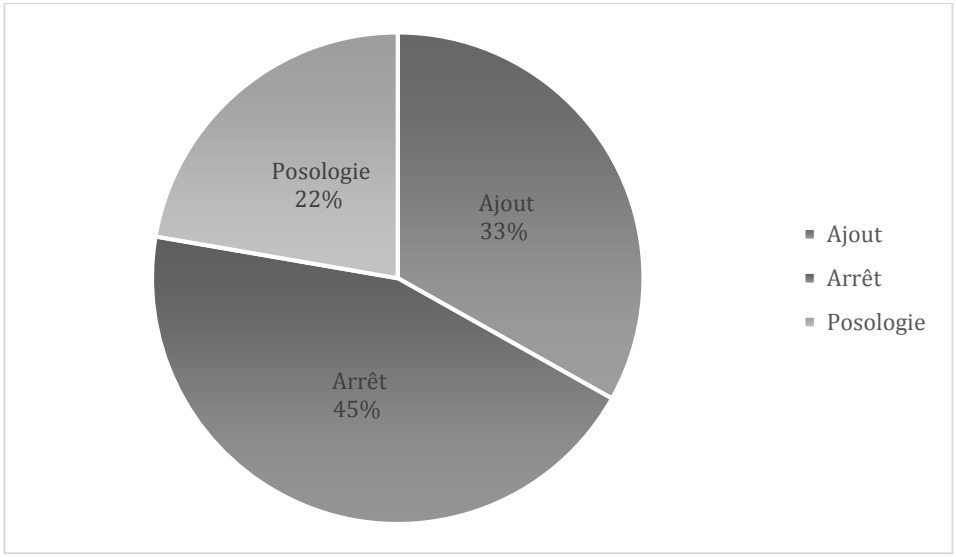


Figure 8 : Répartition des divergences intentionnelles lors du BMC

En ce qui concernait les divergences non intentionnelles, nous en avons noté 22 soit 0,2 divergences par patient. Quatorze patients avaient au moins une divergence non intentionnelle (13,7 %).

L'ajout de traitement était la plus fréquente situation rencontrée (50 %).

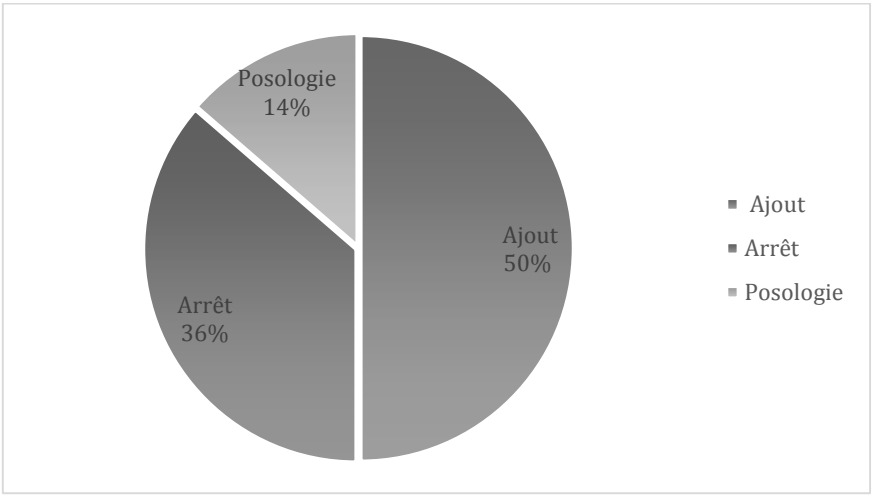


Figure 9 : Répartition des divergences non intentionnelles lors du BMC

Dans la classe pharmaco-thérapeutique « cardiologie », les divergences intentionnelles les plus fréquentes étaient un changement de posologie chez 21 patients soit 20,6 %.

Sur 53 patients traités par diurétiques, des modifications de posologies sont intervenues chez neuf d'entre eux (16,9 %).
Un total de 7 divergences non intentionnelles a été observé pour cette classe de médicaments représentant 31,8 % de l'ensemble des divergences non intentionnelles à l'issu du BMC.

Nous avons constaté que l'ajustement thérapeutique était la justification de ces divergences intentionnelles pour 24 patients (83 %).

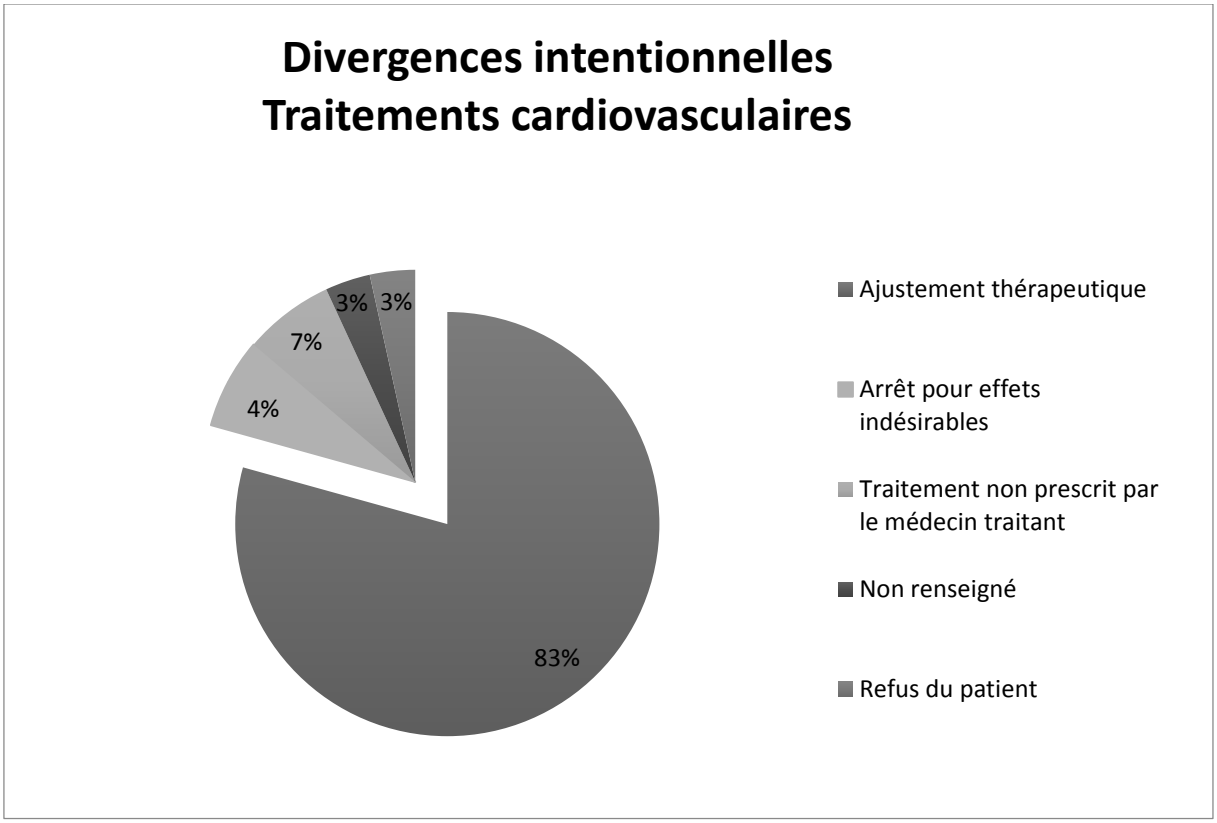


Figure 10 : Répartition des divergences intentionnelles
Classe pharmaco-thérapeutique cardiologie

Chez 23 patients (85 %) parmi ceux traités par un médicament de la classe « neurologie », une divergence intentionnelle de type ajustement posologique est intervenue.

Seule une divergence non intentionnelle à type d'ajout pour un traitement hypnotique a été constatée (0 ,98 %).

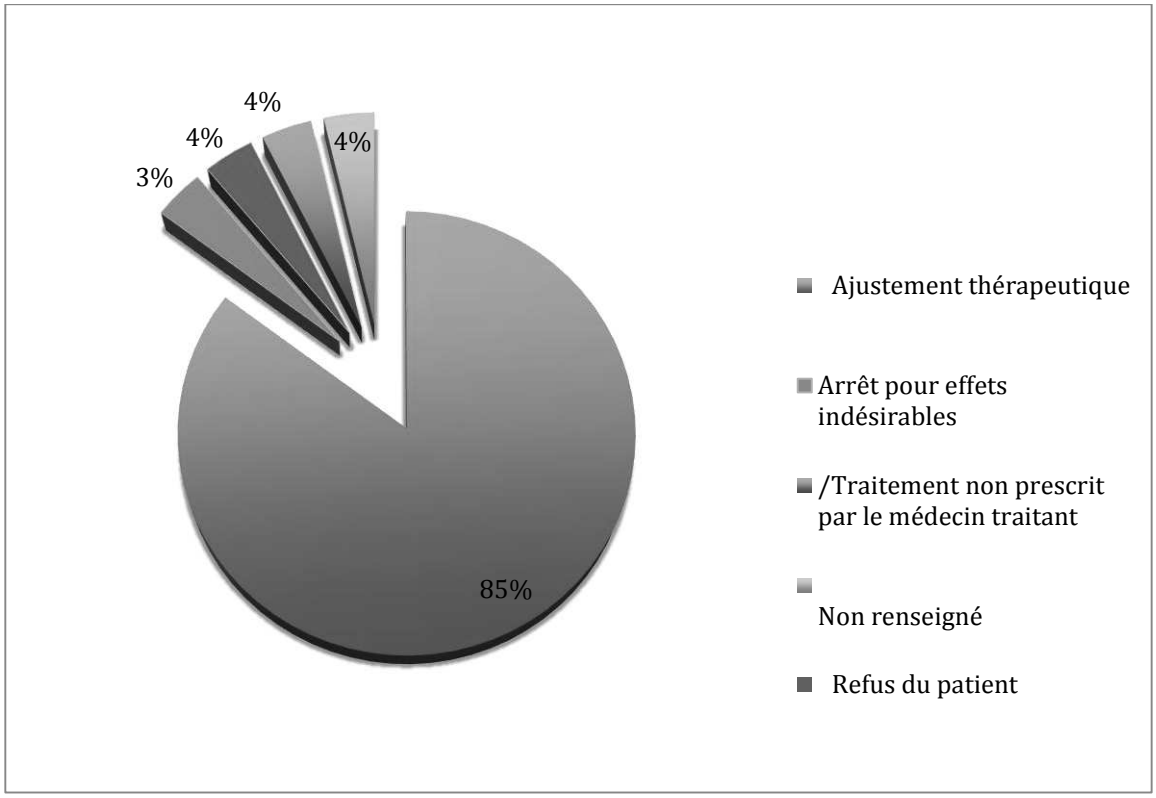


Figure 11 : Répartition des divergences intentionnelles
Classe pharmaco-thérapeutique neurologie

Parmi les traitements *« Hépato-Gastro-Entérologique »,* les laxatifs étaient source de divergences à type d'arrêt chez 18 patients (17,6 % des divergences), soit près de 22,5 % des patients après leur sortie d'hospitalisation dont la raison principale retrouvée était que les patients n'utilisaient plus l'ensemble de leur médicament à cette échéance.

Les compléments nutritionnels oraux (CNO) étaient source de divergences intentionnelles à type d'arrêt chez 12 des 86 patients (14 %) traités par CNO (ces patients étant selon leur évaluation hospitalière authentiquement dénutris).

Ainsi, chez 25 patients (73 %) pour cette classe de médicaments, des divergences intentionnelles du type non renouvellement du traitement par le médecin traitant sont intervenues.

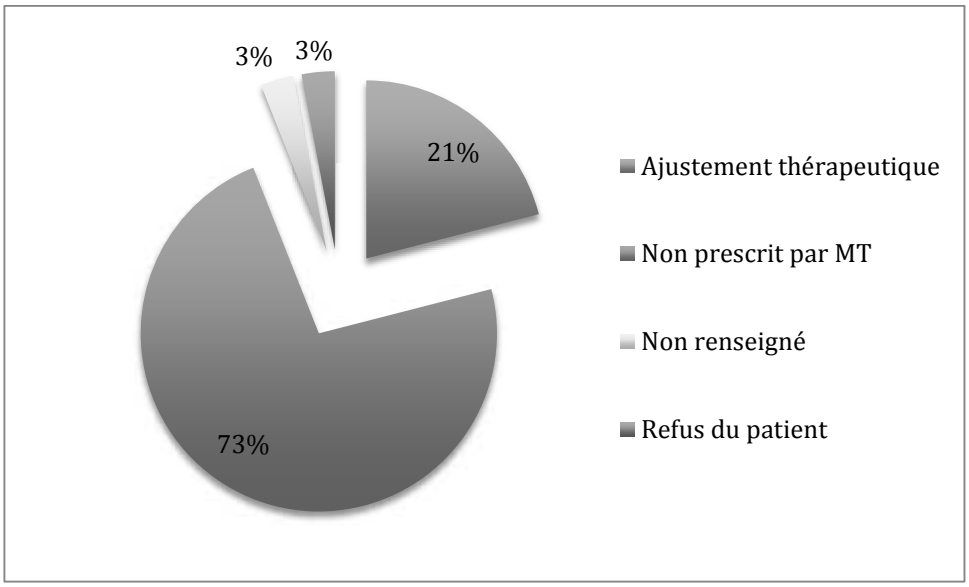


Figure 12 : Répartition des divergences intentionnelles
Classe pharmaco-thérapeutique
Hépato-Gastro-Entérologie

En ce qui concerne les traitements antalgiques, il n'existait pas de divergence non intentionnelle.

6.7. Comparaison du nombre moyen de médicaments et de divergences médicamenteuses au décours de l'hospitalisation et 1 mois après la sortie

Le nombre moyen de médicaments à l'admission était de 7,68 versus 7,56 à la sortie d'hospitalisation. Il n'y avait pas de différence significative entre le nombre de médicaments moyen par patient prescrits à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation (p = 0,45).

Nous avons ensuite effectué une comparaison du nombre de traitements entre le traitement d'entrée d'hospitalisation établi par le BMO avec le traitement renouvelé à un mois de la sortie d'hospitalisation recueilli par le BMC.

Le nombre moyen de traitements était significativement inférieur à un mois de l'hospitalisation comparé à l'entrée d'hospitalisation (p = 0,03) (Tableau 13).

Tableau 13 : Comparaison appariée du nombre de traitements (n = 102)

Variable	Observations	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Traitements entrée	102	0	17	7,71	3,4
Traitements à 1 mois	102	0	15	7,17	2,9
p-value (bilatérale)	0,03				
alpha	0,05				

Le nombre de divergences intentionnelles était significativement inférieur (p < 0,0001) lors du renouvellement d'ordonnance que durant l'hospitalisation (Tableau 14).

Tableau 14 : Comparaison appariée du nombre de divergences intentionnelles (n = 102)

Variable	Observations	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Nb Total DI hospitalisation	102	0	12	4,65	2,3
Nb Total DI à 1 mois	102	0	7	1,76	1,6
p-value (bilatérale)	< 0,0001				
alpha	0,05				

DI : divergence intentionnelle

Nous avons constaté une augmentation significative du nombre de divergences non intentionnelles entre la conciliation médicamenteuse de sortie d'hospitalisation et le BMC à 1 mois. (p = 0,001) (Tableau 15).

Tableau 15 : Comparaison appariée du nombre de divergences non intentionnelles (n = 102)

Variable	Observations	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Nb Total DNI hospitalisation	102	0	1	0,01	0,1
Nb Total DNI à 1 mois	102	0	4	0,2	0,6
p-value (bilatérale)	0,001				
alpha	0,05				

DNI : divergence non intentionnelle

6.8. Mesure de la pertinence de l'outil de conciliation médicamenteuse (OCM) pour les pharmaciens d'officine en charge de la santé du patient : analyse des questionnaires.

Nous avons transmis 75 questionnaires aux pharmaciens et recueilli 38 réponses de leur part, ce qui représente un taux de participation proche de 50%.
Les différents résultats de cette enquête sont résumés dans les tableaux 16 et 17 :

Tableau 16 : Données quantitatives des questionnaires (n = 38)

	N (%)
Généralisation de l'utilisation de l'OCM	38 (100)
Impact de l'OCM dans la continuité des soins	32 (84,2)
Partage de l'OCM avec d'autres intervenants (Médecins, infirmiers)	36 (94,7)
Interventions pharmaceutiques effectuées lors de la délivrance	11 (28,9)
Apport d'informations pertinentes pour comprendre les éventuels ajustements concernant le traitement de votre patient	36 (94,7)

Tableau 17 : Données qualitatives des questionnaires (n = 38)

	Médiane
Lisibilité de l'OCM	9,0
Rapidité de lecture de l'OCM	9,0
Apport de l'OCM dans la connaissance de nouveaux diagnostics	9,0
Amélioration de la sécurité dans la délivrance des médicaments	9,0

7. Discussion

Les objectifs de cette étude monocentrique prospective, portant sur la conciliation médicamenteuse de patients âgés hospitalisés en court séjour gériatrique étaient de :

A. Décrire et justifier les ajustements thérapeutiques (divergences intentionnelles) proposés pendant l'hospitalisation.
B. Déterminer le nombre et la nature des **divergences médicamenteuses intentionnelles et non intentionnelles** 4 semaines après le retour à domicile du patient lors du renouvellement de son ordonnance de sortie d'hospitalisation par le médecin traitant.
C. Mesurer la pertinence de cet outil de conciliation médicamenteuse pour les pharmaciens d'officine.

Les principaux résultats de cette enquête menée dans un échantillon de population âgée communautaire composée de 173 patients hospitalisés montrent que :
- le nombre total de médicaments prescrits avant l'admission était de 1 242 avec un nombre moyen par personne de 7,68 médicaments par jour ces données étant exhaustives du fait de la méthode de recueil croisé des informations thérapeutiques entre les professionnels concernés (BMO)
- 75 % de l'ensemble de ces médicaments prescrits au long cours au domicile appartenaient à 4 classes pharmaco-thérapeutiques (cardiologie, neurologie, hépato-gastro-entérologie et antalgiques/AINS)
- lors de la révision thérapeutique au cours d'hospitalisation, 779 divergences intentionnelles soit 4,5 divergences/patient ont été constaté
- le bilan médicamenteux comparatif (BMC) un mois après le séjour hospitalier, réalisé chez 60 % de la population initiale (soient 102 des 173 patients initialement évalués), a retrouvé 182 divergences intentionnelles autrement dit une réduction significative d'environ 75 % de ce nombre de modifications volontairement réalisés par un médecin par rapport à celui constaté lors de l'admission du malade un mois auparavant

- au décours du BMC, 22 divergences non intentionnelles étaient constatées, soit 0,2 divergence par patient. Au moins une divergence non intentionnelle était observée chez 13,7 % des patients

7.1. Caractéristiques de la population étudiée

7.1.1. Caractéristiques gériatriques

Nous avons recueilli des paramètres cliniques et biologiques volontiers considérés comme des marqueurs de l'état de santé d'une population âgée ayant tous un impact sur la morbi-mortalité et le risque iatrogène.

Parmi ces paramètres, nous avons mesuré l'albumine, marqueur biologique de dénutrition protéino-énergétique lorsque la valeur est inférieure à 35g/l ce qui est le cas une fois sur deux chez les patients âgés hospitalisés (CNEG, 2010). La médiane de l'albuminémie dans notre cohorte était de 33,3 g/l, le quart des patients ayant une albumine inférieure à 29,7 g/l.

Quarante huit patients de l'étude (27,7 %) avaient une dépendance significative attestée par un score ADL inférieur à 4 et près d'un quart un antécédent de syndrome démentiel. Pour autant, un tiers seulement de la population étudiée bénéficiait d'une préparation sécurisée des médicaments.

7.1.2. Polymédicamentation

Le nombre moyen de médicaments par patient dans notre étude était de 7,68 lors de la première conciliation médicamenteuse. Un quart de la population recevait 10 ou plus médicaments. Il s'agissait donc de patients polymédicamentés selon la définition de l'académie nationale de pharmacie (5 médicaments quotidiens) (Académie nationale de pharmacie, 2005). Une étude menée dans plusieurs pays d'Europe, portant sur une cohorte de 2 707 patients âgés en moyenne de 82 ans bénéficiant de soins médicaux à domicile, a montré que 51 % des sujets âgés de plus de 65 ans recevaient au moins 6 médicaments quotidiennement (Fialová D et al, 2005). Dans une autre étude intéressant 196 patients hospitalisés (âge moyen : 74,6 ans), ces patients recevaient 8,1 médicaments/j en moyenne (Steinman et al, 2006). Le risque de iatrogénie augmente

avec la polymédicamentation. Une étude a ainsi démontré que des patients qui prenaient 2 médicaments avaient une augmentation de leur risque d'effets indésirables de 13 % en raison notamment des interactions médicamenteuses induites. Ce risque augmente avec le nombre de médicaments prescrits de façon concomitante, atteignant 38 % pour 4 médicaments et 82 % au-delà de 7 médicaments (Goldberg et al, 1996). Dans un autre travail les patients qui avaient plus de 8 médicaments sur leur ordonnance de sortie avaient un risque 8,5 fois supérieur d'erreur médicamenteuse (Bishop et al, 2015).

Les 4 principales classes pharmaco-thérapeutiques retrouvées parmi l'ensemble des 1 242 traitements reçus par ces 173 patients lors de l'admission étaient les suivantes : cardiologie (36,6 %), neurologie (16 %), hépato-gastro-entérologie (12 %) et les antalgique/AINS (11 %).

Ces résultats confortent les données de l'enquête transversale Française ESPS 2000 où sur un mois 51 % des personnes de 65 ans dont une prescription était délivrée dans une officine recevait au moins un médicament cardiovasculaire (ESPS-IRDES, 2000).

La seconde classe la plus prescrite était celle des médicaments du système nerveux central (21 % de prescriptions au cours du dernier mois). On relevait ensuite les médicaments concernant l'appareil digestif (17 %), l'appareil locomoteur (16 %) et les psychotropes (16 %) (ESPS-IRDES, 2000).

Récemment, une étude française, prospective, a publié des résultats à propos d'un processus de conciliation médicamenteuse mené auprès de patients hospitalisés au CHU de Nîmes. L'âge médian des participants était de 76 ans. Les principales classes pharmaco-thérapeutiques retrouvées étaient similaires : 29,6 % de prescription à visée cardiologique, 21,7 % dans le domaine gastro-entérologie et métabolisme (comprenant le diabète et la nutrition) et enfin 18,1 % pour le système neurologique (Leguelinel-Blache et al, 2014).

Parmi les traitements de classe cardiologique, les agents antiplaquettaires (AAP) et les anticoagulants (AC) étaient les plus fréquemment retrouvés. Ainsi 119 patients parmi 173 sujets inclus (69 %) avaient un AAP/AC (antiagrégant ou anticoagulant).

7.1.3. Polypathologie

Les pathologies les plus fréquentes parmi la cohorte des 173 patients étaient d'ordre cardiovasculaire. L'hypertension artérielle (HTA) était observée chez 76,3 % de l'effectif. Près de 40 % de la population étudiée avait une fibrillation atriale (FA) et enfin, un peu moins d'un tiers souffrait d'une insuffisance cardiaque documentée. La prévalence de l'HTA en France, pour la tranche d'âge 70-79 ans, est de 46,2 %. Ce chiffre augmente à 49,9 % chez les plus de 80 ans (ESPS-IRDES, 2009). La prévalence de la fibrillation atriale en France est supérieure à 10 % chez les sujets âgés de plus de 80 ans et supérieure à 17 % chez les plus de 85 ans (HAS, 2014). Le traitement de ces maladies chroniques cardiovasculaires nécessite selon les recommandations une prise en charge médicamenteuse multiple et prolongée. Ces médicaments longtemps prescrits sont ceux à risque d'évènements iatrogènes significatifs. Les médicaments destinés à traiter ces maladies chroniques cardiovasculaires sont également soumis à des adaptations (arrêts, introduction, titration) fréquentes.

L''insuffisance cardiaque est une maladie instable justifiant de multiples et fréquentes hospitalisations. Une étude Japonaise a évalué ce risque chez 282 patients. Le risque cumulé de réhospitalisation à 1 an dans cette population de 555 malades était de 17,5 % et de 21,4 % à 2 ans (Kaneko et al, 2015). L'insuffisance cardiaque est associée également à des erreurs médicamenteuses comme l'illustre une autre étude américaine réalisée sur 375 patients de plus de 65 ans hospitalisés en Gériatrie. Les auteurs ont montré que l'insuffisance cardiaque congestive, constatée chez 23,7 % des patients, multipliait par 2 le risque de divergences médicamenteuses et donc d'évènements indésirables potentiels sur la base d'une enquête menée 24 à 72 heures après la sortie (Coleman et al, 2005).

7.1.4. Synthèse

En résumé, la population de notre étude est polymédicamentée, polypathologique et gériatrique (troubles cognitifs, dépendance, hypo albuminémie). Ces caractéristiques nécessitent l'implication de plusieurs médecins dans la prise en charge d'un même patient.

Cette population est donc particulièrement à risque en raison de ses caractéristiques et de la multiplication des séjours hospitaliers source d'erreurs médicamenteuses et de iatrogénie (Monane et al, 1997)(Field et al, 2004).
Ce constat plaide pour la réalisation du processus de conciliation médicamenteuse nécessairement couplée à une transmission rapide et argumentée des modifications médicamenteuses visant à garantir la qualité et la sécurité de la continuité des soins.

7.2. Les ajustements thérapeutiques durant l'hospitalisation

L'originalité de ce travail réside en partie dans l'analyse qualitative précise des divergences intentionnelles.
Nous avons constaté 779 divergences intentionnelles soit 4,5 divergences par patient.

Parmi la classe cardiologie, les ajustements de posologies étaient la justification la plus fréquente des divergences intentionnelles pour les AAP/AC (n = 32 soit 18,5 %). Ces ajustements étaient la conséquence le plus souvent d'INR inadapté chez des patients recevant un anticoagulant.
Pour les traitements diurétiques la justification était un arrêt du médicament pour 33 patients parmi les 79 traités initialement soit 41,8 %. La justification clinique et biologique était le plus souvent un état de déshydratation, une insuffisance rénale aigue et/ou chronique contre indiquant ce traitement.
Cette constatation était identique en ce qui concernait les traitements anti hypertenseurs de type IEC et ARA II avec 21 arrêts parmi 64 patients traités (32,8 %).
Il y avait 19 divergences intentionnelles parmi les 37 patients traités par hypnotiques dont des arrêts proposés chez 32,4 % patients ou des modifications de posologies dans 19 % des cas. Ces divergences intentionnelles étaient légitimées par la volonté de réduire le risque de iatrogénie imputable à ces psychotropes.
Au total, les ajustements thérapeutiques à type d'ajout représentaient 39 % des 779 divergences médicamenteuses initiés par les médecins durant l'hospitalisation. Les arrêts représentaient 38 % de ces divergences et les modifications de posologies 21 %.

7.3. Bilan médicamenteux comparatif (BMC), analyse des divergences médicamenteuses

Le processus de conciliation médicamenteuse a pour objectif d'identifier les divergences entre 2 traitements. Le terme traitement se conçoit ici comme une liste de médicaments. Notre travail a permis de comparer le traitement prescrit à la sortie de l'hospitalisation à celui prescrit un mois après la sortie d'hospitalisation.

- Divergences intentionnelles :

  Un total de 182 divergences intentionnelles était retrouvé (1,8 divergence / patient). Chez environ 80 % des malades au moins une divergence médicamenteuse était notée, chez 25 % d'entre eux plus de 3 divergences intentionnelles étaient constatées. Ces données confirment celles de travaux similaires. Dans une cohorte de 105 patients âgés de 76 ans, une enquête médicamenteuse réalisée par des pharmaciens auprès des médecins traitants 4 à 5 mois après la sortie d'hospitalisation faisait état de 1,5 divergence médicamenteuse par patient. Ces auteurs ont constaté parmi les 465 médicaments modifiés durant l'hospitalisation 153 nouvelles modifications à distance de la sortie (Viktil et al, 2012). Une autre étude portant sur 130 patients notait l'apparition de 1,5 divergence intentionnelle par patient 30 jours après la sortie d'hospitalisation (Himmel et al, 1996).

  Ces divergences intentionnelles résultaient de la volonté du médecin traitant de modifier le traitement pour l'adapter à l'état de santé actualisé du patient. La divergence intentionnelle était un arrêt de traitement dans 45 % des cas. Un travail français a montré que 23 % des traitements initiés pendant l'hospitalisation n'étaient pas reconduits 2 mois plus tard (Coutellier, 2012). Les médicaments les plus fréquemment arrêtés étaient les laxatifs chez 18 patients, la

supplémentation en vitamine D chez 13 patients et les compléments nutritionnels oraux chez 12 patients.

Une étude française, similaire à la nôtre, concernant 34 patients octogénaires a effectué une enquête médicamenteuse dans les 4 mois suivant leur sortie d'hospitalisation dans un service de gériatrie. Parmi les 8 % des traitements initiés en hospitalisation et ne figurant pas sur le renouvèlement d'ordonnance, les supplémentations Vitaminiques et nutritionnelles étaient majoritaires (Moulis-Rivière, 2014). Les modalités de prescription habituelle de ces traitements, qui sont souvent à durée déterminée, peuvent expliquer ce résultat. Une autre hypothèse recevable est celle du faible intérêt des patients à ces traitements perçus.

Parmi les 58 ajouts constatés à l'issue du BMC représentant l'autre grand type de modification intentionnelle dans notre expérience, les médicaments de la classe neurologie dominaient avec 5 traitements antidépresseurs et 5 traitements anxiolytiques ajoutés. Dans la pratique d'un médecin généraliste ces médicaments sont volontiers arrêtés mais repris tout autant du fait de l'insistance des malades et de la prévalence des états anxio-dépressifs ou des troubles du sommeil après 80 ans.

- Divergences non intentionnelles :

  Une attention particulière est portée aux divergences dites non intentionnelles c'est-à-dire celles ne résultant pas d'une volonté affirmée de modifier le traitement de la part du médecin. Ces divergences non intentionnelles correspondent donc à des erreurs médicamenteuses ; elles étaient au nombre de 22, soit 0,2 DNI par patient. Ces dernières s'accompagnent de conséquences iatrogènes significatives (Leguelinel-Blache et al, 2014) (Vira et al, 2006). Un essai randomisé mené en 2006 a comparé un modèle de soins intégrant un processus de conciliation médicamenteuse à un autre modèle des soins habituels considéré comme un groupe contrôle. Sa méthodologie visait à réaliser, dans le groupe bénéficiant d'une intervention, une conciliation médicamenteuse pendant l'hospitalisation puis une seconde enquête médicamenteuse 30 jours après la

sortie. La cohorte se composait de 178 patients répartis donc en 2 groupes qui étaient âgés en moyenne de 58 ans. A un mois de l'hospitalisation, chez 29 % des patients on constatait au moins une divergence non intentionnelle (Schnipper et al, 2006).

Une étude a évalué l'impact d'un processus de conciliation médicamenteuse de sortie réalisé par des pharmaciens après un séjour dans un service de Médecine Interne. L'objectif était de rechercher une réduction des divergences médicamenteuses potentiellement iatrogènes. Les auteurs ont constaté que 43 patients parmi les 104 inclus avaient au moins une divergence médicamenteuse soit 41 % (Bishop et al, 2015).

Une autre étude randomisée portant sur 368 patients de plus de 80 ans a réalisé un essai similaire mais incluant l'intervention de pharmaciens. L'objectif était de déterminer si l'intervention de ce praticien 2 mois après la sortie d'hospitalisation réduisait le nombre de consultations au SAU et/ou de réhospitalisations en lien avec des erreurs médicamenteuses. Les pharmaciens contactaient ainsi les patients afin de suivre les modifications de leurs traitements. Dans le groupe intervention, une réduction significative de 80 % du risque de réhospitalisation et de 47 % des consultations aux urgences à la suite d'erreurs médicamenteuses était noté (Gillespie et al, 2009).

Dans une autre étude, on constate un résultat similaire avec une réduction significative du nombre de consultations aux urgences et de nouvelles hospitalisations en rapport avec des erreurs médicamenteuses (Koehler et al, 2009).

Ces études suggèrent un bénéfice significatif de cette approche comparative des prescriptions à différents moments d'un parcours de soins et la nécessité de promouvoir une action multidisciplinaire. Notre travail avait pour but de faire l'état des lieux des modifications thérapeutiques involontaires ou volontaires à distance d'une hospitalisation. Elle n'avait pas pour objectif de démontrer l'impact de cette méthode par exemple sur la réduction d'évènements indésirables.

7.4. Impact de la conciliation médicamenteuse de sortie

La conciliation médicamenteuse de sortie est le processus qui vise au cours d'une hospitalisation à :

- obtenir la liste la plus exhaustive possible des traitements médicamenteux prescrits aux patients (BMO)
- répertorier et justifier les modifications thérapeutiques réalisées pendant l'hospitalisation
- transmettre l'ensemble de ces données actualisées aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du malade.

Cette dernière étape est essentielle sur le plan de la qualité et de la continuité des soins. Dans notre travail, le faible nombre de divergences non intentionnelles et la réduction significative des modifications intentionnelles à 1 mois de la sortie d'hospitalisation sont des éléments suggérant un impact bénéfique d'une conciliation médicamenteuse.

Dans notre étude, une différence significative du nombre total de médicaments était constatée un mois après la sortie d'hospitalisation. Une étude randomisée comparant un groupe intervention (n = 248) à un groupe témoin (n = 179) a démontré que le risque de survenue d'évènements indésirables lié aux médicaments diminuait significativement (p = 0.049) après réalisation d'une conciliation médicamenteuse hospitalière de sortie. Ces auteurs insistaient sur le fait que le résultat de la conciliation médicamenteuse devait être joint à la conclusion médicale de sortie destinée notamment au médecin généraliste (Midlöv et al, 2008).

Une autre étude menée aux USA a porté sur la fréquence et les facteurs favorisant l'existence de divergences médicamenteuses à la sortie d'hospitalisation.

Dans cette cohorte de 375 patients âgés de plus de 65 ans, quittant un service de Gériatrie, une conciliation médicamenteuse dans les 24 à 72 h après leur retour à domicile est intervenue. Cette conciliation médicamenteuse était effectuée par des infirmiers spécialisés en Gériatrie depuis l'hôpital ou directement au domicile du patient.

Cette étude a montré que chez 53 patients (14,1 %) on notait au moins une divergence médicamenteuse. Chez les patients qui avaient un nombre élevé de médicaments quotidiens un risque supérieur de divergences médicamenteuses était constaté (OR :1,13, CI :1,04-1,23) (Coleman et al, 2005).

En résumé, ces études suggèrent que les bénéfices d'une conciliation médicamenteuse de sortie (diminution des erreurs médicamenteuses, stabilité des modifications thérapeutiques) nécessitent une intervention pharmaceutique complémentaire et un suivi après la sortie d'hospitalisation (Schnipper et al, 2006)(Mueller et al, 2012)(Midlövet al, 2008).
Midlöv et al ont montré qu'une conciliation médicamenteuse hospitalière sous forme d'une fiche synthétique transmise au médecin traitant réduisait le risque de divergences médicamenteuses. Dans ce travail, le nombre de divergences médicamenteuses était réduit de moitié (Midlöv et al, 2008).
Une étude Française a évalué l'impact d'un processus de conciliation médicamenteuse réalisée à la sortie d'une hospitalisation de Gériatrie chez 34 patients. Les auteurs ont constaté que 88.5 % des modifications thérapeutiques effectuées durant l'hospitalisation, soient des divergences intentionnelles, étaient maintenues dans les 4 mois qui suivaient la sortie d'hospitalisation (Moulis-Rivière, 2014).

7.5. Conciliation médicamenteuse : outil de transmission au pharmacien d'officine.

Un des objectifs de la conciliation est d'améliorer la continuité des soins entre les différents professionnels de santé intervenant auprès d'un patient. Nous avons développé dans ce sens l'OCM.
Afin d'évaluer cet outil, nous avons remis aux patients un document identifié comme étant à l'intention spécifique du pharmacien d'officine. Ce document contenait notamment l'ordonnance de traitement, l'OCM et un questionnaire d'évaluation de l'OCM. Nous avons transmis 75 questionnaires aux pharmaciens et recueilli 38

réponses. Le taux de participation au questionnaire de satisfaction complété par des pharmaciens d'officine de notre étude était de 50,7 %.
Parmi les réponses, 94% des pharmaciens ont eu connaissance de l'OCM. Ce qui nous permet de vérifier la bonne transmission de cet outil. Une fois sortis de l'hôpital, les patients se rendaient dans leur officine dans un délai assez court, en effet celui-ci était de 2 jours en moyenne.
Cet outil avait pour but de mettre à disposition des pharmaciens des informations supplémentaires sur les modifications de traitement du patient lors de la délivrance de l'ordonnance. La capacité de l'outil à améliorer la sécurité de la dispensation des médicaments après une hospitalisation a été évaluée par une note de 9/10. Cela traduit la perception par les pharmaciens de l'importance de cet outil dans leur pratique.
En effet, comme certains nous l'ont exprimés à travers quelques commentaires, l'outil est « un gain de temps et de sécurité» permettant « de clarifier tout changement de traitement » et de « justifier l'arrêt d'un traitement que le patient va vouloir continuer ».
Ainsi 100% des pharmaciens souhaitent une utilisation systématique de cette fiche pour leurs patients âgés et 84% pensent que cet outil est indispensable pour la continuité des soins.
Cet intérêt exprimé par les pharmaciens pour ce type de communication s'illustre à travers une étude effectuée au CHU de Nantes. Dans ce travail, un courrier récapitulant les modifications médicamenteuses effectuées durant l'hospitalisation ainsi que d'autres informations sur le patient (INR, clairance de la créatinine, état clinique) était transmis aux pharmaciens d'officine. Les pharmaciens avaient accordé une note de 3,9/4 concernant l'utilité de ce courrier en tant qu'outil de communication entre l'hôpital et la pharmacie (Safrano et al, 2013).

Une des questions posées aux pharmaciens concernait d'éventuelles interventions pharmaceutiques qu'ils auraient été amenés à faire au moment de la délivrance de l'ordonnance de sortie. Cela était le cas 3 fois sur 10. Pour autant ce chiffre semble surestimé en raison de la mauvaise interprétation possible du terme « intervention pharmaceutique ». D'après la Société française de Pharmacie Clinique (SFPC), l'intervention pharmaceutique correspond à un ensemble d'actions possibles pouvant

être isolées ou associées conduisant à une modification de la prise en charge idéalement en accord avec le prescripteur. Il peut s'agir d'une adaptation posologique, du choix de la voie d'administration, de l'amélioration des méthodes de dispensation/d'administration, d'une prescription nouvelle ou d'un changement de médicament, mais aussi d'un arrêt ou refus de délivrer ou bien encore d'un suivi thérapeutique (SFPC, 2013).

Parmi certaines réponses que nous avons reçues, l'intervention pharmaceutique était entendue comme le fait d'expliquer le traitement au patient (comme donner des informations sur la posologie de chaque traitement ou avertir le patient de l'introduction de nouveaux médicaments). Ceci correspond en fait à l'information accompagnant systématiquement la délivrance de toutes ordonnances et ne modifie pas la prise en charge du patient. Les réponses de ce type ayant pu être identifiés comme telles ont donc été logiquement définies comme ne correspondant pas à une intervention pharmaceutique. Pour les autres réponses positives, sans commentaires ou justifications, nous n'avons pas pu déterminer si les pharmaciens avaient réalisé de véritables interventions pharmaceutiques.

Certains pharmaciens nous ont fait part de leurs suggestions pour l'amélioration de l'OCM notamment sur la rédaction de l'OCM (annexe 8). En effet, 18% des pharmaciens ayant répondu nous ont signalé une erreur de rédaction ou une divergence entre l'OCM et l'ordonnance de sortie. Cette donnée majeure illustre parfaitement à quel point la sécurisation du processus de soins nécessite plusieurs intervenants assurant chacun un rôle clé dans son domaine de compétences. Le pharmacien officinal est le verrou de sécurité ultime dans la prévention des erreurs médicamenteuses. Son impact dans la détection des anomalies pouvant échapper aux prescripteurs se manifeste ici de façon remarquable.

Les discordances entre l'ordonnance et l'OCM peuvent être expliquées par le fait que plusieurs personnes interviennent dans la rédaction de l'OCM. La rédaction initiale est manuscrite avant d'adapter une forme informatique. Les deux étapes sont réalisées par des personnes différentes favorisant les erreurs de retranscriptions. L'interne peut

également être amené à modifier une dernière fois l'ordonnance de sortie en omettant de modifier le contenu de l'OCM.

En définitive, la satisfaction manifeste des pharmaciens vis à vis de l'OCM mis à leur disposition pour l'amélioration de la qualité de leur pratique doit conforter dans le développement d'un tel processus.

Les perspectives d'amélioration des performances des réseaux informatiques en France et les innovations attendues en termes de messagerie sécurisée et de dossier pharmaceutique (DP) donnent l'espoir de disposer dans un avenir proche d'un outil informatique performant. Il améliorerait la qualité du BMO, rendrait les informations disponibles en temps réel et assurerait des moyens de communications différés permettant de récupérer une information manquante à n'importe quel moment. Enfin il serait disponible pour l'ensemble des professionnels impliqués.

7.6. Limites de l'étude

Une des principales difficultés de cette étude a été d'obtenir des informations précises relatives au traitement lors de son renouvellement un mois après la sortie du malade.
Nous avons constaté pour 22 patients (21,6 %) que ce renouvellement d'ordonnance était effectué au-delà de ce délai fixé arbitrairement peut être en rapport avec le fait que les médicaments au domicile du malade étaient en quantité suffisante.
Nous avons constaté que 5 patients (4,9 %) renouvelaient leurs ordonnances non pas dans une pharmacie unique mais au sein de plusieurs officines. Une des explications retrouvée était que les aidants principaux (famille, infirmière ou auxiliaires de vie) s'occupaient d'obtenir les médicaments prescrits et cela au plus près de leur domicile propre.

8. Conclusion

Nous avons réalisé une conciliation médicamenteuse faisant intervenir en collaboration pharmacien et médecins avec pour objectif l'obtention du meilleur historique possible de médicaments puis l'adaptation de ces traitements à la santé du patient. Ensuite, nous avons colligé, justifié et transmis l'ensemble des informations à tous les partenaires médicaux et pharmaceutiques du patient sans délai.

Cette pratique a permis à 30 jours de l'hospitalisation, de réduire le nombre de médicaments prescrits et de stabiliser la nature du traitement qui a été globalement peu modifié. Elle consolide le suivi du traitement médicamenteux en facilitant la participation du pharmacien d'officine.

Les résultats de la conciliation médicamenteuse, effectuée lors d'un séjour hospitalier, ont été transmis au médecin traitant et au pharmacien. Cette transmission s'inscrit dans une démarche qualité stratégique de la coordination ville-hôpital et de la continuité des soins.

9. Résumé

La conciliation médicamenteuse est un processus interactif et multi-professionnel qui fait partie intégrante de la continuité et sécurité des soins. Nous avons analysé de façon prospective le nombre et la nature des divergences intentionnelles (**DI**) lors d'une conciliation médicamenteuse hospitalière puis lors du renouvellement de son ordonnance 30 jours après sa sortie dans une cohorte de malades âgés hospitalisés en court séjour gériatrique. Un outil de conciliation médicamenteuse (**OCM**) a été rédigé où figuraient le traitement d'entrée complet, les modifications réalisées pendant l'hospitalisation et le traitement à la sortie.

Le traitement médicamenteux de 173 malades (qui recevaient globalement initialement 1 242 médicaments, médiane : 8 par jour) a été analysé et comparé à celui renouvelé 30 jours après leur sortie. Cette comparaison a montré une réduction significative du nombre de médicaments prescrits par patient ainsi que du nombre de **DI** entre ces 2 évaluations.

L'OCM était transmis aux médecins traitants et au pharmacien du patient. Les pharmaciens qui ont accepté de critiquer l'OCM ont déclaré que l'utilisation de cet outil devrait être généralisée afin de permettre une amélioration de la qualité de la continuité des soins.

L'OCM a permis d'améliorer la sécurité et la qualité de la dispensation des médicaments.

Mots clés : sujets âgés, conciliation médicamenteuse, sortie d'hospitalisation, ville-hôpital, continuité des soins, pharmacien d'officine.

10. Bibliographie

Académie nationale de pharmacie. Personnes âgées et médicaments. Juin 2005. www.acadpharm.org/dos_public/Agees.pdf, consulté en septembre 2015.

Bishop MA, Cohen BA, Billings LK, Thomas EV. Reducing errors through discharge medication reconciliation by pharmacy services. Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst Pharm. 2015 Sep 1;72(17 Suppl 2):S120–6.

Boockvar KS, Blum S, Kugler A, Livote E, Mergenhagen KA, Nebeker JR, et al. Effect of admission medication reconciliation on adverse drug events from admission medication changes. Arch Intern Med. 2011 May 9;171(9):860–1.

CNEG. Collège national des enseignants de gériatrie. Masson. 2010.

Coleman EA, Smith JD, Raha D, Min S. Posthospital medication discrepancies: prevalence and contributing factors. Arch Intern Med. 2005 Sep 12;165(16):1842–7.

Coutellier M. Impact d'une hospitalisation dans un service de médecine sur les traitements prescrits au long cours en médecine générale [Thèse d'exercice]. UFR de médecine; [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. 2012.

DREES 2009. Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins - Description des résultats 2009 www.drees.sante.gouv.fr/enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-description-des-resultats-2009,9499.html, Consulté en juin 2015.

Dufay E. La conciliation des traitements médicamenteux. Qualité et sécurité des soins liées aux produits de santé. Le parcours de soins. 2013. www.omedit-basse-normandie.fr/gallery_files/site/1533/…/5534.pdf, consulté en Octobre 2015.

ESPS-IRDES : Enquête sur la Santé et la Protection Sociale. http://www.irdes.fr. consulté le 04 Mars 2015.

Fialová D, Topinková E, Gambassi G, Finne-Soveri H, Jónsson PV, Carpenter I, et al. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. JAMA. 2005 Mar 16;293(11):1348–58.

Field TS, Gurwitz JH, Harrold LR, Rothschild J, DeBellis KR, Seger AC, et al. Risk factors for adverse drug events among older adults in the ambulatory setting. J Am Geriatr Soc. 2004 Aug;52(8):1349–54.

Gillespie U, Alassaad A, Henrohn D, Garmo H, Hammarlund-Udenaes M, Toss H, et al. A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older: a randomized controlled trial. Arch Intern Med. 2009 May 11;169(9):894–900.

Goldberg RM, Mabee J, Chan L, Wong S. Drug-drug and drug-disease interactions in the ED: analysis of a high-risk population. Am J Emerg Med. 1996 Sep;14(5):447-50.

Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. JAMA. 2003 Mar 5;289(9):1107–16.

HAS 2005 : consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. Rapport HAS 2005. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_428595/fr/prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-1-medecin-traitant, consulté en septembre 2015.

HAS 2014 - Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? - Recommandation 2014. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1771468/fr/comment-ameliorer-la-qualite-et-la-securite-des-prescriptions-de-medicaments-chez-la-personne-agee, consulté en septembre 2015.

HAS 2014 : Conciliation médicamenteuse. Recommandation 2014. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1498429/fr/l-initiative-oms-high-5s, consulté en septembre 2015.

HAS Février 2014. Guide parcours de soins Fibrillation atriale. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1741766/fr/guide-parcours-de-soins-fibrillation-atriale. Consulté en septembre 2015.

Himmel W, Tabache M, Kochen MM. What happens to long-term medication when general practice patients are referred to hospital? Eur J Clin Pharmacol. 1996 Jun 1;50(4):253–7.

Insee : Bilan population démographique 2014. www.insee.fr/ . Consulté le 04 Mars 2015.

Kaneko H, Suzuki S, Goto M, Arita T, Yuzawa Y, Yagi N, et al. Incidence and predictors of rehospitalization of acute heart failure patients. Int Heart J. 2015;56(2):219–25.

Koehler BE, Richter KM, Youngblood L, Cohen BA, Prengler ID, Cheng D, et al. Reduction of 30-day postdischarge hospital readmission or emergency department (ED) visit rates in high-risk elderly medical patients through delivery of a targeted care bundle. J Hosp Med. 2009 Apr;4(4):211–8.

Lang PO, Dramé M, Guignard B, Mahmoudi R, Payot I, Latour J, et al. 2010. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie

Lang P-O, Hasso Y, Belmin J, Payot I, Baeyens J-P, Vogt-Ferrier N, et al. [STOPP-START: adaptation of a French language screening tool for detecting inappropriate prescriptions in older people]. Can J Public Health Rev Can Santé Publique. 2009 Dec;100(6):426–31.

Legifrance. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - Article 38. Legifrance.gouv.fr, consulté le 06 Novembre 2015.

Leguelinel-Blache G, Arnaud F, Bouvet S, Dubois F, Castelli C, Roux-Marson C, et al. Impact of admission medication reconciliation performed by clinical pharmacists on medication safety. Eur J Intern Med. 2014 Nov;25(9):808–14.

Michel P, Quenon JL, Lathelize M, Bru-Sonnet R, Perez C, Domecq S, Kret M. Étude nationale sur les évènements indésirables graves liés aux soins (ENEIS). *Document de travail*

Midlöv P, Deierborg E, Holmdahl L, Höglund P, Eriksson T. Clinical outcomes from the use of Medication Report when elderly patients are discharged from hospital. Pharm World Sci PWS. 2008 Dec;30(6):840–5.

Midlöv P, Holmdahl L, Eriksson T, Bergkvist A, Ljungberg B, Widner H, et al. Medication report reduces number of medication errors when elderly patients are discharged from hospital. Pharm World Sci PWS. 2008 Jan;30(1):92–8.

Monane M, Monane S, Semla T. Optimal medication use in elders. Key to successful aging. West J Med. 1997 Oct;167(4):233–7.

Moulis-Rivière M. Conciliation médicamenteuse de sortie en gériatrie: impact de la transmission hôpital-ville d'un bilan médicamenteux sur le maintien des optimisations thérapeutiques [Mémoire de DES]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2014.

Mueller SK, Sponsler KC, Kripalani S, Schnipper JL. Hospital-based medication reconciliation practices: a systematic review. Arch Intern Med. 2012 Jul 23;172(14):1057–69.

Munday A, Kelly B, Forrester JW, Timoney A, McGovern E. Do general practitioners and community pharmacists want information on the reasons for drug therapy changes implemented by secondary care? Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. 1997 Sep;47(422):563–6.

Ordre des pharmaciens. Recommandations de la section D pour le pharmacien adjoint d'officine. http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Publications-ordinales/Recommandations-de-la-section-D-pour-le-pharmacien-adjoint-d-officine, consulté en Octobre 2015.

Ordre National des Pharmaciens. http://www.ordre.pharmacien.fr. Consulté en Novembre 2015.

Pichat C. Evolution de l'ordonnance des patients à un mois de la sortie de médecine polyvalente : étude prospective sur 3 mois.

Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Walley TJ, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. BMJ. 2004 Jul 3;329(7456):15–9.

Safrano L, Maillard N, Founini M, Maulaz B, Ould-Aoudia V, Lepelletier A, Rouiller-Furic. Implication du pharmacien hospitalier dans la coopération ville-hopital : le lien avec l'officine. CHU Nantes, Oct 2013.

Schnipper JL, Kirwin JL, Cotugno MC, Wahlstrom SA, Brown BA, Tarvin E, et al. Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalization. Arch Intern Med. 2006 Mar 13;166(5):565–71.

Société Française de Pharmacie Clinique. Fiche d'intervention pharmaceutique, Élaboré par le groupe de travail SFPC officine et "Standardisation et valorisation des activités de pharmacie clinique". février 2013. http://www.sfpc.eu/fr/pratiques-professionelles/interventions-pharmaceutiques.html, consulté en Novembre 2015.

Shrank WH, Polinski JM, Avorn J. Quality indicators for medication use in vulnerable elders. J Am Geriatr Soc. 2007 Oct;55 Suppl 2:S373–82.

Steinman MA, Landefeld CS, Rosenthal GE, Berthenthal D, Sen S, Kaboli PJ. Polypharmacy and prescribing quality in older people. J Am Geriatr Soc. 2006 Oct;54(10):1516–23.

Van den Heuvel PML, Los M, van Marum RJ, Jansen PAF. Polypharmacy and underprescribing in older adults: rational underprescribing by general practitioners. J Am Geriatr Soc. 2011 Sep;59(9):1750–2.

Viktil KK, Blix HS, Eek AK, Davies MN, Moger TA, Reikvam A. How are drug regimen changes during hospitalisation handled after discharge: a cohort study. BMJ Open. 2012;2(6).

Vira T, Colquhoun M, Etchells E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. Qual Saf Health Care. 2006 Apr;15(2):122–6.

Zoni AC, Durán García ME, Jiménez Muñoz AB, Salomón Pérez R, Martin P, Herranz Alonso A. The impact of medication reconciliation program at admission in an internal medicine department. Eur J Intern Med. 2012 Dec;23(8):696–700.

11. Serment de Galien :

UNIVERSITÉ DE ROUEN

UNIVERSITE de ROUEN
Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT DE GALIEN

Je jure d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer dans l'intérêt de la Santé publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma Profession.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois méprisé de mes Confrères si je manque à mes engagements.



12. Annexes

Annexe 1 :

Score de Charlson :

Comorbidités :	Présente	Points
Infarctus du myocarde		**1**
Insuffisance cardiaque		**1**
Pathologies vasculaires périphériques		**1**
AVC/AIT avec ou sans séquelles (hors hémiplégie)		**1**
Démence		**1**
Pathologie pulmonaire chronique		**1**
Maladie de système		**1**
Pathologie ulcéreuse gastro duodénale		**1**
Pathologie hépatique modérée (sans hypertension portale)		**1**
Diabète non compliqué		**1**
Hémiplégie		**2**
Insuffisance rénale modérée à sévère		**2**
Diabète compliqué		**2**
Tumeur non métastatique		**2**
Leucémie (Aigue/Chronique)		**2**
Lymphome		**2**
Pathologie hépatique modérée ou sévère		**3**
Tumeur solide métastatique		**2**
SIDA		**6**

Pondération en fonction de l'âge :

70-79 ans	3
80-89 ans	4
90-99 ans	5
Total :	

Annexe 2 :

ADL : Echelle des activités de la vie quotidienne

Tableau 13.II. Échelle des activités de la vie quotidienne (ADL de Katz).

Activités	État
Toilette (lavabo, bain ou douche)	1 besoin d'aucune aide. 0,5 besoin d'aide pour une seule partie du corps (dos, jambes ou pieds). 0 besoin d'aide pour la toilette de plusieurs parties du corps, ou toilette impossible.
Habillage (prend ses vêtements dans l'armoire ou les tiroirs, sous-vêtements et vêtements d'extérieur compris ; utilise boutons et fermeture éclair)	1 besoin d'aucune aide. 0,5 besoin d'une aide uniquement pour lacer ses chaussures, boutonner, fermer une fermeture éclair. 0 besoin d'aide pour prendre ses vêtements ou s'habiller, ou reste partiellement ou complètement déshabillé(e).
Aller aux W.-C. (pour uriner ou déféquer, s'essuyer et se rhabiller)	1 besoin d'aucune aide (aide possible pour se rendre aux W.-C- : canne, fauteuil roulant…). 0,5 besoin d'une aide. 0 ne va pas aux W.-C.
Locomotion	1 besoin d'aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise (peut utiliser un support comme une canne ou un déambulateur). 0,5 besoin d'une aide. 0 ne quitte pas le lit.
Continence	1 contrôle complet des urines et des selles. 0,5 accidents occasionnels. 0 incontinence totale, nécessité de sondage ou de surveillance permanente.
Alimentation	1 besoin d'aucune aide. 0,5 besoin d'aide pour couper la viande ou beurrer le pain. 0 besoin d'aide complète ou alimentation artificielle.

Annexe 3 :

IADL : Echelle des activités instrumentales de la vie quotidienne

Tableau 13.III. Échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL de Lawton).

Activités	Définitions	Cotation Hommes	Cotation Femmes
Téléphone	Utilise le téléphone de sa propre initiative, compose le numéro	1	1
	Compose quelques numéros connus	1	1
	Décroche mais ne compose pas seul	1	1
	N'utilise pas le téléphone	0	0
Courses	Achète seul la majorité des produits nécessaires	1	1
	Fait peu de courses	0	0
	Nécessite un accompagnement lors des courses	0	0
	Incapable de faire ses courses	0	0
Cuisine	Prévoit et cuisine les repas seul		1
	Cuit les repas après préparation par une tierce personne		0
	Fait la cuisine mais ne tient pas compte des régimes imposés		0
	Nécessite des repas préparés et servis		0
Ménage	S'occupe du ménage de façon autonome		1
	Fait seul des tâches ménagères légères		1
	Fait les travaux légers mais de façon insuffisante		1
	Nécessite de l'aide pour les travaux ménagers		1
	Nécessite de l'aide pour les travaux ménagers quotidiens		0
Linge	Lave tout son linge seul		1
	Lave le petit linge		1
	Tout le linge doit être lavé à l'extérieur		0
Transports	Utilise les moyens de transport de manière autonome	1	1
	Commande et utilise seul un taxi	1	1
	Utilise les transports publics avec une personne accompagnante	0	0
	Parcours limités en voiture, en étant accompagné	0	0
	Ne voyage pas	0	0
Médicaments	Prend ses médicaments correctement et de façon responsable	1	1
	Prend correctement les médicaments préparés	0	0
	Ne peut pas prendre les médicaments correctement	0	0
Argent	Règle ses affaires financières de façon autonome	1	1
	Règle ses dépenses quotidiennes, aide pour les virements et dépôts	1	1
	N'est plus capable de se servir de l'argent	0	0

Annexe 4 : Rouen, le ……. 2015

Cher confrère,

Votre patient Mr/Mme …… …….., née le …/…/… a été récemment hospitalisé(e) dans le service de Médecine Interne Gériatrique au CHU de Rouen sur le site de l'hôpital Charles Nicolle.

Un compte rendu « court » simplifié a été remis à ses accompagnants le jour de sa sortie. Son compte rendu d'hospitalisation détaillé vous a été adressé secondairement dans les jours qui ont suivi son retour à domicile.

Nous avons joint à ce compte rendu d'hospitalisation, un document sous forme de tableau intitulé **« Feuille de conciliation médicamenteuse »**. Ce document résume les modifications thérapeutiques effectuées avec, pour chaque ajustement, une justification clinique. Cet outil de conciliation médicamenteuse a été développé par l'équipe du service de Médecine Gériatrique et fait actuellement l'objet d'une évaluation scientifique.

Ce processus de conciliation médicamenteuse s'inscrit dans une démarche qualité autour de l'optimisation de la coordination Ville-Hôpital. Parmi les buts de ce travail qui porte sur la continuité des soins au sens large, figure l'amélioration de la gestion continue des traitements des patients âgés.

Dans le but de valider et d'améliorer cet outil, je vous adresse ce questionnaire destiné à recueillir vos impressions et à colliger vos remarques.

Nous vous remercions de contribuer à cette démarche dont nous ne manquerons pas, comme nous en avons l'habitude, de vous présenter les principaux résultats.

Je vous prie de croire, Cher Confrère, à l'assurance de mes sincères salutations.

Pr. Philippe CHASSAGNE,

Questionnaire à retourner à l'adresse suivante :
Madame Maquin - Secrétariat -
Service de Médecine Interne Gériatrique
CHU Rouen, 1 rue de Germont, 76031 ROUEN CEDEX

Questionnaire Pharmacien d'officine

A. Concernant la **transmission de l'information**

1. Avez-vous eu connaissance de la feuille de **« conciliation médicamenteuse »** concernant l'hospitalisation de votre patient (jointe à l'ordonnance)?
   Oui ☐ Non ☐
2. Si oui sous quel délai après la sortie de votre malade du service ?
   ……jours

Note : Echelle visuelle analogique de 0 (pas du tout satisfait), à 10(très satisfait).
Mettre un trait perpendiculaire sur l'échelle visuelle analogique.

B. Concernant **la Qualité de la fiche de « conciliation médicamenteuse »**

1. Lisibilité
   0 _____ 10
2. Rapidité de lecture
   0 _____ 10
3. Connaissance de nouveaux diagnostics ou nouvelles données relatives à la santé de votre patient ?
   0 _____ 10
4. Amélioration de la sécurité dans la délivrance des médicaments ?
   0 _____ 10

C. Concernant **les perspectives de développement de cette pratique de conciliation médicamenteuse avec le pharmacien d'officine.**

D. Pensez-vous qu'une très large voire systématique utilisation de cette fiche, pour les malades âgés serait souhaitable ?
   Oui ☐ Non ☐
   Commentaire :

E. Cette utilisation vous paraît-elle indispensable dans la continuité de soins ?

Oui ☐ Non ☐

F. Pensez-vous qu'un partage de cette fiche de conciliation médicamenteuse avec d'autres intervenants (ex : médecin, IDE) serait souhaitable ?

Oui ☐ Non ☐

Commentaire :

D. Concernant **l'utilité de la fiche de conciliation médicamenteuse lors de la dispensation de l'ordonnance de votre patient :**

1. Avez-vous effectué d'éventuelles interventions pharmaceutiques lors de la dispensation de l'ordonnance de sortie d'hospitalisation ?

   Oui ☐ Non ☐

   Commentaire :

2. Pensez-vous que cette fiche de conciliation médicamenteuse vous a apporté des informations pertinentes pour comprendre les éventuels ajustements apportés au traitement de votre patient ?

   Oui ☐ Non ☐

   Commentaire :

Annexe 5 :

Place de la conciliation médicamenteuse dans le parcours de soin des sujets âgés hospitalisés. Proposition d'un outil d'interface ville-hôpital.

Cahier de recueil de données

Nom Médecin :

Date d'inclusion : Date de sortie d'hospitalisation :

Date J30 :

Patient n° :

Nom :

Prénoms :

Etiquette

Date de naissance :

Médecin Traitant (Nom/Adresse/Téléphone) :

Pharmacien désigné (Nom/Adresse/Téléphone) :

Tiers aidant principal (Nom/Adresse/Téléphone) :

Délivrance sécurisée des médicaments par IDE (Oui/Non) :
Nombre de sources :

Total :

Médecin Traitant	
Autres médecins spécialistes	
Pharmacien désigné	
Autres sources	

Antécédents :

Cardio vasculaire :

Pulmonaire :

Gastro-Entérologie :

Endocrinologie :

Uro-néphrologie :

Cancérologie :

Ostéo articulaire :

Ophtalmologie :

Neurologie/Psychiatrie :

Score de Charlson :

Comorbidités :	Présente	Points
Infarctus du myocarde		**1**
Insuffisance cardiaque		**1**
Pathologies vasculaires périphériques		**1**
AVC/AIT avec ou sans séquelles (hors hémiplégie)		**1**
Démence		**1**
Pathologie pulmonaire chronique		**1**
Maladie de système		**1**
Pathologie ulcéreuse gastro duodénale		**1**
Pathologie hépatique modérée (sans hypertension portale)		**1**
Diabète non compliqué		**1**
Hémiplégie		**2**
Insuffisance rénale modérée à sévère		**2**
Diabète compliqué		**2**
Tumeur non métastatique		**2**
Leucémie (Aigue/Chronique)		**2**
Lymphome		**2**
Pathologie hépatique modérée ou sévère		**3**
Tumeur solide métastatique		**2**
SIDA		**6**

Pondération en fonction de l'âge :

70-79 ans	3
80-89 ans	4
90-99 ans	5
Total :	

Informations complémentaires :

Nombre d'hospitalisation au cours des 6 derniers mois :

Poids :

Taille :

Albumine (g/l) :

Clairance de la créatinine (Formule MDRD en ml/min) :

Fonctions cognitives :

	Oui	Non
Confusion		
Syndrome démentiel		

ADL (Dépendance) :

	Autonome	Aide partielle	Dépendant
Hygiène corporelle	1	0,5	0
Habillage	1	0,5	0
Aller aux toilettes	1	0,5	0
Locomotion	1	0,5	0
Continence	1	0,5	0
Repas	1	0,5	0

Total :

IADL (Autonomie) :

Téléphone :			
	Se sert normalement du téléphone	**1**	/1
	Ou Compose quelques numéros très connus	**1**	
	Ou Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	**1**	
	N'utilise pas spontanément le téléphone	0	
	Ou Incapable d'utiliser le téléphone	0	
Moyens de transport :			
	Utilise les moyens de transport public de façon indépendant ou conduit sa propre voiture	**1**	/1
	Ou Organise ses déplacements an taxi mais autrement n'utilise aucun transport public	**1**	
	Ou Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un	**1**	
	Déplacements limités en taxi ou en voiture avec l'aide ou l'accompagnement de quelqu'un	0	
Traitement :			
	Responsable de la prise de son traitement (dose et rythme)	**1**	/1
	Est responsable de son traitement si doses préparées à l'avance	0	
	Ou Est incapable de prendre seul ses médicaments même si préparés à l'avance	0	
Manipuler l'argent :			
	Non applicable, n'a jamais manipulé l'argent	**NA**	/1
	Gère ses finances de façon autonome	**1**	
	Se débrouille pour les achats quotidiens mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque et les achats importants	**1**	
	Incapable de manipuler l'argent	0	
Score total (maxi 4 pts):			/4

Notice :

1. Remplir le Nom du médecin qui effectue le recueil de données.

2. Récupérer une étiquette administrative dans le dossier médical du patient et la coller sur la première page du cahier de protocole.

3. Utiliser le CRH du patient pour les données de la page 1 à 5. Le CRH est archivé dans le dossier médical du patient.

4. Utiliser l'observation médicale d'admission dans le dossier médical du patient pour obtenir le nom du pharmacien désigné et les différentes sources utilisées pour le recueil des traitements habituels du patient.

5. Pour la fiche de conciliation médicamenteuse :

    - Utiliser le dossier médical pour les traitements habituels (Observation médicale d'admission) et d'admission en gériatrie (Prescription papier dans le dossier médical du patient).

    - Utiliser le CRH pour les traitements de sortie (Détail dans la grille de conciliation médicamenteuse à la fin du CRH).

    - Retranscrire dans la fiche de conciliation les justifications cliniques des ajustements thérapeutiques effectués (Justifications notifiées dans la grille de conciliation du CRH).

    - Enquête téléphonique auprès du pharmacien désigné pour récupérer le traitement du patient un mois après la sortie avec si possible la justification des éventuels ajustements thérapeutiques effectués.

Annexe 6

OCM

Pharmacien :
Enquête médicamenteuse faite : OUI / NON
Le :

Etiquette patient

Délivrance sécurisée OUI / NON par

Traitement d'entrée	Posologie	Modification	Justification	*Traitement de sortie*
Ex : BISOPROLOL	*10 mg le matin*	*Diminution à 5 mg*	*Bradycardie*	*BISOPROLOL 5 mg: 1 cp le matin*
Ex : AMLOR	*5 mg le matin*	*Aucune*		*AMLOR 5 mg : 1 cp le matin*
Ex : EFFEXOR	*75 mg le matin*	*Arrêt*	*Traitement non efficace*	*MIANSERINE 20 mg : 1 cp le soir*

Annexe 7

FICHE DE CONCILIATION MEDICAMENTEUSE

Informations Patient

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

N° Patient :

Date d'hospitalisation :

Poids (kg) : *Taille (m) :*

Clairance (mL/min) par MDRD :

Albumine (g/l) :

Nombre de lignes de traitement :

Date de la conciliation: *Date de sortie d'hospitalisation :*

Sources:

Médecin traitant : ☐

Pharmacien référent : ☐

IDE : ☐

Autres: ☐

	Traitement habituel et automédication		Statut	Ordonnance à l'admission en gériatrie		Statut	Ordonnance de sortie			Ordonnance à 1 mois de la sortie		Commentaires, indications…
	DCI/Spécialité/Dosage/Forme	Répartition		DCI/Spécialité/Dosage/Forme	Répartition		DCI/Spécialité/Dosage/Forme	Répartition	Correct Divergent	DCI/Spécialité/Dosage/Forme	Posologie	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												

Annexe 8 :

Suggestions des pharmaciens pour l'amélioration de l'OCM, transmises via le questionnaire:
B) 2. Lisibilité de la fiche ? « ce serait encore mieux si une ligne sur 2 était un peu grisée »
B)4. Amélioration de la sécurité dans la dispensation des médicaments : « sauf quand erreur de retranscription comme ici »
C) 1. Pensez-vous qu'une très large voire systématique utilisation de cette fiche, pour les malades âgés serait souhaitable ? « il serait bon de connaitre la raison de l'hospitalisation afin de comprendre les éventuels changements » « idéalement avant la sortie effective en cas de changement de traitement » « il faudrait l'associer à un tableau de posologie pour les patients » « même par internet » « éviter de mettre la quantité en milligramme mais plutôt en nombre de comprimé (exemple: Deroxat 30mg : 1/jour → Deroxat 20mg: 1cp et demi /jour »
C)3. Pensez-vous qu'un partage de cette fiche de conciliation médicamenteuse avec d'autres intervenants (ex : médecin, IDE) serait souhaitable ? « rajouter les DCI pour les IDE »
D) 1. Avez-vous effectué d'éventuelles interventions pharmaceutiques lors de la dispensation de l'ordonnance de sortie d'hospitalisation ? « précision Fortimel à 1/j : Fortimel MAX » « 1 médicament avait été arrêté alors qu'il était toujours inscrit sur la liste » « perindopril 2mg sur la fiche de conciliation (traitement entrée et sortie) alors que perindopril 3mg noté sur l'ordonnance » « obligation d'appeler l'interne prescripteur suite à la non concordance entre l'ordonnance de sortie et la conciliation médicamenteuse » « vérification de la posologie du Fresubin non spécifiée sur l'ordo » « incohérence entre ordo sortie et le tableau »

« prescription en sortie de préviscan 1 le soir, mais sur la fiche de conciliation il y a noté que l'on diminue la dose à 3/4 le soir car surdosage. »

D)2. Pensez-vous que cette fiche de conciliation médicamenteuse vous a apporté des informations pertinentes pour comprendre les éventuels ajustements apportés au traitement de votre patient ?

« indiquer la date d'entrée et de sortie »

Commentaires des pharmaciens encourageant l'utilisation de l'OCM, transmis via le questionnaire:

C) 1. Pensez-vous qu'une très large voire systématique utilisation de cette fiche, pour les malades âgés serait souhaitable ?

« très bien car les ordonnances de sortie d'hôpital ne sont parfois pas claires en ce qui concerne les traitements déjà en cours mais non indiqués sur l'ordonnance de sortie. »

« permet de justifier l'arrêt d'un traitement que le patient va vouloir continuer »

« c'est une très bonne idée.la lisibilité du tableau est sûrement perfectible, en particulier la colonne modification qui pourrait être plus rapide à lire. La colonne justification est une très bonne idée. Ce tableau permet de clarifier tout changement de traitement, on peut le garder dans l'historique. »

« car les personnes âgées ne savent pas toujours exactement ce qu'il leur est arrivé, il est donc utile d'avoir un résumé du service d'hospitalisation. »

« super! Évite toute erreur lors de la délivrance, une meilleure sécurisation et un apport de réponse aux questions des patients "dois-je continuer mon autre traitement?". »

« cela permet d'éviter de s'interroger quant à la non reconduction d'un traitement. »

« très bonne initiative. Merci. »

« indispensable si changement ou adaptation!! »

« l'équipe trouve votre démarche super intéressante pour le patient et l'équipe médicale »

« très pratique pour connaitre et comprendre les changements de traitement. »

C) 3. Pensez-vous qu'un partage de cette fiche de conciliation médicamenteuse avec d'autres intervenants (ex : médecin, IDE) serait souhaitable ? « tableau plus concis que le courrier habituel → visualisation des modifications de traitement plus rapide » « parfois le médecin traitant n'est pas en accord avec les modifications effectuées par l'hôpital et ne reconduisent pas l'ordonnance de sortie » « tous les acteurs de santé doivent partager la connaissance autour du patient (traitements, pathologies,…), cela est essentiel pour la sécurité du patient. » « un travail ou réseau avec tous les intervenants de santé du patient ne peut être que bénéfique. »
D) 1. Avez-vous effectué d'éventuelles interventions pharmaceutiques lors de la dispensation de l'ordonnance de sortie d'hospitalisation ? « cela permet de bien expliqué que certains traitements sont arrêtés, modifiés ou instaurés. »
D) 2. Pensez-vous que cette fiche de conciliation médicamenteuse vous a apporté des informations pertinentes pour comprendre les éventuels ajustements apportés au traitement de votre patient ? « outil indispensable pour nous, à généraliser » « des posologies sont parfois modifiées nécessitant de rappeler les services au vu de l'ignorance du patient → gain de temps et sécurisation. »

GILDAS Alexandre

Place de la conciliation médicamenteuse dans le parcours de soin des sujets âgés hospitalisés. Proposition d'un outil d'interface entre l'hôpital et le pharmacien.

Th. D. Pharm., Rouen, 2015, 116 p.

RESUME

La conciliation médicamenteuse est un processus interactif et multi-professionnel qui fait partie intégrante de la continuité et sécurité des soins. Nous avons analysé de façon prospective le nombre et la nature des divergences intentionnelles (**DI**) lors d'une conciliation médicamenteuse hospitalière puis lors du renouvellement de son ordonnance 30 jours après sa sortie dans une cohorte de malades âgés hospitalisés en court séjour gériatrique. Un outil de conciliation médicamenteuse (**OCM**) a été rédigé où figuraient le traitement d'entrée complet, les modifications réalisées pendant l'hospitalisation et le traitement à la sortie.

Le traitement médicamenteux de 173 malades (qui recevaient globalement initialement 1 242 médicaments, médiane : 8 par jour) a été analysé et comparé à celui renouvelé 30 jours après leur sortie. Cette comparaison a montré une réduction significative du nombre de médicaments prescrits par patient ainsi que du nombre de **DI** entre ces 2 évaluations.

L'OCM était transmis aux médecins traitants et au pharmacien du patient. Les pharmaciens qui ont accepté de critiquer l'OCM ont déclaré que l'utilisation de cet outil devrait être généralisée afin de permettre une amélioration de la qualité de la continuité des soins.

L'OCM a permis d'améliorer la sécurité et la qualité de la dispensation des médicaments.

MOTS CLES : sujets âgés, conciliation médicamenteuse, sortie d'hospitalisation, ville-hôpital, continuité des soins, pharmacien d'officine

---

JURY

Président : Mr GARGALA Gilles, MCU-PH

Membres : Mr ARNAUD Philippe, PU-PH
Mr CHASSAGNE Philippe, PU-PH
Mme MECHIN Céline, PH
Mr GBAGUIDI Xavier, PH

DATE DE SOUTENANCE : 27 Novembre 2015