



HAL
open science

Conciliation des traitements médicamenteux : expérimentation du rapport Med'Rec 2015 de l'HAS dans un établissement psychiatrique

Marine Buiche

► **To cite this version:**

Marine Buiche. Conciliation des traitements médicamenteux : expérimentation du rapport Med'Rec 2015 de l'HAS dans un établissement psychiatrique. Sciences pharmaceutiques. 2017. dumas-01540919

HAL Id: dumas-01540919

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01540919>

Submitted on 16 Jun 2017

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE**

Année : 2016

N°

**CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX :
EXPERIMENTATION DU RAPPORT MED'REC 2015 DE L'HAS DANS UN
ETABLISSEMENT PSYCHIATRIQUE**

**MEMOIRE DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES DE PHARMACIE OPTION
PHARMACIE HOSPITALIERE : PRATIQUE ET RECHERCHE**
Conformément aux dispositions du décret N° 90-810 du 10 septembre 1990, tient lieu de THESE

Marine BUICHE

[Données à caractère personnel]

MEMOIRE SOUTENU PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE
GRENOBLE

Le : 16/06/2016

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. le Pr ALLENET Benoît

Membres :

Mme le Dr BOYER Anne

Mme le Dr DURIF Elisabeth

Mme le Dr SCHEER Catherine

M. le Dr LENOIR Alain

La Faculté de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.jwlti



Doyen : SEVE Michel
Vice-doyenne : DEMEILLIERS Christine

Année 2015-2016

ENSEIGNANTS A L'UFR DE PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

BAKRI	Aziz	Pharmacie Galénique et Industrielle, Formulation et Procédés Pharmaceutiques (TIMC-IMAG)
BOUMENDJEL	Ahcène	Chimie Organique (D.P.M.)
BURMEISTER	Wim	Biophysique (U.V.H.C.I)
DECOUT	Jean-Luc	Chimie Inorganique (D.P.M.)
DROUET	Christian	Immunologie Médicale (TIMC-IMAG)
DROUET	Emmanuel	Microbiologie (U.V.H.C.I) -
GODIN-RIBUOT	Diane	Physiologie-Pharmacologie (HP2)
LENORMAND	Jean Luc	Ingénierie Cellulaire, Biothérapies (THEREX, TIMC, IMAG)
MARTIN	Donald	Laboratoire TIMC-IMAG (UMR 5525 UJF-CNRS)
MOINARD	Christophe	LABFA (U Inserm 1055)
PEYRIN	Eric	Chimie Analytique (D.P.M.)
RIBUOT	Christophe	Physiologie – Pharmacologie (HP2)
WOUESSIDJEW	Denis	Pharmacotechnie (D.P.M.)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

ALLENET	Benoit	Pharmacie Clinique (THEMAS TIMC-IMAG/MCU-PH)
CORNET	Murielle	Parasitologie – Mycologie Médicale (LAPM, PU-PH)
DANEL	Vincent	Toxicologie (SMUR SAMU / PU-PH)
FAURE	Patrice	Biochimie (HP2/PU-PH)
MOSSUZ	Pascal	Hématologie (PU-PH-THEREX-TIMC)
SEVE	Michel	Biochimie – Biotechnologie (IAB, PU-PH)

PROFESSEURS EMERITES

CALOP	Jean
GRILLOT	Renée
ROUSSEL	Anne-Marie

Dernière mise à jour : NM 16/02/2016

DOMAINE DE LA MERCI – 38706 LA TRONCHE CEDEX – France - TEL : +33 (0)4 76 63 71 00 – FAX : +33 (0)4 76 63 71 70

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

ALDEBERT	Delphine	Parasitologie-Mycologie (L.A.P.M)
BATANDIER	Cécile	Nutrition et Physiologie (L.B.F.A)
BELAIDI-CORSAT	Elise	Pharmacologie Physiologie –(HP2)
BOURGOIN	Sandrine	Biochimie – Biotechnologie (IAB)
BRETON	Jean	Biologie Moléculaire / Biochimie (L.C.I.B – LAN)
BRIANCON-MARJOLLET	Anne	Physiologie Pharmacologie (HP2)
BUDAYOVA SPANO	Monika	Biophysique (I.B.S)
CAVAILLES	Pierre	Biologie Cellulaire et génétique (L.A.P.M)
CHOISNARD	Luc	Pharmacotechnie (D.P.M)
DELETRAZ-DELPORTE	Martine	Droit Pharmaceutique (Equipe SIS « Santé, Individu, Société »-EAM 4128)
DEMEILLIERS	Christine	Biochimie (L.B.F.A)
DURMORT-MEUNIER	Claire	Biotechnologies (I.B.S)
GEZE	Annabelle	Pharmacotechnie (D.P.M)
GILLY	Catherine	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
GROSSET	Catherine	Chimie Analytique (D.P.M)
GUIEU	Valérie	Chimie Analytique (D.P.M)
HININGER-FAVIER	Isabelle	Biochimie (L.B.F.A)
JOYEUX-FAURE	Marie	Physiologie - Pharmacologie (HP2)
KHALEF	Nawel	Pharmacie Galénique (TIMC-IMAG)
KRIVOBOK	Serge	Biologie Végétale et Botanique (L.C.B.M)
MELO DE LIMA	Christelle	Biostatistiques (L.E.C.A)
MOUHAMADOU	Bello	Cryptogamie, Mycologie Générale (L.E.C.A)
NICOLLE	Edwige	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
OUKACINE	Farid	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
PERES	Basile	Pharmacognosie (D.P.M)
PEUCHMAUR	Marine	Chimie Organique (D.P.M.)
RACHIDI	Walid	Biochimie (L.C.I.B)
RAVELET	Corinne	Chimie Analytique (D.P.M)
SOUARD	Florence	Pharmacognosie (D.P.M)
TARBOURIECH	Nicolas	Biophysique (U.V.H.C.I.)
VANHAVERBEKE	Cécile	Chimie (D.P.M)

MAITRES DE CONFERENCE DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

BEDOUC	Pierrick	Pharmacie Clinique (THEMAS TIMC-IMAG/MCU-PH)
BUSSER	Benoit	Pharmacie (IAB-INSERM)
GERMI	Raphaëlle	Microbiologie (U.V.H.C.I)

PROFESSEURS CERTIFIES

FITE	Andrée
GOUBIER	Laurence

PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES (PAST/MAST)

BELLET	Béatrice	Pharmacie Clinique
RIEU	Isabelle	Qualitologie (Praticien Attaché – CHU)
TROULLER	Patrice	Santé Publique (Praticien Hospitalier – CHU)

PROFESSEURS AGREGES (PRAG)

GAUCHARD	Pierre-Alexis	(D.P.M)
----------	---------------	---------

CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIB : Centre d'Innovation en Biologie
DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire
HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
IAB : Institut Albert Bonniot, Centre de Recherche « Oncogenèse et Ontogenèse »
IBS : Institut de Biologie Structurale
LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes
LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée
LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux
LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine
LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation et de Cognition
UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions

Dernière mise à jour : NM 16/02/2016

DOMAINE DE LA MERCI – 38706 LA TRONCHE CEDEX – France - TEL : +33 (0)4 76 63 71 00 – FAX : +33 (0)4 76 63 71 70

Remerciements

Aux membres du jury :

Je tiens d'abord à remercier ma directrice de thèse, **Mme le Dr DURIF Elisabeth, Chef de Service de la Pharmacie – CHS de la Savoie** de m'avoir guidée grâce à ses nombreux conseils. Merci pour ta disponibilité, ton soutien et ta confiance qui m'ont encouragée tout au long de ce travail. Tu m'as transmis tes compétences et ton expérience, je m'efforcerai de suivre ce modèle pour la suite de mon parcours.

Je remercie vivement le **Pr ALLENET Benoît, PU-PH Pharmacie Clinique – CHU Grenoble**, de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Je souhaite vous témoigner mon respect pour votre investissement dans les différentes actions de développement de la pharmacie clinique.

Je remercie également le **Dr BOYER Anne, MCU-PH Pharmacie Clinique - CHU Estaing Clermont Ferrand**, de l'intérêt qu'elle a témoigné pour ce travail et d'avoir accepté de faire partie du jury.

Je remercie le **Dr SCHEER Catherine, Psychiatre – CHS de la Savoie**, pour son soutien et sa confiance qui ont permis la mise en œuvre de la démarche de conciliation au sein de son unité. Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury afin de représenter les médecins impliqués dans ce projet.

Je remercie le **Dr LENOIR Alain, Chef de service de la pharmacie – CH Ardèche Méridionale**, d'avoir accepté de faire partie de mon jury quelques années après mon premier stage à Aubenas. Tu as été le premier à me parler de la conciliation ! Merci pour tout ce que tu m'as appris et d'avoir cru en moi.

Aux confrères et collègues :

Au **Dr Albane CRASSOUS**, merci pour tes conseils éclairés qui ont grandement contribué à la rédaction de la thèse. Merci pour les midis passés à parler de montagne et voyages ! Nos discussions vont me manquer.

Aux **Drs Yves RANC** et **Marcelle ESQUEVIN**, pour vos conseils et votre soutien, c'était un plaisir de travailler avec vous !

Aux médecins de l'unité test, je tiens à vous remercier d'avoir accepté le projet dans votre unité et pour votre participation qui m'ont permis de le mener à bien.

A l'équipe de la pharmacie du CHS de la Savoie, pour votre accueil sympathique et les moments agréables passés avec vous.

Je tiens également à remercier les pharmaciens du CH d'Aubenas, ainsi que Isabelle DAURES du CH d'Issoire, pour tout ce que vous m'avez appris dans la bonne humeur, et pour m'avoir fait découvrir la pharmacie hospitalière de périphérie, je garderai un très bon souvenir de mes stages chez vous.

A ma sœur :

A **Pau**, comment décrire en quelques lignes ce que tu représentes ? Tu es à la fois ma fierté et ma force, ton soutien et ton exemple me poussent à donner le meilleur de moi. Merci de me comprendre à ce point, dans l'humour bête comme dans nos questionnements gémellaires.

A mes amis :

A **Lara**, merci pour tout ce que tu m'apportes grâce à cette amitié unique qui dure depuis plusieurs années ! Merci pour ton écoute et tes conseils dont je ne pourrais plus me passer, merci de me connaître par cœur et d'avoir su me guider...

A **Adrix**, pour ces 10 ans d'amitié grâce ton humour et tes avis -jamais- sarcastiques.

Aux **Colocs** : Paulo, Momo et Aurélie, merci pour les bons moments précieux que j'ai la chance de partager avec vous grâce à notre super coloc ☺ mais surtout pour votre soutien et votre écoute dans les moments de doute.

A la **dream team** : Audrey, Lucie, et Aurélie (oui tu es citée deux fois !), merci pour tout ce qu'on a vécu ensemble, dans la folie ou la douleur, pour être toujours là quand j'ai besoin de vous, merci pour vos conseils précieux mais surtout merci de supporter mes logorrhées !

Merci aux internes d'Aubenas, Vincent, Mathilde, Cécile, Lucie etc pour les super souvenirs que je garderai de mon premier stage d'interne avec vous.

Merci aux internes de l'internat de Grenoble, pour ces belles rencontres grâce aux sorties montagne et aux soirées passées ensemble, ainsi qu'à Eric pour son aide pour le pot de thèse.

A **Gwendal**, je ne te remercierai jamais assez d'avoir cru en moi depuis le début ainsi que pour ton soutien sans faille tout au long de ce travail. Merci de partager avec moi cette complicité qui nous lie depuis le début.

A mes parents :

Je tiens à dédier cette thèse à **mes parents**, qui m'ont permis d'avoir cette chance de choisir ma voie et qui ont été présents et m'ont soutenue tout au long de mes études, je leur dois tout le chemin parcouru.

Maman, merci pour ton aide précieuse : la correction brillante et minutieuse des fautes de cette thèse, mais surtout pour ta présence et ton soutien chaque jour.

Papa, merci d'être présent quand j'ai besoin de toi, ainsi que pour tes blagues et ton exigence qui me poussent à me dépasser.

Liste des figures

Figure 1 - Les étapes de la CTM

Figure 2 - Logigramme de caractérisation des divergences

Figure 3 - Schéma des actions d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse du patient d'après la Revue des Erreurs liées aux médicaments et aux dispositifs médicaux – SFPC

Figure 4 - Taux de CTM intégrée ou en prévision pour 2018 en France

Figure 5 - Schéma des différentes étapes de la CTM - Rapport d'expérimentation Med'Rec

Figure 6 - Pourcentage d'utilisation des sources d'information

Figure 7 - Nature des Divergences Non Intentionnelles

Figure 8 - Les indicateurs DNI en fonction de la population étudiée

Figure 9 - La répartition des DNI par classe thérapeutique

Figure 10 - Réponses des médecins au questionnaire « Avis CTM »

Figure 11 : Diapositive issue de « Conciliation médicamenteuse : Freins à la mise en place en Psychiatrie ». Congrès HOPIPHARM 2016.

Liste des tableaux

Tableau 1 – Les neuf établissements de santé français de l'expérimentation Med'Rec

Tableau 2 – Les indicateurs du SOP Med'Rec – Rapport d'expérimentation Med'Rec

Tableau 3 – Caractéristiques de la population étudiée

Tableau 4 – Les différents motifs de la non conciliation des patients éligibles

Tableau 5 – Les différents motifs de l'absence d'entretien patient

Tableau 6 – Tableau récapitulatif des indicateurs de suivi de la CTM au CHS

Tableau 7 – Les différents motifs de conciliation non réalisée dans les 24h après l'admission

Tableau 8 – Comparaison du nombre moyen de médicaments par patient concilié au CHS et dans le rapport d'expérimentation Med'Rec

Tableau 9 – Comparaison des durées moyennes de CTM au CHS et dans le rapport d'expérimentation Med'Rec

Tableau 10 – Pourcentage de DNI concernant les médicaments somatiques selon différents établissements psychiatriques

Tableau 11 – Pourcentage de DNI correspondant à des omissions selon différents établissements psychiatriques

Liste des abréviations

CTM = Conciliation des Traitements Médicamenteux

BMO = Bilan Médicamenteux Optimisé

OMA = Ordonnance Médicamenteuse à l'Admission

DI = Divergence Intentionnelle

DNI = Divergence Non Intentionnelle

DGOS = Direction Générale de l'Offre de Soins

HAS = Haute Autorité de santé

SFPC = Société Française de Pharmacie Clinique

CH = Centre Hospitalier

GH = Groupe Hospitalier

CHS= Centre Hospitalier Spécialisé

EPSM = Etablissement Public de Santé Mentale

DCI = Dénomination Commune Internationale

DPI = Dossier Patient Informatisé

EM = Erreur Médicamenteuse

DATI = Dispositif d'Alarme pour Travailleur Isolé

SOP Med'Rec = Standard Operating Protocol Medication Reconciliation

CME = Commission Médicale d'Etablissement

COMEDIMS = Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles

Liste des annexes

- Annexe 1 : Carte de sectorisation du pôle adulte du CHS de la Savoie
- Annexe 2 : Courrier d'information aux Pharmaciens
- Annexe 3 : Courrier d'information aux Médecins
- Annexe 4 : Procédure CHS de la Savoie « Conciliation des Traitements Médicamenteux »
- Annexe 5 : Fiche de recueil des traitements par source
- Annexe 6 : Fiche entretien patient
- Annexe 7 : Fiche de conciliation des traitements médicamenteux
- Annexe 8 : Courrier de conciliation des traitements médicamenteux
- Annexe 9 : Questionnaire Avis des Médecins Prescripteurs

Table des matières

PARTIE I : LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX (CTM) : UNE METHODE DE SECURISATION DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DU PATIENT

I. La iatrogénie et l'Erreur Médicamenteuse.....	16
II. La Pharmacie Clinique.....	18
1. Historique.....	18
2. Les Missions du Pharmacien Clinicien.....	19
III. CTM : Définition et Méthode.....	21
1. Définition.....	21
2. Objectif de la CTM.....	21
3. Principe de la CTM à l'admission.....	22
a) Les deux modes de CTM.....	22
b) La CTM rétroactive : Méthode.....	22
IV. CTM : Contexte Réglementaire.....	26
V. CTM : Constat et Etat des lieux en France.....	28
1. L'expérimentation Med'Rec dans le cadre du projet High 5s.....	28
a) Le projet High 5s.....	28
b) Le SOP Med'Rec.....	29
2. Résultats de l'enquête de la DGOS sur le déploiement de la CTM dans les établissements de santé.....	30
3. Financement.....	31
4. Formation.....	32
5. Etat des lieux en Psychiatrie.....	33
a) Projet Med'Rec.....	33
b) Enquête de la DGOS.....	33
c) Publications.....	33
d) Constat.....	35

PARTIE II : LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX :

EXPERIMENTATION DU RAPPORT DE L'HAS AU CHS DE LA SAVOIE

I. INTRODUCTION.....	37
II. OBJECTIF.....	38
III. PATIENTS ET METHODE.....	38
1. Les prérequis.....	38
2. Patients éligibles.....	40
3. Mode opératoire de la CTM à l'admission.....	41
a) Etape 1 : Recherche active d'informations sur les médicaments du patient.....	42
b) Etape 2 : La formalisation et la validation pharmaceutique du BMO.....	44
b) Etape 3 : Comparaison du BMO avec l'ordonnance d'admission et Identification des divergences.....	44
c) Etape 4 : Communication des divergences et correction si nécessaire.....	45
4. Evaluation par des indicateurs.....	46
5. La CTM à la sortie.....	49
6. Avis des médecins de l'unité test.....	50
IV. RESULTATS.....	51
1. Population étudiée.....	51
a) Caractéristiques de la population étudiée.....	51
b) Les patients éligibles non conciliés.....	51
2. Réalisation du BMO.....	52
a) Les sources utilisées.....	52
b) L'entretien patient.....	53
c) Le pharmacien d'officine.....	53
3. Le suivi des indicateurs.....	54
a) La conciliation dans les 24h.....	55
b) Les Divergences Non Intentionnelles.....	56

4. Evaluations Complémentaires.....	57
5. Avis des Médecins de l'unité test.....	59
V. DISCUSSION	60
1. Limites de l'étude.....	60
2. Comment cibler les patients à concilier en priorité ?.....	60
a) Les médicaments somatiques.....	61
b) Les omissions.....	62
c) Nouveaux critères d'éligibilité.....	63
3. Quelles sont les sources d'information à utiliser ?	63
4. Le critère MR1 « conciliation des patients dans les 24h » est-il un bon reflet de l'implémentation de la CTM?	65
5. Quels sont les freins à la réalisation de la CTM ?	66
a) Généraux.....	66
b) Spécifiques à la Psychiatrie.....	67
6. Quels sont les intérêts de la CTM ?.....	70
7. Phase test : Et après ?.....	71
 CONCLUSION.....	 73
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	74
ANNEXES.....	82
RESUME.....	97

PARTIE I

LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX : UNE
METHODE DE SECURISATION DE LA PRISE EN CHARGE
MEDICAMENTEUSE DU PATIENT

I. LA IATROGENIE ET L'ERREUR MEDICAMENTEUSE

En France, des études de pharmacovigilance estiment entre 10 000 et 30 000 le nombre de décès attribuables chaque année à un accident médicamenteux. L'étude menée en 1998 par le réseau des centres régionaux de pharmacovigilance a estimé à 134159 le nombre d'hospitalisations dues à un effet indésirable médicamenteux dans les hôpitaux publics français ; soit 1,28 millions de journées d'hospitalisation [1]. Bien que non chiffrée, une part notable de ces accidents correspond à des prescriptions ou utilisations à priori non justifiées et donc évitables.

L'Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS), réalisée pour la deuxième fois en 2009, a confirmé l'enjeu que constituait le médicament dans le domaine de la sécurité des soins.

Après les actes invasifs et les infections liées aux soins, les médicaments sont la troisième cause d'événements indésirables graves (EIG) : 60 000 à 130 000 EIG par an en lien avec le médicament, dont 15 à 60 000 sont évitables [2].

Ces événements indésirables sont de deux natures :

- Il y a d'une part les effets indésirables du médicament, provoqués par un médicament pris seul ou en association avec d'autres, pouvant donner des interactions avec des conséquences potentiellement graves : il s'agit alors de **iatrogénie** et relève de la **pharmacovigilance**.
- Ils sont à distinguer des **erreurs médicamenteuses (EM)**, c'est-à-dire celles consécutives à **l'organisation de la prise en charge du médicament**.

D'après le dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse établi par la SFPC [3], une EM est un « écart par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient. L'erreur médicamenteuse est l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte relatif à un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient.

Par définition, l'erreur médicamenteuse est évitable car elle manifeste ce qui aurait dû être fait et qui ne l'a pas été au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse d'un patient. »

En 2005, après analyse de 22 études regroupant au total 3755 patients, une étude canadienne [4] rapportait que jusqu'à 67% des prescriptions comportaient au moins une erreur médicamenteuse. Des données limitées suggéraient que 11 à 59% avaient des conséquences cliniques importantes.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a reconnu la conciliation des traitements médicamenteux (CTM) comme un processus conçu pour améliorer l'exactitude des prescriptions médicamenteuses des patients et prévenir les erreurs médicamenteuses aux points de transition du parcours de soins. [4 ;5]

D'après la SFPC, la CTM doit être intégrée aux activités de pharmacie clinique [6] dans le cadre de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient (avec l'analyse des prescriptions, interventions pharmaceutiques, révision des traitements, accompagnement du projet thérapeutique global, information, éducation thérapeutique, lien ville hôpital).

II. LA PHARMACIE CLINIQUE

Dans la dénomination pharmacie clinique il existe le terme de « clinique » qui signifie en grec « lit ». C'est donc la pharmacie au lit du malade ; le pharmacien clinicien doit intégrer en même temps les propriétés pharmacologiques des médicaments et la physiopathologie du patient. [7]

1. Historique

La pharmacie clinique a été initiée en Amérique du Nord dans les années 60 suite à des procès faits aux médecins du fait d'erreurs thérapeutiques et/ou iatrogènes. Elle a été définie, en 1961, par Charles WALTON à l'Université de Kentucky: « La pharmacie clinique est l'utilisation optimale du jugement et des connaissances pharmaceutiques et biomédicales du pharmacien dans le but d'améliorer l'efficacité, la sécurité, l'économie et la précision selon lesquelles les médicaments doivent être utilisés dans le traitement des patients ».

En France, cette discipline a été introduite dans l'enseignement par la réforme Bohuon (1978) dans un premier temps, puis par la réforme Laustriat-Puisieux (1984) dans un second temps avec la création de la 5^{ème} année hospitalo-universitaire [8].

Dans une démarche de promotion de la pharmacie clinique, la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) a été créée en 1984 pour impulser cette discipline et assurer la formation à son exercice. En 2008, elle publie sa première version de la Revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs associés (ou REMED) qui est une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles axée sur la prise en charge médicamenteuse.

En 2009, soit plus de 20 ans après l'amorce académique de cette discipline, le chemin parcouru restait modeste [8].

Depuis, l'arrêté du 6 avril 2011 (*cf IV. CTM : Contexte règlementaire*), relatif au management de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé, est venu renforcer la place et le rôle du pharmacien hospitalier.

En ce début d'année, pour l'annonce de son congrès « Déployons la pharmacie clinique », la SFPC indiquait que 2016 serait une année importante pour le déploiement de la pharmacie clinique tout au long du parcours de soins des patients ; notamment grâce à la formation et l'incitation forte à la conciliation médicamenteuse, l'expérimentation de son déploiement auprès de 10 établissements, l'inscription de la pharmacie clinique dans les missions des pharmacies à usage intérieur, et les actions au niveau des officines. [9]

2. Les missions du pharmacien clinicien

Le pharmacien clinicien doit se situer professionnellement entre le corps médical et le corps infirmier, en respectant le territoire de chacun ; le médecin établit le diagnostic et définit une stratégie thérapeutique, l'infirmière dispense les soins aux malades, le pharmacien clinicien est plus particulièrement chargé de :

- à l'entrée du patient, si ce dernier prend au préalable des médicaments, recueillir l'historique médicamenteux pour éclairer le prescripteur sur l'éventuelle origine iatrogène de l'hospitalisation et opérer une **conciliation** de la nouvelle prescription avec les traitements pris antérieurement ;
- sécuriser le circuit du médicament au niveau de l'unité de soins avec mise à disposition des traitements ;
- vérifier que la prescription respecte, autant que faire se peut, les référentiels scientifiques établis (AMM, conférences de consensus, rapports d'experts, recommandations pour la pratique clinique, recommandations de la Haute autorité de santé [HAS]) ;
- contribuer à l'élaboration de la qualité rédactionnelle des protocoles thérapeutiques médicamenteux et à leur mise à jour ;
- diffuser l'information sur les nouveautés thérapeutiques, les conférences de consensus, les protocoles thérapeutiques, les références médicales hospitalières ainsi que sur le coût de certains produits ;
- valider la stratégie médicamenteuse, c'est-à-dire vérifier les contre-indications en fonction de la physiopathologie du patient, gérer les interactions médicamenteuses, s'assurer des bonnes posologies, des rythmes et des vitesses d'administration ;

- optimiser la thérapeutique sur les rapports risques/bénéfices et coût/efficacité ;
- Assurer les notifications des effets indésirables des médicaments en collaboration avec le service de pharmacovigilance régional ;
- proposer des plans de prises ou plan d'administration des médicaments (PAM) prescrits ;
- rechercher si nécessaire les incompatibilités physico-chimiques entre médicaments injectables ;
- veiller au respect des mises en garde et des précautions d'emploi ;
- s'assurer de la surveillance biologique voir radiologique (tuberculose par ex.) du traitement médicamenteux ;
- accompagner l'adhésion du patient à son traitement ;
- conseiller, informer voire éduquer le patient sortant ;
- expliquer les modalités d'administration ;
- sécuriser le circuit du médicament au sein de l'unité de soin, du service, du département ou du pôle dans lequel il exerce. [7]

Le pharmacien clinicien est centré sur le patient et non sur le produit ; sa prise en charge du patient correspond au concept de soins pharmaceutiques (pharmaceutical care), autrement dit bien connaître, en plus des médicaments, les relations que le patient entretient avec son traitement. La CTM fait partie intégrante de cette activité.

III. CTM : DEFINITION ET METHODE

1. Définition

En 2005, l'IHI (Institute For Healthcare Improvement) a défini la CTM comme un processus d'identification de la liste la plus exacte des médicaments habituels du patient (incluant le nom, le dosage, la posologie, la voie d'administration), et de comparaison à la prescription en cours, permettant de reconnaître les écarts, documenter toute modification, et ainsi d'obtenir une prescription complète et documentée avec précision. [10]

En France, la définition de la CTM, validée par le collège de la HAS, est la suivante : « La CTM est un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission complète et exacte sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé, aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts. » [11]

En d'autres termes, la CTM permet d'établir une liste exhaustive des traitements pris par le patient avant son hospitalisation et de l'intégrer à l'ordonnance hospitalière tout au long de son parcours de soin en intégrant les transferts et la sortie.

2. Objectif de la CTM

Dans ce contexte de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse évoquée précédemment, la CTM vise à :

- intercepter les erreurs médicamenteuses dues aux défauts d'informations entre l'exercice libéral et l'exercice hospitalier ou entre les divers modes d'hospitalisation.
- sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient tout au long de son parcours de soins.

3. Principe de la CTM à l'admission

a) Les deux modes de CTM

Il existe deux méthodes de conciliation [11;12] :

- La conciliation est dite proactive lorsque le bilan médicamenteux optimisé est établi avant la rédaction de toute ordonnance. Le médecin hospitalier prend alors le bilan en compte, en tant que de besoin, dans sa première prescription.

La conciliation proactive permet de prévenir la survenue d'erreur médicamenteuse.

- La conciliation est dite rétroactive lorsque le bilan médicamenteux optimisé est établi et pris en compte après la rédaction de toute ordonnance hospitalière.

La conciliation rétroactive permet alors d'intercepter et de corriger d'éventuelles divergences entre le bilan et l'ordonnance en cours.

Bien qu'elle ne permette pas de prévenir les erreurs, c'est la conciliation rétroactive qui est le plus souvent réalisée car plus facile à mettre en œuvre.

b) La CTM rétroactive : Méthode

La figure 1, ci-dessous, reprend les différentes étapes de la CTM :

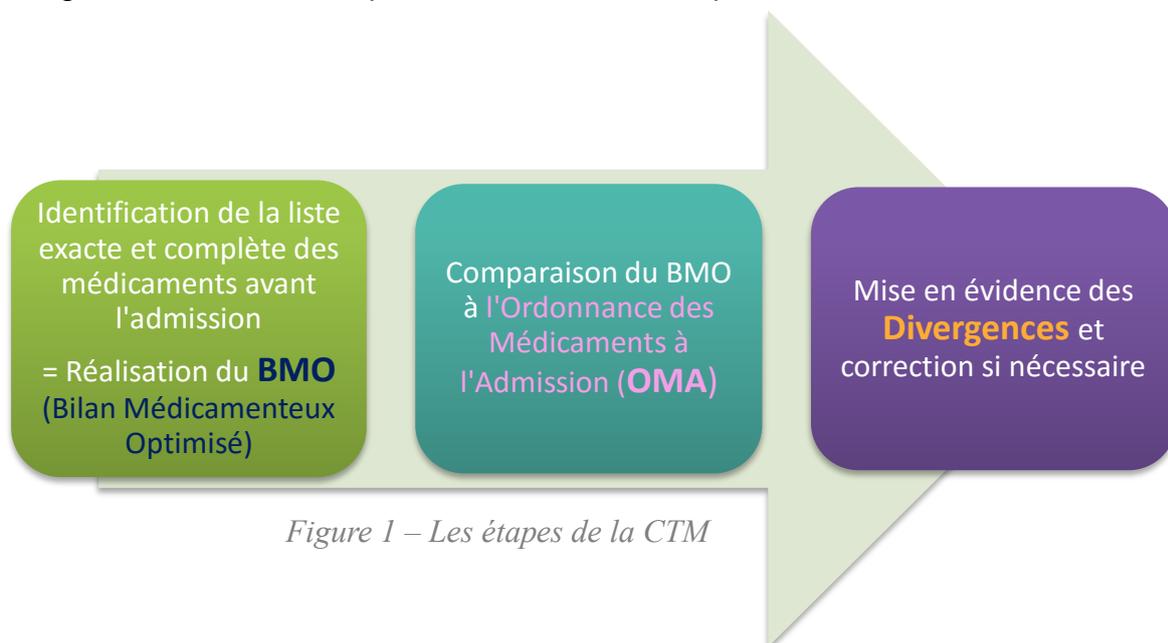


Figure 1 – Les étapes de la CTM

- **Réalisation du Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO)**

Le BMO est un bilan des médicaments du patient avant l'admission.

Il est le résultat d'une synthèse des différentes informations obtenues sur les traitements du patient grâce à un recueil structuré provenant de plusieurs sources : le patient, le pharmacien d'officine, les courriers médicaux, le dossier patient informatisé...

Le BMO correspond à la liste exhaustive et complète de tous les médicaments pris par le patient avant son hospitalisation, c'est l'état des lieux des médicaments d'un patient à un instant donné, contrairement à l'historique médicamenteux qui trace l'évolution des médicaments d'un patient sur une période donnée.

- **Comparaison du BMO à l'Ordonnance Hospitalière**

Le traitement prescrit est comparé ligne par ligne au BMO sur la Fiche de Conciliation des Traitements Médicamenteux.

- le statut du médicament est précisé (poursuivi, arrêté, modifié, suspendu, substitué),
- les écarts retrouvés entre le BMO et l'ordonnance hospitalière sont appelés divergences.

- **Mise en évidence et caractérisation des divergences**

Il existe deux types de divergences : les divergences **intentionnelles** ou **non intentionnelles**.

- Les Divergences Intentionnelles (**DI**) correspondent à une modification volontaire du traitement par le médecin.

- Les Divergences Non Intentionnelles (**DNI**) sont des erreurs médicamenteuses (*cf I. La iatrogénie et l'Erreur Médicamenteuse : définition SFPC de l'erreur médicamenteuse*), dues à une méconnaissance du prescripteur.

Les divergences intentionnelles peuvent être ensuite divisées en 2 sous-groupes selon le niveau informationnel de la divergence :

- si la divergence est documentée : Divergence Intentionnelle Documentée (**DID**),
- si la divergence n'est pas documentée : Divergence Intentionnelle Non Documentée (**DIND**).

Ces différents types de divergences sont illustrés dans le schéma ci-dessous :

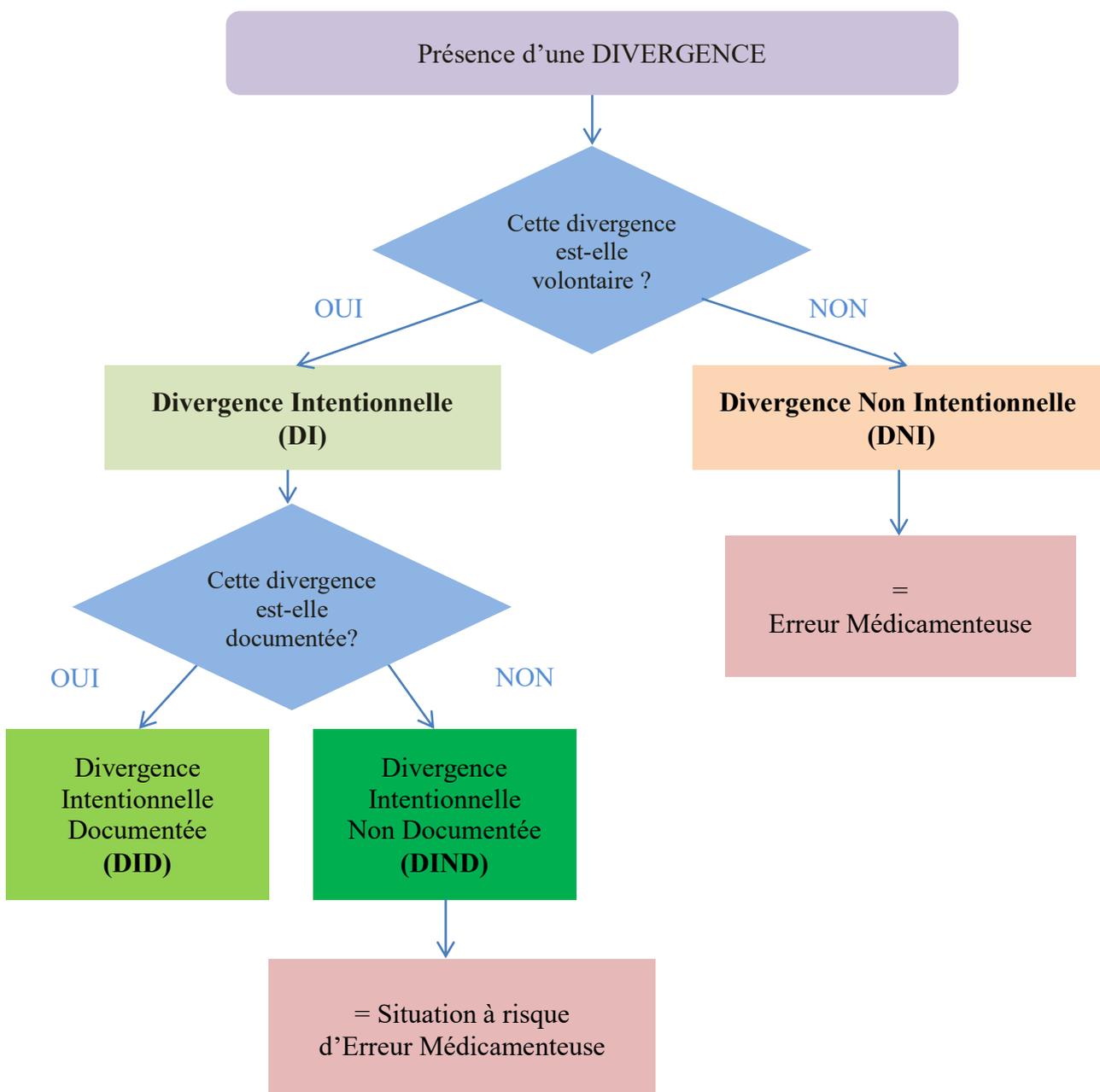


Figure 2 – Logigramme de caractérisation des Divergences

Avec la CTM rétroactive, nous sommes aujourd’hui davantage dans une démarche de détection et récupération des erreurs que de prévention et donc d’évitement. Bien que l’erreur ne puisse être évitée, c’est ici l’évitement de la conséquence de l’erreur qui est recherché. Ceci est illustré dans le schéma ci-dessous.

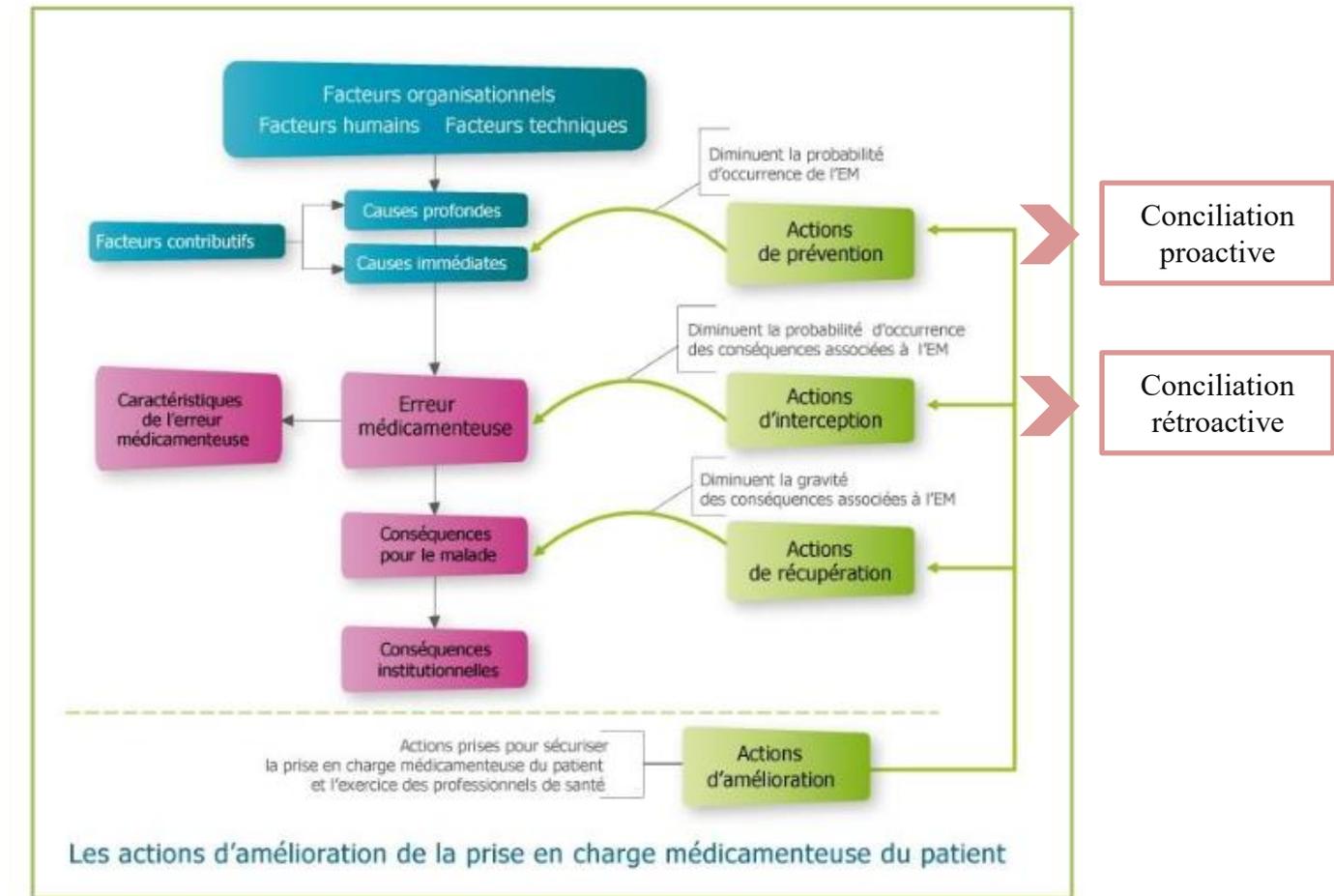


Figure 3 – Schéma des actions d’amélioration de la prise en charge médicamenteuse du patient d’après la Revue des Erreurs liées aux médicaments et aux dispositifs médicaux – SFPC [13]

IV. CTM : CONTEXTE REGLEMENTAIRE

La CTM s'inscrit pleinement dans les exigences actuelles portées par la réglementation en matière de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé.

Les différents textes réglementaires sont décrits ci-dessous :

❖ Arrêté du 6 avril 2011 [14]

L'article 8 de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient insiste sur la nécessité de mise en place de protocoles et modes opératoires intégrant les différentes responsabilités médicales, pharmaceutiques, odontologiques, maïeutiques et infirmières permettant en particulier de :

- s'assurer de l'identité du patient tout au long de sa prise en charge, notamment avant l'administration de médicaments ;
- s'assurer que la prescription est conforme aux données de référence et qu'elle permet de garantir la **continuité et la qualité de la prise en charge médicamenteuse de l'admission jusqu'à la sortie du patient** ;
- garantir que le médicament à administrer, la dose à administrer, la forme pharmaceutique à administrer, la voie d'administration, le schéma posologique, la préparation et le suivi thérapeutique sont conformes à ceux de la prescription médicale ;
- s'assurer de la qualité de l'approvisionnement, de la délivrance, du rapprochement entre le bon de réception et le bon de demande des médicaments dans les unités de soins ainsi que des conditions de stockage des médicaments dans les pharmacies à usage intérieur et dans les unités de soins ;
- s'assurer dans la mesure du possible que le patient est bien informé sur son traitement sauf urgence ou impossibilité ;
- assurer la traçabilité des différentes étapes de la prise en charge médicamenteuse.

❖ Loi HPST

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), inscrit comme priorité la qualité et la sécurité des soins, avec un rôle renforcé de la commission médicale d'établissement (CME) ou de la conférence médicale d'établissement.

❖ Rapport IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) – Le circuit du Médicament à l'hôpital, mai 2011 [15]

La recommandation N°1 du rapport IGAS sur le circuit du médicament à l'hôpital implique la CTM dans ses actions d'amélioration, dans le but d'accélérer la mise en œuvre des dispositions de la loi HPST visant l'amélioration de la « transition thérapeutique », (conciliation médicamenteuse à l'entrée, suivi de l'ordonnance de sortie), le recueil par l'hôpital des coordonnées des professionnels de santé ambulatoires ou médico-sociaux, la désignation du pharmacien correspondant, les coopérations entre professionnels, l'éducation thérapeutique.

❖ Manuel de certification des établissements de santé de l'HAS [16]

La maîtrise de la prise en charge médicamenteuse est un des critères majeurs de la sécurité des patients dans la certification V2014 des établissements de santé.

La référence 20 indique que la continuité de la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé nécessite de prendre en compte le traitement personnel du patient à l'admission, de documenter l'exhaustivité du traitement médicamenteux lors des transferts et de la sortie et d'établir une coordination efficace avec les professionnels de ville.

La mise en place d'une démarche qualité concertée de ce processus systémique complexe, pluri professionnel, présentant de nombreuses interfaces, concourt à la prévention de la iatrogénie médicamenteuse évitable.

❖ Instruction N° DGOS/PF2/2015/65 du 9 mars 2015 [17]

Cette instruction a pour objet de présenter les modalités de mise en œuvre d'une enquête nationale sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse dans les établissements de santé des secteurs publics et privés, titulaires d'activités de MCO, HAD, dialyse, SSR et PSY (cf V.2. Résultats de l'enquête de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)).

V. CTM : CONSTAT ET ETAT DES LIEUX EN FRANCE

1. L'expérimentation Med'Rec dans le cadre du projet High 5s

a) Le projet High 5s

L'initiative des High 5s est une démarche internationale lancée en 2006 par l'Alliance mondiale pour la sécurité du patient de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Elle s'est construite sur la base d'un partenariat entre le Commonwealth Fund, l'OMS, la Joint Commission International, et les pays fondateurs que sont l'Allemagne, l'Australie, le Canada, les Etats-Unis, la Nouvelle-Zélande, les Pays-bas et le Royaume-Uni. La France s'est jointe à cette démarche en 2009. [18]

Le nom de High 5s découle de la volonté de restreindre, de manière significative, soutenue et mesurable, cinq problèmes de sécurité pour le patient, identifiés comme prioritaires par l'OMS :

- La précision de la prescription des médicaments aux points de transition du parcours de soins,
- La prévention des erreurs de site en chirurgie,
- L'utilisation des médicaments concentrés injectables,
- Les défaillances dans les transmissions infirmières,
- Les infections associées aux soins.

La HAS, qui coordonne ce projet pour la France, s'est engagée en 2009 dans le projet High5s avec l'appui du Ministère de la santé. Elle a retenu deux pratiques prioritaires d'amélioration de la sécurité des soins portées par la certification et l'accréditation des médecins :

Solution 1) La sécurité de l'opéré ou la prévention des erreurs de site et de procédure en chirurgie (Performance of correct procedure at correct body site)

Solution 2) La sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours des soins encore appelée **Med'Rec** ou **réconciliation médicamenteuse** (Medication accuracy at transition).

b) Le SOP Med'Rec

Neuf établissements de santé ont été sélectionnés pour participer à l'expérimentation Med'Rec d'une durée de cinq ans après appel à candidatures.

Établissement de santé	Région	Date d'entrée dans Med'Rec*	Date d'arrêt de Med'Rec**
CHU Bordeaux	Aquitaine	Octobre 2013	Octobre 2014
CH Compiègne-Noyon	Picardie	Juillet 2011	Octobre 2014
CHU Grenoble	Rhône-Alpes	Juillet 2011	Octobre 2014
CH Lunéville	Lorraine	Février 2010	Octobre 2014
Clinique de Moutier-Rozeille	Limousin	Juillet 2011	Mars 2013
CHU Nîmes	Languedoc-Roussillon	Juillet 2011	Octobre 2014
GH-AP HP Paris Nord Val de Seine Hôpital Bichat-Claude Bernard	Ile-de-France	Juillet 2011	Octobre 2014
CH Saint-Marcellin	Rhône-Alpes	Juillet 2011	Octobre 2014
HU de Strasbourg	Alsace	Juillet 2011	Octobre 2014

*Date d'enregistrement dans la base OMS des indicateurs MR

**Date d'arrêt de la collecte des indicateurs MR dans la base OMS

À noter :

- La clinique de la Croix-Blanche de Moutier-Rozeille a quitté le projet en 2013, suite à sa fusion avec le CH d'Aubusson ;
- Le CHU de Bordeaux n'a intégré le projet Med'Rec qu'en 2013.

Tableau 1 – Les neuf établissements de santé français de l'expérimentation Med'Rec

Il leur a été demandé de mettre en œuvre et d'évaluer le protocole opérationnel standardisé intitulé « **Standard Operating Protocol Medication Reconciliation** » ou **SOP Med'Rec**.

Le SOP Med'Rec comprend :

- un processus standardisé défini de conciliation des traitements médicamenteux,
- un plan de mise en œuvre,
- un plan d'évaluation.

Le projet Med'Rec a permis de reconnaître la conciliation comme une méthode puissante d'interception des EM et de prévention de la iatrogénie médicamenteuse. Suite aux 5 ans de l'expérience Med'Rec, un rapport d'expérimentation est publié par l'HAS en septembre 2015 [11], il contient une boîte à outils proposée par les établissements expérimentateurs afin de faciliter la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux dans les établissements français.

2. Résultats de l'enquête de la DGOS sur le déploiement de la CTM dans les établissements de santé [19]

Sur les 1.688 établissements de santé qui ont répondu à l'enquête, soit un taux de représentation nationale de 41%, 22% ont déclaré recourir à la conciliation.

Parmi les 22%, la répartition par activité montre :

- Médecine Chirurgie et Obstétrique : 65%
- Soins de Suite et Réadaptation : 19%
- Psychiatrie : 8%
- Hospitalisation à Domicile : 4%
- Dialyse : 3%

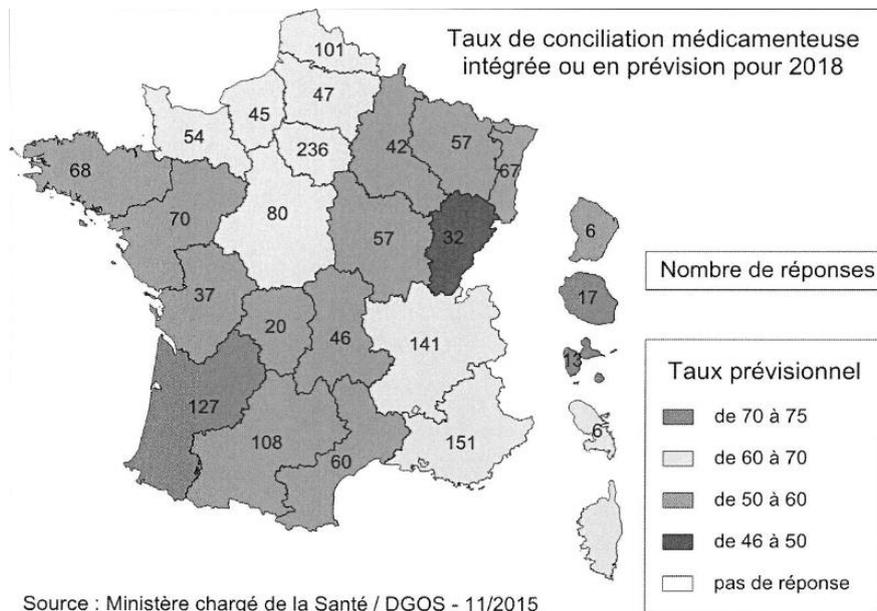


Figure 4 – Taux de CTM intégrée ou en prévision pour 2018 en France [19]

La CTM est principalement effectuée dans des unités dont la durée de séjour est compatible avec le dispositif : médecine (hors urgences), chirurgie, gériatrie, SSR. La démarche est peu implantée dans les services où la durée moyenne de séjour est courte (gynécologie-obstétrique ou urgences).

C'est au moment de l'admission hospitalière que la conciliation est principalement réalisée -à hauteur de 95%- tandis qu'elle n'est mise en œuvre que dans 68% des cas à la sortie, alors même qu'elle permet de sécuriser la transition de l'hôpital vers la ville.

3. Financement

- La circulaire n°SG/2015/152 du 28 avril 2015 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2015 comprend un accompagnement visant à impulser les pratiques de conciliation médicamenteuse, notamment par la mise en place de formations et de mesures de déploiement.

- Début février 2016, la représentante de la DGOS, Paule KUGAS, a déclaré que, sur la base de l'enquête de la DGOS et dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) :

2.5 millions d'euros ont été dégagés pour 10 établissements (dont un établissement de soin de suite et réadaptation et un établissement psychiatrique) pour une expérimentation par appel à projets.

En effet, l'instruction N° DGOS/PF2/2016/49 du 19/02/2016 [20], relative à cet appel à projet de mise en œuvre de la pharmacie clinique en établissement de santé, indique qu'il ressort de cet état des lieux des besoins d'évaluation et d'impulsion de la pharmacie clinique, ainsi que d'accompagnement notamment en matière de formation des professionnels.

4. Formation

La SFPC a mis à disposition des professionnels une fiche mémo « Préconisations pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux », actualisée en décembre 2015, ainsi qu'une formation par e-learning « FORMACONCIL ».

Une vidéo ERMESS (Erreur Médicamenteuse et Sécurité des Soins) [21] a été créée, indiquant l'ampleur des conséquences des erreurs médicamenteuses et expliquant le principe de la CTM.

5. Etat des lieux en Psychiatrie

a) Projet Med'ec

Dans le cadre du projet Med'Rec, la CTM a été mise en œuvre dans la plupart des disciplines de médecine ; un seul établissement l'a réalisée en pédiatrie et **aucun** n'a débuté la conciliation en obstétrique ou en santé mentale.

b) Enquête de la DGOS

Les résultats de l'enquête sur le déploiement de la CTM dans les établissements de santé indiquent que, parmi les établissements ayant une activité de conciliation, 8% sont des établissements psychiatriques. Cependant, le pourcentage d'établissements psychiatriques pratiquant la conciliation n'est pas connu.

a) Publications

Voici la liste des différentes publications disponibles sur le thème de la CTM en Psychiatrie en France, établie suite à une recherche la plus exhaustive possible (pubmed, google scholar, congrès SFPC et HOPIPHARM) et grâce à la disponibilité des pharmaciens des hôpitaux concernés :

❖ **CH Charles Perrens - Bordeaux**

- *Thèse de Mélanie Gérard (septembre 2014) [22] :*

La conciliation des traitements médicamenteux en géronto-psychiatrie : quelles sources d'information utiliser ?

❖ **EPSM – Caen**

- *Poster ESCP Symposium à Prague (2013) [23] :*

Evaluation of the interest and the organization of a Medication Reconciliation activity in a psychiatric hospital.

- *Présentation Omedit Basse Normandie / EPSM / CHU de Caen (mai 2013) [24]* :
Mise en place de la conciliation d'entrée à l'EPSM Caen et en gériatrie aiguë au CHU.

- *Poster HOIPHARM (2014) [25]* :

Mise en place et évaluation du Dossier Pharmaceutique (DP) dans le cadre d'une activité de Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM) en hôpital psychiatrique.

- *Poster SFPC (février 2016) [26]*

Conciliation des Traitements Médicamenteux à l'admission dans un hôpital psychiatrique: mise en place d'un suivi continu d'activité après 3 années.

❖ **EPSM – Lille**

- *Poster Congrès Français de Psychiatrie 7^{ème} édition (2015) [27]* :

Conciliation des Traitements Médicamenteux dans un établissement de Santé Mentale : évaluation d'une nouvelle organisation.

- *Poster HOIPHARM (2014) [28]* :

Mise en place d'une conciliation des traitements médicamenteux dans un établissement de santé mentale.

❖ **GH Paul Guiraud – Villejuif**

- *Poster SFPC (2014) [29]* :

Quelles difficultés peut-on rencontrer lors de la conciliation médicamenteuse en Psychiatrie et comment les contourner? GH Paul Guiraud Villejuif.

- *Article*

Un article est en cours d'écriture au sujet de l'intérêt de la CTM en psychiatrie.

❖ CHS de la Chartreuse – Dijon

- Thèse

Une thèse récente sur le thème de la conciliation en établissement psychiatrique a été rédigée par Marie Rossignol : « Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission des patients : expérimentation en établissement de santé mentale » et soutenue le 20 mai 2016.

d) Constat

En France,

- 8% des établissements qui pratiquent la CTM sont des établissements psychiatriques.

- 5 établissements au total ont actuellement publié à ce sujet.

- Les établissements ayant participé au projet Med'Rec ont exclu la psychiatrie.

Les données sur la CTM en psychiatrie sont donc limitées.

PARTIE II :

LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX :
EXPERIMENTATION DU RAPPORT DE L'HAS AU CHS DE LA SAVOIE

I. INTRODUCTION

Le Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) de la Savoie est à ce jour la seule structure publique du département qui assure la prise en charge de personnes nécessitant des soins en santé mentale et en particulier de patients souffrant de maladies psychiques chroniques. En hospitalisation temps plein, le CHS totalise 266 lits et une file active de 1285 patients.

Le département est découpé en secteurs géographiques (Annexe 1) : 5 secteurs pour les adultes, 3 Intersecteurs pour les enfants et un service départemental pour les adolescents. Tous les services adultes proposent une offre de soins diversifiée : hospitalisation complète, consultations, prises en charge à temps partiel, accueil familial thérapeutique.

Dans un contexte de sollicitation croissante des établissements par les autorités de santé pour le développement de la CTM, une mise en place au CHS est rapidement devenue, pour la pharmacie, un projet qui s'inscrit pleinement dans ses activités centrées sur le médicament et la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient.

Pour sa mise en place, le rapport d'expérimentation récemment publié par l'HAS est un outil incontournable et une aide à la standardisation du processus.

Nous nous sommes demandé si l'ensemble des recommandations émises sont applicables et adaptées à l'organisation de notre établissement psychiatrique, et de façon plus générale, à la discipline psychiatrique.

II. OBJECTIF

Notre étude est une phase « test » d'environ trois mois avec ciblage d'une unité de soin. L'objectif est de répondre à nos différentes interrogations pour la mise en place de la CTM.

Le but à l'issue de cette période « test » est de mettre en évidence des axes de mise en œuvre adaptés à la Psychiatrie afin de pérenniser l'activité de manière pertinente et efficace.

Dans la partie « Patients et Méthode », nous décrivons notre méthodologie au regard des recommandations Med'Rec.

Nous répondrons aux différentes questions soulevées dans la partie « Discussion » en se basant sur les résultats obtenus.

III. PATIENTS ET METHODE

1) Les prérequis

Recommandations du rapport Med'Rec

1) Institutionnalisation de la démarche par la direction et la CME

- Identification d'un chef de projet et d'un binôme composé d'un pharmacien et d'un médecin
- La détermination d'un planning d'identification et de déploiement des moyens alloués et des compétences nécessaires
- Une présentation aux acteurs de ville du projet
- Un suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs et la présentation des résultats de ces indicateurs à la CME

- Au sein du CHS, le principe de la CTM a été présenté lors de la séance du COMEDIMS (Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles), sous-commission de la CME, en octobre 2015.

Le Dr SCHEER, membre du COMEDIMS, s'est portée volontaire pour tester la démarche dans son unité de soins qui est une unité d'entrée de 24 lits adultes du secteur Tarentaise.

- Une réunion avec l'ensemble des médecins du service avant le lancement de la phase test a permis de mettre en place une organisation qui convienne à tous et de valider l'ensemble du projet, soit une phase test d'environ 3 mois de janvier à fin mars.

- Une lettre d'information a été envoyée aux pharmaciens d'officine et aux médecins libéraux du secteur concerné (Annexes 2 et 3).

- Un retour d'expérience avec présentation des résultats sera effectué lors de la CME de septembre 2016.

Recommandations du rapport Med'Rec

2) Standardisation d'un socle commun minimum d'acquis pour débiter

- Formalisation et appropriation des outils
- Formation des professionnels
- Phase « test » avec un ciblage d'une ou plusieurs unités de soins et/ou d'une population
- La conformité aux bonnes pratiques de prescription
- L'accès au dossier patient
- Une utilisation du nombre de sources : autant que de besoin

- Des outils formalisés et adaptés à notre établissement ont été créés à partir de la boîte à outils Med'Rec (cf III.3) *Mode opératoire de la CTM à l'admission*)

- La phase test avec ciblage d'une unité de soin est l'étude décrite dans cette thèse, et servira à organiser au mieux l'étape suivante de pérennisation du processus.

2) Patients éligibles

SOP Med'Rec (Standard Operating Protocol)

Patients âgés de plus de 65ans admis par les urgences, puis hospitalisés en court séjour.

NB : Le rapport Med'Rec indique que la majorité des établissements ont rapidement étendu le processus de CTM au-delà des critères d'éligibilité Med'Rec → L'intérêt démontré de la CTM a incité les pharmaciens à étendre la conciliation au plus grand nombre de patients

Le CHS n'a pas d'unité d'admission en urgence. Ces dernières sont effectuées par les établissements MCO du département avant transfert au CHS, nous ne pouvons donc pas appliquer le critère « Patients admis par les urgences ».

La moyenne d'âge des patients adultes hospitalisés est de 47,7ans.

Les patients de plus de 65ans représentent seulement 13,6% de la file active en hospitalisation temps plein. C'est pourquoi la seule conciliation des patients de plus de 65ans nous paraissait donc peu pertinente.

Les patients éligibles à la CTM à l'admission pour notre étude sont donc :

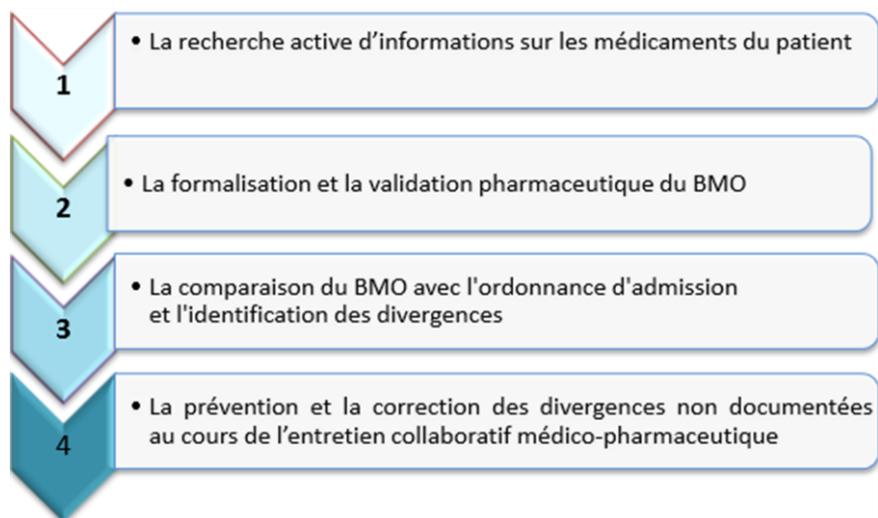
Toutes les entrées de l'unité test sans exception sur une période de 3 mois.

- Les résultats nous permettront de mettre en évidence, ou non, des critères d'éligibilité des patients à concilier en priorité en psychiatrie.

3) Mode opératoire de la CTM à l'admission

SOP Med'Rec

Les 4 étapes de la CTM à l'admission :



*Figure 5 – Schéma des différentes étapes de la CTM
Rapport d'expérimentation Med'Rec*

Nous nous sommes appuyés sur le mode opératoire du rapport d'expérimentation (Annexe 1 du rapport) en adaptant les outils à notre établissement et aux remarques des médecins concernés.

Afin de standardiser les pratiques en interne, nous avons rédigé une procédure « CTM » (Annexe 4).

Nous avons choisi la méthode de conciliation rétroactive pour faciliter la mise en œuvre.

a) Etape 1 :

Recherche active d'informations sur les médicaments du patient

Nous avons établi une méthode de consultation des différentes sources d'information, avec comme support la FICHE DE RECUEIL des traitements par source (Annexe 5).

Les différentes sources consultées sont, dans l'ordre :

1) Le Dossier Patient Informatisé (logiciel Cortexte)

2) Les Sources retrouvées dans l'unité de soins :

- a. Courriers médicaux
- b. Prescriptions apportées par le patient
- c. Etablissement d'origine = Fiche liaison EHPAD / Etablissement.
- d. Médicaments apportés par le patient

3) Entretien patient (Fiche d'entretien en Annexe 6)

Remarque : Un avis des soignants est indispensable avant chaque entretien avec le patient, ils nous renseignent sur les précautions à prendre, sur l'état clinique du patient (interrogeable ou non), sur la nécessité ou non d'un DATI (Dispositif d'Alarme pour Travailleur Isolé).

4) Appel pharmacien officine **après accord verbal du patient**

Remarque : Les médecins de l'unité ont souhaité que l'on demande systématiquement au patient un accord verbal avant de contacter son pharmacien, de la même manière qu'ils demandent leur accord avant de contacter leur médecin traitant.

5) Consultation du Dossier Pharmaceutique si disponible

6) Si besoin a. Appel médecin traitant

- b. Appel médecin spécialiste
- c. Appel infirmière à domicile
- d. Appel entourage
- e. Autre

Cette liste est à adapter au cas par cas en fonction du patient et de l'accessibilité des informations.

Concernant le choix des sources, nous nous sommes appuyés sur les trinômes de sources retenus dans la thèse de Mélanie GERARD « La conciliation des traitements médicamenteux en géronto-psychiatrie : quelles sources d'informations utiliser ? » [22] qui respectent les critères Exhaustivité et Complétude > 95% ; disponibilité > 95% ; Temps < 30min.

Ces trinômes sont :

- Patient + Pharmacien Officine + Dossier patient informatisé
- Patient + Pharmacien Officine + Courriers Médicaux
- Patient + Pharmacien Officine + Etablissement/EHPAD si concerné

Elle conclut qu'il est nécessaire de consulter au moins 3 sources, dont obligatoirement "Patient - Pharmacien d'officine". De plus, si le patient provient d'une EHPAD, cette source est incontournable.

Nous avons donc défini qu'un minimum de 3 sources est obligatoire pour garantir l'exhaustivité de la liste, mais la recherche est à continuer si besoin jusqu'à obtenir la certitude de la fiabilité des informations. Ainsi, nous avons convenu que les sources « si besoin » n'étaient consultées que si l'exhaustivité de la liste n'était pas garantie par les sources précédentes.

Une définition de chaque source est indiquée dans la procédure « CTM » (Annexe 4).

- Nous décrirons dans les résultats le nombre de sources utilisées par patient ainsi que celles consultées en priorité.
- Nous nous sommes interrogés sur la faisabilité de l'entretien patient.
En effet les pathologies prises en charge dans l'unité test permettent-elle des entretiens aussi informatifs que ceux réalisés en MCO ?
Y-a-il des précautions de sécurité à prendre lors de l'entretien ?
L'entretien peut-il être effectué seul ou doit-on être accompagné d'un soignant ?

Cette phase test a permis de répondre à ces questions.

b) Etape 2 :

La formalisation et la validation pharmaceutique du BMO

Le BMO est établi à partir des informations recueillies à l'étape 1, puis renseigné sur la FICHE DE RECUEIL des traitements par source (Annexe 5).

Il correspond à la liste exhaustive des traitements pris par le patient avant hospitalisation, établie grâce à la combinaison des différentes sources d'information.

Il comporte les médicaments (nom commercial ou DCI), leur dosage, forme galénique, voie d'administration, posologie.

c) Etape 3 :

Comparaison du BMO avec l'Ordonnance des Médicaments à l'admission (OMA) et identification des divergences

- L'OMA est renseignée sur la Fiche de Conciliation des traitements médicamenteux (Annexe 7) afin d'être comparée ligne par ligne au BMO.

- Le statut de chaque médicament est établi selon une liste de choix prédéfinis :

Poursuivi, Arrêté, Modifié (plusieurs sous-choix : MODIF dosage, MODIF posologie, MODIF séquence posologique, MODIF forme galénique), Suspendu, Substitué, Ajouté.

Concernant le statut « modifié », nous avons indiqué chaque type de modification, pour plus de précision sur la fiche de conciliation.

- Puis, le caractère « Divergent » ou « Identique » est renseigné sur la fiche pour chaque ligne de prescription.

Remarque :

- Un statut « documenté » ou « non documenté » n'a pas été renseigné sur la fiche de conciliation. En effet, pour plus de clarté auprès des médecins prescripteurs, nous avons indiqué le terme « Divergence » lorsque la ligne de l'ordonnance à l'admission ne correspond pas au BMO, et le terme « Identique » lorsqu'elle est identique, sans différencier les divergences tracées ou non tracées.

- De même, les divergences non intentionnelles n'ont pas été appelées « Erreurs Médicamenteuses » comme le recommande Med'Rec. Le terme « Erreur » est interprété par les prescripteurs comme un évènement dû à un défaut de prise en charge, alors qu'il correspond en fait à un manque d'informations à l'entrée du patient. Nous avons donc appelé « Divergence Non Intentionnelle » tous les écarts par rapport au BMO qui ne sont pas volontaires.

d) Etape 4 :

Communication des divergences et correction si nécessaire

Lors de la réunion de mise en place avec les médecins, il a été décidé que la fiche de CTM doit être envoyée par mail exclusivement au psychiatre référent du patient qui indique le caractère intentionnel ou non des divergences. En effet, le psychiatre n'étant pas tous les jours présent dans l'unité, l'échange par mail nous a paru plus adapté.

Une fois la fiche complétée, il nous la renvoie et effectue les modifications (ou non) des divergences non intentionnelles éventuelles sur l'ordonnance hospitalière du patient.

La fiche est ensuite intégrée dans le DPI, sous la forme d'un document PDF rattaché à l'hospitalisation du patient.

4) Evaluation par des indicateurs

Indicateurs du SOP Med'Rec

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

Tableau 2 : les indicateurs du SOP Med'Rec – Rapport d'expérimentation Med'Rec

Parmi les indicateurs ci-dessus, nous avons uniquement suivi l'indicateur MR1. Le MR1 est l'indicateur permettant d'évaluer l'efficacité du processus de CTM.

Nous avons exclu les indicateurs MR2, MR3 et MR4 car ce sont des indicateurs de suivi de la qualité de la CTM, le but étant de vérifier l'absence de divergences (intentionnelles ou non intentionnelles) non identifiées et donc non résolues. Ce travail doit être fait par un observateur indépendant.

De plus, tous les indicateurs du SOP Med'Rec s'établissent sur la population des patients conciliés dans les 24h, alors que nous avons suivi nos indicateurs sans limitation du délai de conciliation.

Indicateurs proposés par les établissements Med'Rec

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

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

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

Ces indicateurs reflètent l'activité de CTM, ils visent à quantifier et évaluer l'impact clinique potentiel des erreurs médicamenteuses que la CTM permet d'éviter ou de corriger.

Parmi ces 3 indicateurs, nous avons retenu I¹ et I².

I¹ permet d'évaluer l'implémentation de la CTM sans critère de temps (contrairement à MR1 qui se base uniquement sur la CTM réalisée dans les 24h).

I² permet d'évaluer l'impact de la CTM sur la prise en charge médicamenteuse des patients.

I³ a été exclu car l'étude de la gravité des EM ne correspond pas à l'objectif de notre phase test.

Evaluations complémentaires développées par les établissements Med'Rec

- 1- Les Divergences non documentées Intentionnelles et les Erreurs Médicamenteuses
- 2- Le nombre moyen de médicaments par patient concilié
- 3- Durée de la CTM

❖ Divergences non documentées intentionnelles

Comme nous l'avons expliqué précédemment, nous n'avons pas évalué le nombre de divergences non documentées car nous n'avons pas différencié les divergences documentées ou non, toutes les modifications volontaires sont appelées Divergences Intentionnelles.

A terme, l'intégration de la fiche de CTM dans le dossier du patient permettra une traçabilité des modifications de traitement.

❖ Erreurs Médicamenteuses (= nombre moyen de DNI par patient)

Nous avons évalué le nombre de DNI selon différents critères de sélection des patients, dans le but de dégager les critères pertinents pour le ciblage d'une population à risque :

- ciblage des patients de plus de 65ans (**DNI / P \geq 65ans**),

- ciblage des patients avec au moins 1 médicament somatique sur l'Ordonnance Médicamenteuse à l'Admission (**DNI / OMA_{somat}**),

Remarque 1 : les médicaments somatiques correspondent aux médicaments de toutes les classes thérapeutiques (cardiologie, pneumologie, rhumatologie etc) excepté la psychiatrie.

Remarque 2 : les laxatifs osmotiques type MOVICOL ne sont pas considérés comme des médicaments somatiques car très souvent associés aux médicaments psychiatriques.

- ciblage des patients dont le nombre de médicaments de l'OMA est \geq à 6. (**DNI / OMA \geq 6**).

❖ Nombre moyen de médicaments par patient concilié

Le nombre de lignes de médicaments sur l'ordonnance à l'admission servira à évaluer s'il existe un lien avec le nombre de DNI, comme décrit précédemment.

Nous avons choisi le chiffre 6 arbitrairement au vu du nombre moyen de médicaments par patient du SOP Med'Rec qui est de 7.

❖ Durée de la CTM

Nous avons évalué la durée de la CTM en traçant le temps de recueil séparément du temps de rédaction de la fiche de conciliation.

En résumé, les indicateurs que nous avons suivis sont :

- **MR1** = Pourcentage de patients ayant bénéficié d'une CTM dans les 24h de l'admission
- **I¹** = $\frac{\text{Nombre de patients conciliés} \times 100}{\text{Nombre de patients éligibles}}$
- **I²** = $\frac{\text{Nombre de patients conciliés avec au moins 1 DNI corrigée} \times 100}{\text{Nombre de patients conciliés}}$
- **Erreurs Médicamenteuses** (=DNI) selon différents critères :

DNI / Patient	DNI / OMA _{somat}
DNI / P _{≥65ans}	DNI / OMA _{≥6}

5) La CTM à la sortie

La CTM à la sortie ne fait pas partie du SOP Med'Rec mais correspond à une démarche complémentaire de certains établissements pour une extension du périmètre de la CTM.

Nous avons mis en place la CTM à la sortie pour tous les patients conciliés à l'entrée dont les modifications de traitement justifient un bilan récapitulatif.

Un courrier de CTM de sortie est envoyé au médecin traitant du patient et au pharmacien d'officine (Annexe 8). Il contient un tableau comparatif des traitements du patient avant hospitalisation et ceux poursuivis à la sortie, c'est-à-dire une comparaison du BMO réalisé à l'entrée avec l'ordonnance de sortie.

L'envoi du courrier au médecin traitant est fait par le biais des secrétaires médicales du service qui le joignent au courrier de sortie.

L'envoi au pharmacien d'officine est réalisé depuis la PUI par fax pour l'instant, nous travaillons à l'utilisation d'une messagerie sécurisée.

6) Avis des médecins de l'unité test

Un questionnaire d'évaluation a été adressé aux médecins (Annexe 9).

Leur avis sur la démarche a une grande importance car ils sont les acteurs principaux de la prise en charge des patients, et les premiers interlocuteurs et utilisateurs des fiches de CTM.

IV. RESULTATS

1) Population étudiée

a) Caractéristiques de la population étudiée

Les patients éligibles sont toutes les entrées de l'unité test sur la période du 29/12/16 au 07/04/16.

Nombre de patients éligibles = **88** ; Nombre de patients conciliés = **67**
Soit 21 patients éligibles non conciliés.

L'ensemble des résultats suivants seront établis sur la cohorte de patients conciliés.

Caractéristiques de la population étudiée	
Nombre de patients conciliés	67
Moyenne d'âge	44.9ans ± 14.9
Sex ratio H/F	0.86

Tableau 3 – Caractéristiques de la population étudiée

b) Les patients éligibles non conciliés

Le tableau ci-dessous récapitule les motifs de la non conciliation des patients éligibles :

Motifs patients non conciliés	Nombre de patients
Patient en chambre de soins obligés	4
Sortie contre avis médical	5
Transfert rapide dans une autre unité	3
Patient d'une autre unité hébergé dans le service	3
Absence de réponse du médecin après envoi de la fiche de CTM	6

Tableau 4 – Les différents motifs de la non conciliation des patients éligibles

2) Réalisation du BMO

a) Les sources utilisées

En moyenne, **3,1** sources ont été consultées par patient.

Un minimum de 3 sources a été appliqué à tous les patients sauf aux patients qui n'avaient aucun traitement habituel avant hospitalisation.

Le graphique ci-dessous indique le pourcentage d'utilisation de chaque source d'information pour la totalité des patients conciliés :

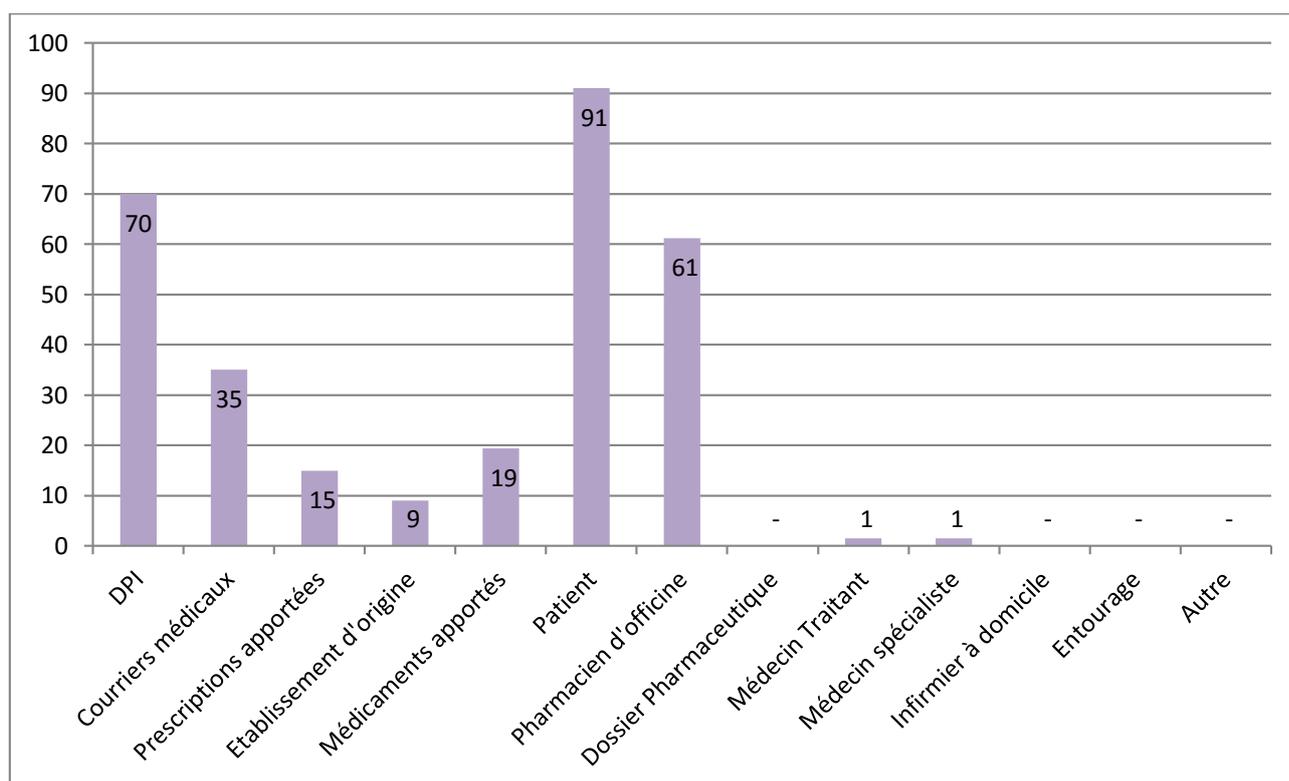


Figure 6 – Pourcentage d'utilisation des sources d'information

Les sources les plus utilisées sont : le DPI, le patient et le pharmacien d'officine.

b) L'entretien patient

L'entretien patient est réalisé dans **91%** des cas.

Motifs absence d'entretien patient	Nombre de patients
Confusion à l'entrée et les jours suivants	1
Certaines pathologies psychiatriques (autisme, psychose infantile, maladie chromosomique) : pas d'échange informatif possible	4
Patient en chambre de soins obligés	1

Tableau 5 – Les différents motifs de l'absence d'entretien patient

c) Le pharmacien d'officine

Le pharmacien d'officine est consulté dans **61%** des cas.

Les 39% restants correspondent à des patients qui n'avaient pas de pharmacie référente, ou qui provenaient d'autres établissements, ou qui n'avaient aucun traitement avant hospitalisation.

Lorsque le patient a une pharmacie référente, cette dernière est appelée systématiquement.

Un accord verbal est demandé systématiquement avant appel au pharmacien :

1 patiente n'a pas donné son accord sur un total de 42 patients ayant une pharmacie référente.

3) Suivi des indicateurs

Les différents indicateurs que nous avons suivis sont présentés dans le tableau ci-dessous et comparés aux indicateurs renseignés dans le rapport d'expérimentation Med'Rec :

Indicateurs	Définition	CHS	Med'Rec
MR1	$\frac{\text{Nb de patients conciliés dans les 24h}}{\text{Nb de patients éligibles}}$	36 / 67= 53.7%	Variation de 2.6% à 64.9% en fonction des établissements
I ¹	$\frac{\text{Nb de patients conciliés}}{\text{Nb de patients éligibles}}$	67 / 88 = 0,76	Non renseigné
I ²	$\frac{\text{Nb de patients conciliés avec au moins 1 DNI corrigée}}{\text{Nb de patients conciliés}}$	5 / 67 = 0,075	Indicateur proposé par les établissements Med'Rec, ne fait pas partie du SOP Med'Rec
DNI / Patient	$\frac{\text{Nb de Divergences Non Intentionnelles}}{\text{Nb de patients conciliés}}$	22 / 67 = 0,33	0,9 DNI par patient concilié avec comme critère d'éligibilité : patient de plus de 65ans admis par les urgences
DNI / P≥65ans	$\frac{\text{Nb de Divergences Non Intentionnelles}}{\text{Nb de patients de plus de 65 ans}}$	1 / 7= 0,14	
DNI / OMA _{somat}	$\frac{\text{Nb de Divergences Non Intentionnelles}}{\text{Nb de patients avec } \geq 1 \text{ médicament somatique sur l'OMA}}$	20 / 33= 0,61	
DNI / OMA _{≥ 6}	$\frac{\text{Nb de Divergences Non Intentionnelles}}{\text{Nb de patients avec } \geq 6 \text{ médicaments sur l'OMA}}$	22 / 31= 0,71	

Tableau 6 – Tableau récapitulatif des indicateurs de suivi de la CTM au CHS

a) La conciliation dans les 24h

53,7 % des patients sont conciliés dans les 24h.

Le tableau ci-dessous résume les motifs des retards à la réalisation de la CTM (plus de 24h après l'admission) :

Motifs conciliation non réalisée dans les 24h	Nombre de patients
Entrés le Week-end	12
Défaut d'organisation de la CTM (en début d'étude)	4
Non disponible à notre arrivée dans le service	1
En cours de sevrage alcoolique à l'entrée	2
Délire de persécution à l'entrée	2
En chambre de soins obligés	2
A risque d'hétéroagressivité à l'entrée	2
Syndrome anxiodépressif majeur à l'entrée	1
Patient sous tutelle ininterrogeable	2
Attente réévaluation de l'état clinique par un psychiatre	3

Tableau 7 – Les différents motifs de conciliation non réalisée dans les 24h après l'admission

b) Les Divergences Non Intentionnelles

➤ Caractérisation des Divergences Non Intentionnelles

La figure ci-dessous représente la nature des DNI détectées, sur une totalité de 22 DNI.

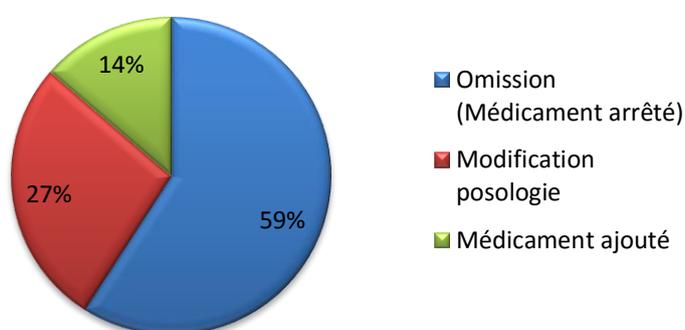


Figure 7 - Nature des Divergences Non Intentionnelles

➤ Ciblage des patients à risque

La figure ci-dessous représente les différents indicateurs du nombre moyen de DNI en fonction de la population étudiée.

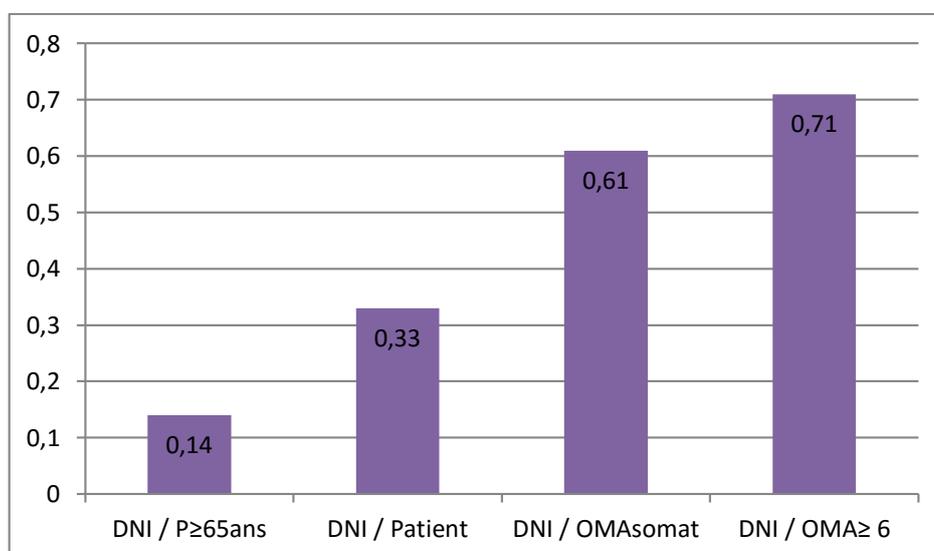


Figure 8 – Les indicateurs DNI en fonction de la population étudiée

➤ Classe thérapeutique des Divergences Non Intentionnelles

La figure ci-dessous représente les classes thérapeutiques des différentes DNI.

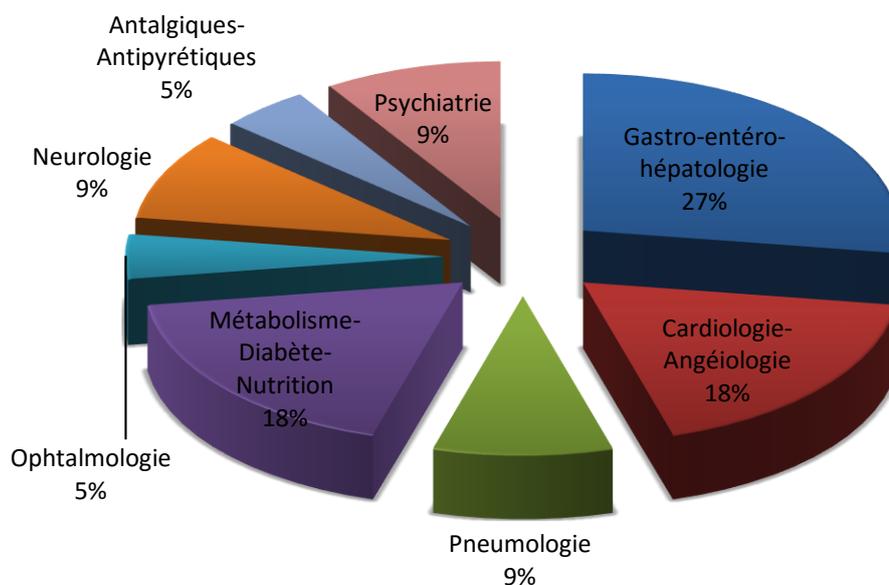


Figure 9 – La répartition des DNI par classe thérapeutique

91% des DNI concernent les médicaments somatiques.

4) Evaluations complémentaires

➤ Le nombre moyen de médicaments par patient concilié

CHS	5,7
Med'Rec	7

Tableau 8 – Comparaison du nombre moyen de médicaments par patient concilié au CHS et dans le rapport d'expérimentation Med'Rec

Remarque : Le même médicament prescrit pour deux voies d'administration différentes (exemple per os et injectable) est comptabilisé comme deux médicaments.

➤ La durée totale de la CTM

	Durée moyenne totale de la CTM	Durée moyenne du BMO	Durée moyenne de l'échange collaboratif
CHS	57min	30min	Durée arbitraire de 10min pour la communication par mail
Med'Rec	Variation de 26 à 66min	Variation de 15 à 51min	Variation de 2 à 15min

Tableau 9 – Comparaison des durées moyennes de CTM au CHS et dans le rapport d'expérimentation Med'Rec

Remarque : la durée totale de la CTM correspond à : la réalisation du BMO + la rédaction de la fiche de CTM + la communication avec les médecins prescripteurs. Elle varie de 10min à 1h30. Cette variation est due aux temps d'entretien patient de 5min à 40min en fonction du nombre de traitements du patient et de sa collaboration.

5) Avis des Médecins de l'unité test

Les réponses des médecins sont illustrées par les graphiques ci-dessous :

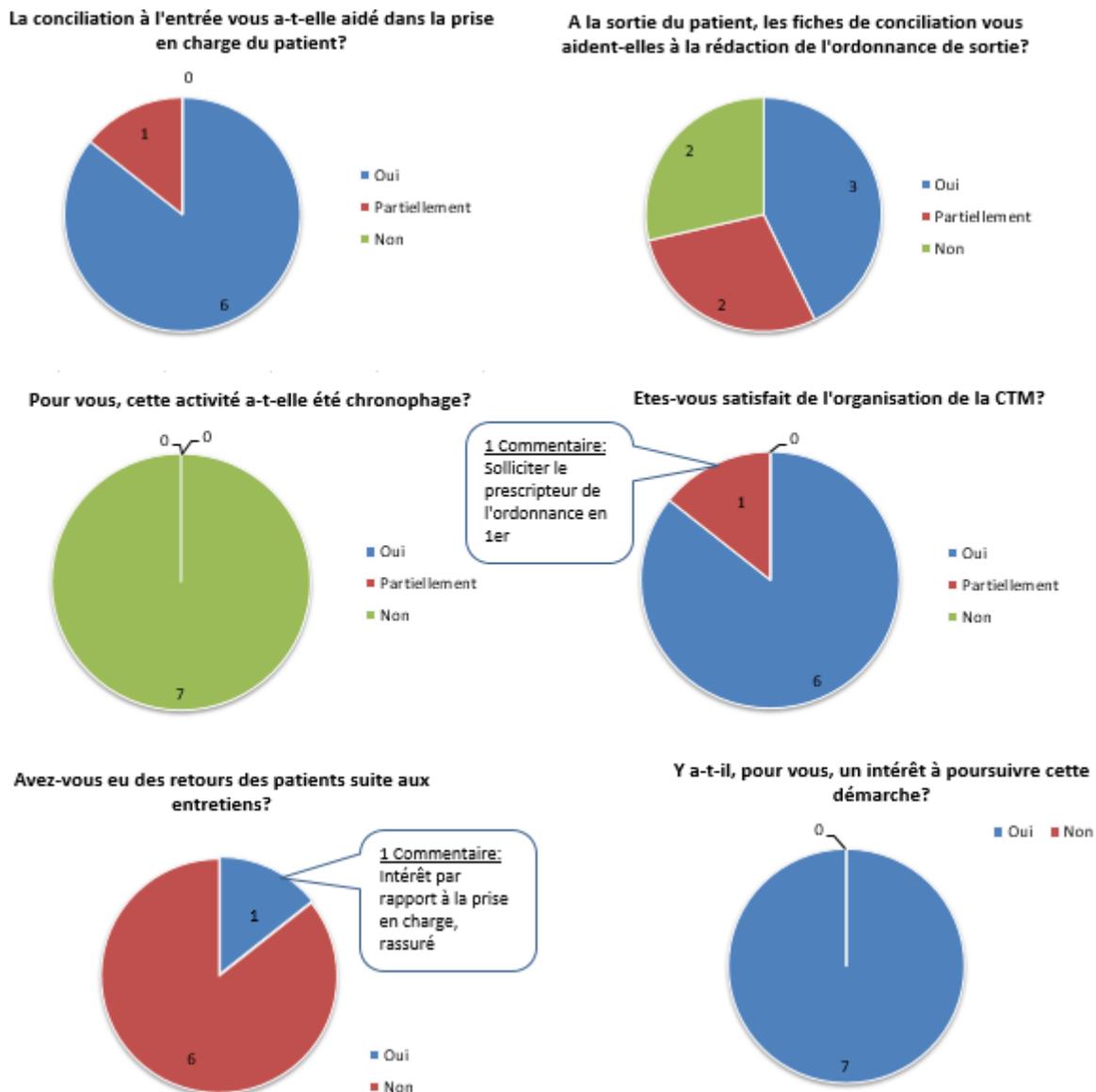


Figure 10 – Réponses des médecins au questionnaire « Avis CTM »

❖ 3 Commentaires sur la pertinence de la CTM :

- J'ai trouvé l'échange et l'expérience tout à fait intéressante et enrichissante. Moins d'erreurs pour les traitements à l'admission.
- Je trouve intéressant le fait que les entretiens aient pu être faits systématiquement malgré des pathologies psychiatriques aiguës.
- Ne pas oublier que la priorité reste le patient, toujours au centre de la prise en charge.

V. DISCUSSION

Au vu des résultats obtenus au CHS de la Savoie, nous avons pu établir des pistes de réflexion sur les conditions de mise en œuvre d'une CTM de façon pérenne en psychiatrie. Ces dernières sont à confirmer, ou non, avec les données d'autres établissements psychiatriques.

1) Limites de l'étude

La réalisation de la phase test dans une seule unité de soin entraîne des résultats biaisés par les pratiques médecin-dépendant. De plus, les résultats sont à interpréter en prenant en compte la taille modeste de l'échantillon.

2) Comment cibler les patients à concilier en priorité ?

La conciliation de toutes les entrées du CHS n'étant pas possible en terme de temps au vu de notre effectif limité, nous nous sommes concentrés sur la définition de critères permettant le ciblage des patients à risque.

L'âge moyen des patients adultes hospitalisés au CHS de la Savoie est de 47,7ans ; et les patients de plus de 65ans ne représentent que 13.6% de la file active. La seule conciliation des patients de plus de 65ans comme le recommande Med'Rec nous paraît peu pertinente. Au CHS de la Savoie, le critère « Patients admis par les urgences » n'est pas applicable car il n'y a pas d'unité d'admission en urgence.

La conciliation de toutes les entrées de l'unité test a permis d'évaluer les indicateurs selon différentes populations.

L'intérêt principal de la CTM est de sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient en interceptant les erreurs médicamenteuses (ici : Divergences Non Intentionnelles). Le meilleur reflet de l'intérêt de la CTM est l'indicateur DNI / Patient (*Tableau 5 et Figure 8*).

La synthèse des données de l'ensemble des établissements de l'expérimentation Med'Rec montre une moyenne de 0.9 DNI / Patient.

- Si nous avons utilisé les mêmes critères d'éligibilité (soit patients âgés de plus de 65 ans admis par les urgences), notre indicateur n'aurait été que de 0,14. Nous précisons que cet indicateur est peu pertinent car il ne concerne que 7 patients, mais il est néanmoins très bas en comparaison de l'indicateur Med'Rec.
- Sans critère d'éligibilité (toutes les entrées de l'unité test sans exception), l'indicateur DNI / patient est 0.33, ce qui est là encore plus faible que les données Med'Rec.

La recherche d'une population à cibler, afin de se rapprocher de l'indicateur Med'Rec, a permis de mettre en évidence 2 types de populations à risque : les patients dont l'OMA contient un médicament somatique ainsi que ceux dont l'OMA comporte ≥ 6 lignes de prescription. Les indicateurs obtenus sont respectivement de **0.61 et 0.71** (Figure 8).

Ainsi, la combinaison des deux critères « Médicament somatique » et « OMA ≥ 6 lignes » semble intéressante à étudier.

a) Les médicaments somatiques

La répartition des DNI par classe thérapeutique a montré que 91% des DNI concernent les médicaments somatiques. Ces résultats sont confortés par ceux obtenus par d'autres structures psychiatriques, le tableau ci-dessous indique le pourcentage de DNI concernant les médicaments somatiques selon les publications citées en Partie I.

Etablissement	EPSM Lille -Métropole	GH Paul Guiraut	CH Charles Perrens	EPSM Caen	CHS de la Chartreuse
% de DNI concernant les médicaments somatiques	69% en 2014 79% en 2015	87%	69%	93% en 2013 47% en 2016	79%

Tableau 10 – Pourcentage de DNI concernant les médicaments somatiques selon différents établissements psychiatriques

Bien que leurs études ne soient pas comparables en termes de méthodologie, cette piste nous oriente d'autant plus vers un ciblage des patients ayant des traitements somatiques.

Le critère « OMA ≥ 6 », même s'il semble pertinent au vu des résultats, n'est pas toujours un reflet du risque de divergences en psychiatrie. En effet, un nombre de lignes de prescription important correspond souvent à des traitements prescrits en si besoin et/ou à une même spécialité prescrite avec des voies d'administration différentes, ce qui ne présage pas d'un risque de DNI.

b) Les omissions

La caractérisation des DNI a montré que près de **60%** sont des omissions.

Ce résultat est également conforté par ceux obtenus par les autres structures psychiatriques, indiqués dans le tableau ci-dessous :

Etablissement	EPSM Lille -Métropole	GH Paul Guiraut	CH Charles Perrens	EPSM Caen	CHS de la Chartreuse
% de DNI correspondant à des omissions	Non renseigné	66%	76%	86% en 2013 76% en 2016	72%

Tableau 11 – Pourcentage de DNI correspondant à des omissions selon différents établissements psychiatriques

Alors, comment détecter les omissions de médicaments somatiques en se basant sur l'OMA ?

Dans un premier temps, la présence d'un médicament somatique permettrait tout de même de cibler les patients polymédiqués qui auraient d'autres traitements non prescrits.

Dans un second temps, pour la suite de la démarche, nous avons choisi de concilier tout patient qui n'a jamais été hospitalisé au CHS ou dont la dernière hospitalisation date de plus de 6 mois, et ce quel que soit son âge.

b) Nouveaux critères d'éligibilité

Les médicaments somatiques semblent être les plus à risque d'EM notamment par omission.

Les nouveaux critères que nous testerons lors de l'extension de la démarche, en plus du critère Med'Rec « Patients âgés de plus de 65ans », sont donc :

- Tout patient ayant un médicament somatique au sein de l'OMA

ET / OU

- Tout patient n'ayant jamais été hospitalisé au CHS ou dont la dernière hospitalisation date de plus de 6 mois.

La pertinence de ces critères et leur faisabilité est à évaluer au cours du déploiement.

3) Quelles sont les sources d'information à utiliser ?

❖ *L'entretien patient ?*

L'entretien patient est une source d'information incontournable en MCO. Avant la réalisation de cette phase test, nous nous interrogeons sur la faisabilité et le caractère informatif des entretiens avec les patients atteints de diverses pathologies psychiatriques.

91% des patients conciliés ont pu bénéficier d'un entretien. D'après le tableau 4, seul 4 patients n'ont pas pu être interrogés du fait de leur pathologie psychiatrique, qui empêche un échange informatif (autisme, psychose infantile, maladie chromosomique).

Les autres pathologies psychiatriques prises en charge dans l'unité n'ont pas été un frein à la réalisation des entretiens.

A l'issue de cette phase test, nous constatons que les entretiens patients ont grandement contribué à l'exhaustivité de la CTM. En effet, ils permettent dans un premier temps d'obtenir le nom de la pharmacie de référence du patient ainsi que son

accord pour la consultation de cette source. Ces derniers laissent surtout libre cours au patient de discuter de son traitement : ressenti, observance, gestion au quotidien...

Lors de cette phase test, nous n'avons pas relevé de difficultés à la réalisation des entretiens patients que nous avons jugés pertinents et informatifs, bien qu'ils nécessitent souvent d'être retardés (*cf V. 4) Le critère MR1*).

❖ *Le pharmacien d'officine ?*

L'appel téléphonique du pharmacien d'officine a été réalisé pour tous les patients ayant une pharmacie de référence. L'accord a été donné par tous les patients concernés sauf un.

Les pharmaciens d'officine se sont montrés disponibles lors des appels et ont toujours communiqué des informations exhaustives, ce qui en fait une source importante.

L'indication du nom de la pharmacie dans le DPI grâce à la fiche de CTM peut se révéler utile ultérieurement.

❖ *Autres sources ?*

- **Le DPI** est une source accessible pour 100% des patients car nous avons accès au dossier de tous les patients grâce au logiciel cortexte. Mais les informations sur le traitement des patients n'ont été retrouvées que dans 70% des cas, d'où les données de la figure 6.

L'informatisation des prescriptions et des dossiers patients au sein de notre établissement a été d'une grande aide pour le recueil d'informations nécessaire à la CTM.

- **Le Dossier Pharmaceutique** n'a pas été consulté car il n'est pas installé au sein de notre établissement, mais il serait intéressant de pouvoir l'utiliser afin de compléter l'ensemble des sources d'informations.

- **Les médecins** traitant et spécialiste, **infirmiers à domicile** ou **entourage** n'ont pas ou très peu été consultés car l'ensemble des autres sources étaient suffisantes pour garantir l'exhaustivité de la liste.

- Lorsque le patient provenait d'un **autre établissement**, celui-ci a été appelé systématiquement.

4) Le critère MR1 « conciliation des patients dans les 24h » est-il un bon reflet de l'implémentation de la CTM?

Le tableau 7 récapitule les différents motifs de conciliation réalisée au-delà des 24h post admission.

Sur les 31 patients non conciliés dans les 24h, environ la moitié (16) n'ont pas été vus à cause de problèmes organisationnels (notamment à cause des entrées le week-end).

Les autres patients n'ont pas été vus dans les 24h car leur état psychologique ne permettait pas un entretien à l'entrée, ce qui représente environ **50% des patients non conciliés dans les 24h**, soit **20% du total des patients conciliés**.

Cette donnée est comparable aux résultats de la présentation de l'EPSM Caen [24], qui indique que 25% des entretiens patients n'étaient pas faisables à cause de l'état clinique du patient. Pour ces patients, nous avons tout de même réalisé un entretien mais en attendant que leur état clinique le permette.

Ce constat nous permet de conclure **que le critère MR1 n'est pas un bon reflet de l'implémentation de la CTM** car le retard observé à la CTM est souvent patient dépendant.

5) Quels sont les freins à la réalisation de la CTM ?

a) Généraux

❖ *Temps*

La durée moyenne totale de la CTM est de 57 minutes par patient. Elle dépend surtout du temps d'entretien patient mais aussi de l'efficacité de recueil des données qui tend à diminuer selon l'expérience de la personne effectuant le recueil. En effet, nous devons travailler à la diminution du temps par patient pour améliorer notre rentabilité.

Le poste d'interne en pharmacie responsable de la CTM est indispensable pour la pérennisation de l'activité, mais ne suffit pas à concilier toutes les entrées de l'établissement.

❖ *Implication des médecins*

Parmi les 73 patients bénéficiant d'une fiche de CTM, 6 fiches n'ont pas été retournées, dont 4 par le même prescripteur (sur 8 prescripteurs au total) ; ce qui a exclu ces patients.

L'indicateur I² représentant le nombre de patients ayant au moins une DNI corrigée sur la totalité des patients conciliés est de 7,5%, ce qui est assez faible. 50% des DNI ne sont pas corrigées.

Nous avons constaté de grandes disparités d'implication en fonction des médecins.

Ce frein n'est pas spécifique à la discipline psychiatrique, mais peut être expliqué en partie par le fait que les médecins ne sont pas toujours présents dans l'unité de soin :

- Bien que le fonctionnement par mail semble le mieux adapté à l'organisation des médecins de l'unité qui travaillent régulièrement au sein de structures extérieures, il présente cependant des limites car il empêche une discussion de vive voix et retarde le délai de réponse.
- La présence d'un interne en psychiatrie à temps plein dans l'unité aurait facilité l'échange et aurait permis une correction plus rapide des divergences.

b) Spécifiques à la Psychiatrie

❖ *Conciliation dans les 24h*

Comme énoncé précédemment, la CTM dans les 24h est difficile à réaliser car l'état psychologique des patients à l'entrée ne permet pas toujours un entretien. Le critère MR1 n'étant pas un bon reflet de l'implémentation de la CTM, **le critère l'1 choisi par les établissements Med'Rec semble plus adapté car il permet d'évaluer l'implémentation de la CTM sans critère de temps.**

❖ *Conciliation des patients en chambre de soins obligés*

Lors de la réunion de mise en place, il a été décidé de ne pas réaliser d'entretien pour les patients en chambre de soins obligés ; ce qui exclut deux sources importantes : le patient et par conséquent le pharmacien d'officine. Nous avons donc pu uniquement concilier les patients en chambre de soins obligés dont les autres sources étaient suffisantes pour assurer la fiabilité du BMO, ou attendre la sortie de la chambre.

Sur les 6 patients, 4 patients n'ont pas été conciliés, 2 patients ont été conciliés mais au-delà des 24h dont 1 patient sans entretien.

Le placement en chambre de soins obligés n'empêche pas la réalisation de la CTM à condition de réunir des sources suffisamment pertinentes et complètes pour garantir la fiabilité du BMO, ou attendre la sortie de la chambre.

❖ *Cloisonnement entre la prise en charge somatique et psychiatrique*

La double prise en charge médicale réalisée à la fois par le médecin somaticien et le psychiatre référent du patient a été la principale difficulté rencontrée lors de la phase test. En effet, les différents interlocuteurs prenant en charge le patient retarde les délais de validation des fiches de CTM et notamment la correction des erreurs.

Cette frontière entre prise en charge somatique et psychiatrique peut aussi expliquer la correction de seulement la moitié des divergences.

A la suite de la réunion de synthèse avec les médecins participant à la phase test, il a été décidé, pour la poursuite de la CTM au CHS de la Savoie, de solliciter directement les médecins somaticiens lorsque la divergence concerne un médicament somatique.

❖ *Libre circulation des patients*

Les patients hospitalisés ne sont que très rarement dans leur chambre et peuvent circuler librement dans le parc (après autorisation du médecin). Le temps passé à les trouver n'est pas négligeable !

Ce problème peut être résolu par l'organisation de rendez-vous avec le patient en collaboration avec les infirmiers.

❖ *Y-a-t-il des freins à la CTM en Psychiatrie ?*

La diapositive ci-après résume l'ensemble des éléments de réponse majeurs qu'a permis de mettre en avant cette phase test.

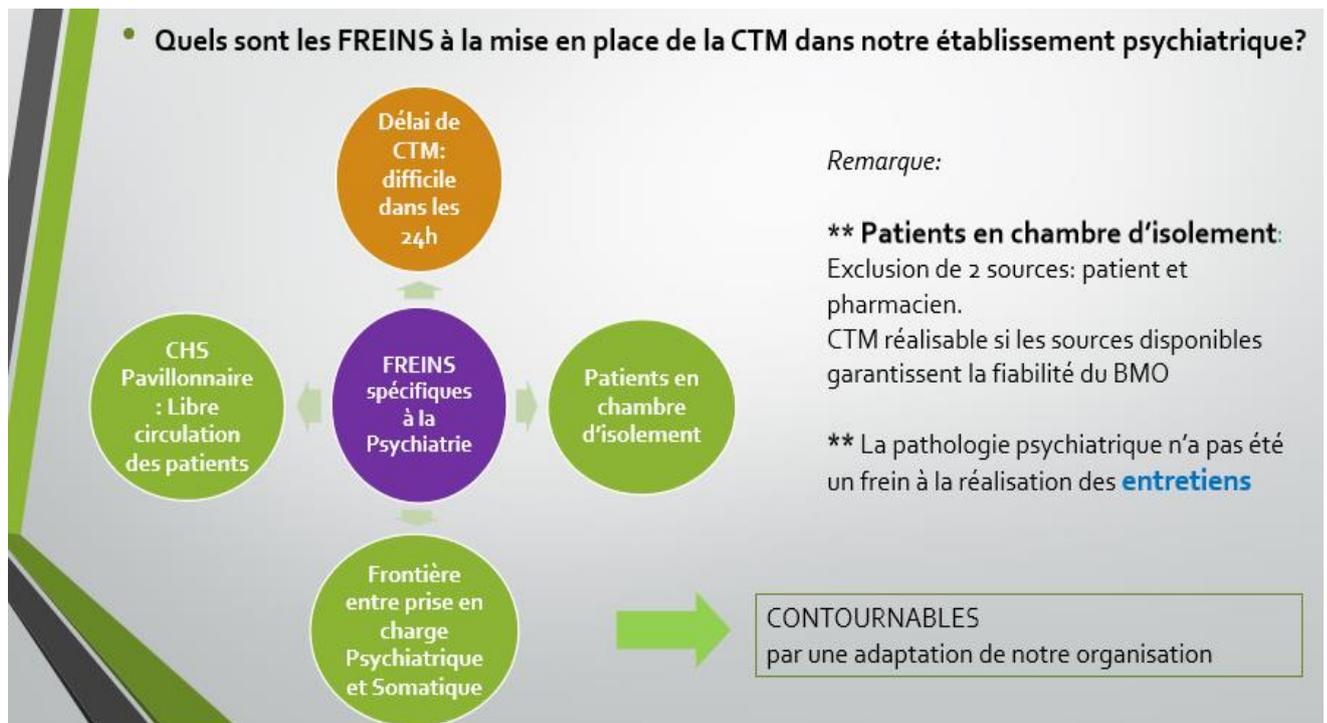


Figure 11 : Diapositive issue de « Conciliation médicamenteuse : Freins à la mise en place en Psychiatrie ». Congrès HOIPHARM 2016.

En effet, l'ensemble des difficultés rencontrées citées précédemment sont **contournables par une adaptation de notre organisation** :

- Patients en chambre de soins obligés : la CTM est réalisable si les sources disponibles garantissent la fiabilité du BMO. De plus, pour la poursuite de la mise en œuvre, ce seront les soignants qui se chargeront de demander l'accord verbal du patient pour contacter son pharmacien d'officine.
- Frontière entre prise en charge psychiatrique et somatique : n'est plus une difficulté si l'on sait se tourner vers les bons interlocuteurs
- Libre circulation des patients : possibilité d'organiser des rendez-vous en collaboration avec les soignants de l'unité.
- CTM dans les 24h : les difficultés rencontrées liées à la pathologie psychiatrique peuvent aussi exister en MCO pour d'autres difficultés propres aux différentes pathologies des patients.

Enfin, la pathologie psychiatrique n'a pas été un frein à la réalisation des entretiens qui ont été effectués pour 91% des patients.

6) Quels sont les intérêts de la CTM ?

❖ *Interprétation des indicateurs*

L'intérêt principal de la CTM est la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient. La détection des divergences non intentionnelles est l'élément majeur de cette sécurisation :

- Lors de cette phase test, nous avons intercepté en moyenne 0,33DNI par patient. Ce chiffre est faible par rapport à l'indicateur Med'Rec à 0.9DNI par patient.

Le choix de ciblage d'une population à risque devrait permettre d'intercepter plus de 0.6 DNI par patient.

- L'indicateur Divergences Non Documentées Intentionnelles (DNDI) / Patient sert à évaluer la traçabilité de l'information. Nous n'avons pas différencié les divergences tracées ou non tracées pour des raisons déjà énoncées précédemment.

Le renseignement de la fiche dans le DPI du patient permet de justifier chaque modification intentionnelle de traitement.

Ainsi, l'intégration du bilan médicamenteux optimisé dans les systèmes d'information hospitaliers permet d'améliorer la traçabilité du bilan médicamenteux optimisé et de faciliter la prise en charge médicamenteuse des patients.

❖ *Intérêts non valorisés par les indicateurs*

Au-delà de la détection des DNI, d'autres intérêts peuvent être mis en avant :

- Bien que non évaluable par des indicateurs, l'appel aux pharmaciens à l'entrée et l'envoi d'un courrier récapitulatif à la sortie favorisent le décroisement ville/hôpital entre les différents acteurs de la prise en charge.

- L'entretien patient recentre le patient sur son traitement et permet d'évaluer sa connaissance et sa gestion des médicaments au quotidien. Il permet de cibler certains patients susceptibles de bénéficier d'un diagnostic éducatif pour une éducation thérapeutique éventuelle.

- La CTM favorise la collaboration pluri-professionnelle.
- Il s'agit également de mettre en avant le bénéfice de cette activité pour la politique de l'établissement relative à la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient.

❖ Avis des médecins

La figure 10 montre l'intérêt que les médecins ont accordé à la CTM car ils souhaitent tous continuer la démarche.

La conciliation n'a pas été chronophage et les a aidés dans la prise en charge du patient, et pour certains pour la rédaction de l'ordonnance de sortie.

Ce bilan positif au sein de l'unité pilote nous aidera à étendre la CTM dans d'autres unités d'admission.

7) Phase test : et après ?

L'étude de la gravité de 1677 erreurs médicamenteuses (EM) réalisée au CH de Lunéville a montré que 5,2% des EM sont jugées graves. La prochaine étape au CHS sera d'évaluer la gravité potentielle des conséquences des erreurs médicamenteuses interceptées par la CTM grâce à l'algorithme de cotation indiqué dans le rapport d'expérimentation Med'Rec.

L'objectif principal est d'étendre la CTM à l'ensemble des unités d'entrée de l'établissement en utilisant les nouveaux critères de sélection cités précédemment.

Nous souhaitons également développer la CTM de sortie, que nous effectuons déjà de manière occasionnelle. Une CTM de sortie systématique renforcerait le lien ville-hôpital en apportant une aide au pharmacien d'officine qui pourrait participer à l'information du patient sur les modifications de traitement. De plus, la connaissance des modifications à l'avance permettrait une gestion facilitée de l'approvisionnement dans de meilleurs délais.

La prévention est la meilleure méthode d'évitement des évènements indésirables.

La CTM, lorsqu'elle est réalisée de manière rétroactive (comme lors de cette phase test), est une méthode d'interception. La CTM proactive est une méthode fiable de prévention, mais elle est souvent difficile à réaliser.

D'autres possibilités permettant de prévenir les erreurs doivent être développées : l'amélioration de nos systèmes d'information défaillants, la sensibilisation des professionnels aux conséquences de l'erreur médicamenteuse, ainsi que le renforcement du rôle du patient, acteur de sa prise en charge, par le biais par exemple de l'éducation thérapeutique.

THESE SOUTENUE PAR : Marine BUICHE

TITRE : CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX : EXPERIMENTATION DU RAPPORT MED'REC 2015 DE L'HAS DANS UN ETABLISSEMENT PSYCHIATRIQUE

CONCLUSION :

Le rapport d'expérimentation Med'Rec publié par l'HAS a été un outil incontournable pour la mise en place de la CTM à l'admission dans une unité pilote au CHS de la Savoie.

Le processus standardisé proposé et son plan d'évaluation nécessitent cependant d'être adaptés à la spécialité psychiatrique.

A l'issue de cette expérimentation, nous avons pu constater que les omissions de médicaments somatiques des patients porteurs de pathologies chroniques sont les erreurs médicamenteuses les plus fréquentes. Ainsi, pour étendre la démarche à l'ensemble de l'établissement, nous ajouterons au critère d'éligibilité Med'Rec "patients âgés de plus de 65 ans" les critères suivants : patients ayant au moins un médicament somatique sur l'ordonnance d'entrée et/ou dont la dernière hospitalisation date de plus de 6 mois. La moyenne d'âge de nos patients étant de 47 ans, ces critères permettent de cibler les patients à risque indépendamment de leur âge. Ils seront testés lors de l'extension à l'ensemble de l'établissement, puis il sera nécessaire de les comparer avec les données d'autres établissements psychiatriques afin de pouvoir valider la pertinence de ces critères pour cette spécialité.

La pathologie psychiatrique n'a pas été un frein à la réalisation des entretiens qui ont pu être menés pour plus de 90% des patients et se sont révélés informatifs et pertinents.

Ainsi, nous n'avons pas mis en évidence de freins à la réalisation de la CTM dans notre établissement psychiatrique, mais des difficultés contournables par une adaptation de notre organisation. La problématique majeure rencontrée est la prise en charge psychiatrique et somatique par des intervenants différents.

La prochaine étape au CHS de la Savoie sera d'étendre la démarche à l'ensemble des unités d'entrée. Nous nous intéresserons à la gravité potentielle des conséquences des erreurs médicamenteuses interceptées par la CTM et nous travaillerons au renforcement du lien ville-hôpital grâce au développement de la CTM de sortie.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 25/05/16

LE DOYEN

Pour la Présidente
par délégué
Pr. MICHEL SEVE
Le Doyen de Pharmacie
Pr. Michel SEVE

C.H.U. de GRENOBLE
POLE PHARMACIE
Pr. Benoît ALLENET
N° ordre section : 90767-H
N° RPPS : 10001831758

LE PRÉSIDENT DE LA THESE

Pr Benoît ALLENET

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bégaud B, Costagliola D. Rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France. Disponible sur:
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000617/0000.pdf> [Internet]. 2013
2. Chaleix M, Izotte-Kret M, Régine B-S, Quenon J-L, Olier L. Enquête ENEIS. 2010 [cité 8 févr 2016]; Disponible sur:
<http://www.guidedesdemarches.com/DOCS/DOC123.pdf>
3. SFPC. Dictionnaire Français de l'Erreur Médicamenteuse. janv 2006 ; 1^{ère} édition
4. Tam VC. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. Canadian Medical Association Journal. août 2005;173(5):510-5.
5. World Health Organization, The Joint Commission International. Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care.pdf. 2007.
6. SFPC. Fiche mémo La conciliation Médicamenteuse. juill 2015
7. Calop J, Limat S, Fernandez C, Aulagner G, Association Nationale des Enseignants de Pharmacie Clinique. Pharmacie Clinique et Thérapeutique. 4^e éd. Elsevier Masson; 2012. 1336 p.
8. Calop J, Baudrant M, Bedouch P, Allenet B. La pharmacie clinique en France: contexte de développement à l'hôpital et état des lieux. Pharmactuel [Internet]. 2009.

9. Voeux 2016 Déployons la pharmacie clinique en 2.0 [Internet]. [cité 9 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.sfpc.eu/fr/actualites/348-voeux-2016-deployons-la-pharmacie-clinique-en-2-0.html>
10. Campbell F, Karnon J, Czoski-Murray C, Jones R. A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions aimed at preventing medication error (medicines reconciliation) at hospital admission. The University of Sheffield, School of Health and Related Research (SchARR) [Internet]. 2007
11. HAS. Initiative des HIGH 5s Medication Reconciliation. Rapport d'expérimentation sur la mise en oeuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français. sept 2015.
12. Dufay E. La conciliation des traitements médicamenteux. Qualité et sécurité des soins liées aux produits de santé. CH Lunéville 2013pdf
13. SFPC. LA REMED La revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs associés. 2014.
14. Arrêté du 6 avril 2011.pdf [Internet]. [cité 23 déc 2015]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf_frame.do?dl
15. Inspection générale des affaires sociales (IGAS), Cubaynes M-H. Le circuit du médicament à l'hôpital. 2011
16. HAS. Manuel de certification des établissements de santé V2010.pdf [Internet]. Janv 2014 [cité 23 déc 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf
17. DGOS. Instruction n° DGOS/PF2/2015/65 relative à la mise en œuvre d'une enquête nationale sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse dans les établissements de santé. mars 2015.

18. DAQSS / SDC / A. Broyart. Fiche projet Hight5s. avr 2014
19. DGOS. Note d'information DGOS/PF2 N°2015/65 relative aux résultats de l'enquête nationale sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse dans les établissements de santé. déc 2015.
20. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Instruction N°DGOS/PF2/2016/49 relative à l'appel à projet de mise en oeuvre de la pharmacie clinique en établissement de santé. fév 2016
21. Doerper S. CH Lunéville. Vidéo ERreur Médicamenteuse et Sécurité des Soins (ERMESS). https://youtu.be/vYECxe0S_XY; 2013
22. Gérard M. La conciliation des traitements médicamenteux en géro-psi-chiatrie : quelles sources d'information utiliser? Thèse d'exercice Université de Bordeaux; 2014.
23. Feistl P, Colombe M, Cochard L, Martin A, Gabriel-Bordenave C, Saint-Lorant G, et al. Evaluation of the interest and the organization of a Medication Reconciliation activity in a psychiatric hospital. EPSM Caen. Poster ESCP Symposium Prague ; 2013.
24. Gabriel-Bordenave C, Colombe M. Mise en place de la conciliation d'entrée à l'EPSM Caen et en gériatrie aiguë au CHU. 2013; Omedit Basse-Normandie.
25. Colombe M, Gabriel-Bordenave C, Auclair V, Roberge C. Mise en place et évaluation du Dossier Pharmaceutique (DP) dans le cadre d'une activité de Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM) en hôpital psychiatrique. EPSM Caen. Poster HOIPHARM ; 2014.

26. Guyochet N, Mercerolle M, Cherel A, Gabriel-Bordenave C, Auclair V, Colombe C, et al. Conciliation des Traitements Médicamenteux à l'admission dans un hôpital psychiatrique: mise en place d'un suivi continu d'activité après 3 années. EPSM Caen. Poster SFPC ; 2016.
27. Paumier C, Di Paolo J, Pilliez A, Pollet C. Conciliation des Traitements Médicamenteux dans un établissement de Santé Mentale : évaluation d'une nouvelle organisation. EPSM Lille Métropole. Poster Congrès Français de Psychiatrie 7ème édition ; 2015.
28. Courtin J, Paumier C, Pilliez A, Pollet C. Mise en place d'une conciliation des traitements médicamenteux dans un établissement de santé mentale. EPSM Lille Métropole. Poster HOIPHARM ; 2014.
29. Mouffak S, Guillet M, Alemanni J, Garriguet P, Beauverie P. Quelles difficultés peut-on rencontrer lors de la conciliation médicamenteuse en Psychiatrie et comment les contourner? GH Paul Guiraud Villejuif. Poster SFPC ; 2014.
30. Bonhomme J, Doerper S, Dony A, Baum T, Piney D, Dufay E. La juste liste des médicaments à l'admission du patient hospitalisé. De la fiabilité des sources d'informations. Risques & Qualité 2014.
31. Pourrat X, Corneau H, Floch S, Kuzzay MP, Favard L, Rosset P, et al. Communication between community and hospital pharmacists: impact on medication reconciliation at admission. International Journal of Clinical Pharmacy. Août 2013;35(4):656-63.
32. Doerper S, Godet J, Alexandra JF, Allenet B, Andres E, Bedouch P, et al. Development and multi-centre evaluation of a method for assessing the severity of potential harm of medication reconciliation errors at hospital admission in elderly. European Journal of Internal Medicine. sept 2015;26(7):491-7.

33. Dufay E, Baum T, Doerper S, Conrard E, Dony A, Piney D, Rosa D, Collard C, Pierre Rasquin E. La conciliation des traitements médicamenteux : détecter, intercepter et corriger les erreurs médicamenteuses à l'admission des patients hospitalisés. *Risques & Qualité* 2011 ; volume VIII n°2 : 130-8.
34. Dufay E. Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient. La conciliation des traitements médicamenteux.ppt ; 2015.
35. Hellström LM, Bondesson VA, Höglund P, Eriksson T. Errors in medication history at hospital admission: prevalence and predicting factors. *BMC Pharmacology and Toxicology*. 2012;12(1):9.
36. Roulet L, Asseray N, Ballereau F. Establishing a pharmacy presence in the emergency department: opportunities and challenges in the French setting. *International Journal of Clinical Pharmacy*. juin 2014;36(3):471-5.
37. Leguelinel-Blache G, Arnaud F, Bouvet S, Dubois F, Castelli C, Roux-Marson C, et al. Impact of admission medication reconciliation performed by clinical pharmacists on medication safety. *European Journal of Internal Medicine*. nov 2014;25(9):808-14.
38. Pourrat X, Roux C, Bouzige B, Garnier V, Develay A, Allenet B, et al. Impact of drug reconciliation at discharge and communication between hospital and community pharmacists on drug-related problems: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2014;15(1):260.
39. *Journal Ordre des Pharmaciens N°55. Conciliation des Traitements Médicamenteux: bilan de l'expérimentation « High 5s »*.pdf. fév 2016
40. Doerper S, Baum T. La conciliation des traitements médicamenteux des patients hospitalisés. Comprendre, s'initier et mettre en œuvre la démarche dans un établissement de santé. Thèse d'exercice Université de Nancy ; juin 2011.

41. Doerper S, Morice S, Piney D, Dony A, Baum T, Perrin F, et al. La conciliation des traitements médicamenteux: logigramme d'une démarche efficace pour prévenir ou intercepter les erreurs médicamenteuses à l'admission du patient hospitalisé. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. 2013;48:153-60.
42. Ministère des Affaires sociales et de la Santé - La conciliation médicamenteuse : enquête sur son déploiement nationale - Conciliation médicamenteuse [Internet]. [cité 16 févr 2016]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/conciliation-medicamenteuse/article/la-conciliation-medicamenteuse-enquete-sur-son-dploiement-nationale>
43. HAS. La sécurité des patients. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé Des concepts à la pratique[Ressource électronique] Saint-Denis HAS [Internet]. 2012 [cité 12 févr 2016]; Disponible sur: http://cnpcmehp.com/wp-content/uploads/2012/01/GuideHAS_GDR-et-fiches-techniques.pdf
44. Vogelsmeier A, Pepper GA, Oderda L, Weir C. Medication reconciliation: A qualitative analysis of clinicians' perceptions. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. juill 2013;9(4):419-30.
45. Brownlie K, Schneider C, Culliford R, Fox C, Boukouvalas A, Willan C, et al. Medication reconciliation by a pharmacy technician in a mental health assessment unit. *International Journal of Clinical Pharmacy*. avr 2014;36(2):303-9.
46. Kothari M, Maidment I, Lyon R, Haygarth L. Medicines reconciliation in comparison with NICE guidelines across secondary care mental health organisations. *International Journal of Clinical Pharmacy* [Internet]. 6 janv 2016 [cité 9 févr 2016]; Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s11096-015-0236-7>

47. Paton C, McIntyre S, Bhatti SF, Shingleton-Smith A, Gray R, Gerrett D, et al. Medicines reconciliation on admission to inpatient psychiatric care: findings from a UK quality improvement programme. *Therapeutic advances in psychopharmacology*.2011;1(4):101-10.
48. SFPC. Newsletter. janv 2016.
49. Colombe M. Optimisation de la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission : pour qui, comment? Thèse d'exercice Université de Reims ; 2011.
50. Quélenec B, Beretz L, Paya D, Blicklé JF, Gourieux B, Andrès E, et al. Potential clinical impact of medication discrepancies at hospital admission. *European Journal of Internal Medicine*. sept 2013;24(6):530-5.
51. Dufay E. Qualité et sécurité des soins liées aux produits de santé. Le processus de conciliation des traitements médicamenteux.ppt ; 2012.
52. Curatolo N, Gutermann L, Devaquet N, Roy S, Rieutord A. Reducing medication errors at admission: 3 cycles to implement, improve and sustain medication reconciliation. *International Journal of Clinical Pharmacy*. févr 2015;37(1):113-20.
53. Gleason KM, McDaniel MR, Feinglass J, Baker DW, Lindquist L, Liss D, et al. Results of the Medications At Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) Study: An Analysis of Medication Reconciliation Errors and Risk Factors at Hospital Admission. *Journal of General Internal Medicine*. mai 2010;25(5):441-7.
54. Pevnick JM, Shane R, Schnipper JL. The problem with medication reconciliation. *BMJ Quality & Safety*. 21 janv 2016;bmjqs - 2015-004734.

55. Cubaynes M-H. Le circuit du médicament à l'hôpital [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2011 [cité 12 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.snmrhp.org/Data/ModuleGestionDeContenu/application/934.pdf>
56. Pouyanne P, Haramburu F, Imbs JL, Bégaud B. Admissions to hospital caused by adverse drug reactions: cross sectional incidence study. *Bmj*. 2000;320(7241):1036.
57. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, et al. UNintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med*. 28 févr 2005;165(4):424-9.

ANNEXES

Annexe 1 : Carte de sectorisation du pôle adulte du CHS de la Savoie



Annexe 2 : Courrier d'information aux Pharmaciens



Bassens, le 05 janvier 2016

SERVICE PHARMACIE

secretariat-pharmacie@chs-savoie.fr

☎ 04.79.60.30.15

☎ 04.79.60.31.81

Pharmaciens :
DURIF Elisabeth
CRASSOUS Albane
ESQUEVIN Marcelle
RANC Yves

Objet : MISE EN PLACE DE LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX AU CHS DE LA SAVOIE

Docteur, Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient hospitalisé et dans une démarche de renforcement du lien ville-hôpital, nous mettons en place ce début janvier 2016 la conciliation des traitements médicamenteux au CHS de la Savoie dans un service test qui couvre le secteur Tarentaise.]

La conciliation des traitements médicamenteux correspond au processus formalisé qui prend en compte, lors de son hospitalisation, tous les médicaments pris par le patient qu'ils soient prescrits et/ou en automédication. Le but est d'obtenir une liste exhaustive de son traitement en associant les données de plusieurs sources d'information par une coordination pluri-professionnelle.

Parmi ces sources d'information, le Pharmacien d'officine est l'une des plus fiables et complètes. Votre aide est donc précieuse dans l'établissement de cette liste et nous serons amenés, dans le cadre de cette démarche, à vous solliciter au sujet du traitement habituel de vos patients.

La comparaison de cette liste aux ordonnances hospitalières permet de corriger les divergences médicamenteuses non intentionnelles aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts. Vous recevrez ainsi à la sortie du patient un courrier récapitulatif des modifications de traitement effectuées pendant l'hospitalisation afin d'optimiser votre acte de dispensation et adapter vos conseils pharmaceutiques apportés au patient.

Nous vous remercions par avance pour votre collaboration et sommes à votre disposition pour toute information complémentaire.

Bien confraternellement,

Marine BUICHE (Interne en Pharmacie)

Dr DURIF Elisabeth (Chef de service)

CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE LA SAVOIE

BP 1126 – 73011 CHAMBERY Cedex – Tél. : 04 79 60 30 30 - www.chs-savoie.fr

Annexe 3 : Courrier d'information aux médecins



Bassens, le 05 janvier 2016

SERVICE PHARMACIE

secretariat-pharmacie@chs-savoie.fr

☎ 04.79.60.30.15

☎ 04.79.60.31.81

Pharmaciens :

DURIF Elisabeth

CRASSOUS Albane

ESQUEVIN Marcelle

RANC Yves

Objet : MISE EN PLACE DE LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX AU CHS DE LA SAVOIE

Docteur,

Dans le cadre de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient hospitalisé et dans une démarche de renforcement du lien ville-hôpital, nous mettons en place début janvier 2016 la conciliation des traitements médicamenteux au CHS de la Savoie dans un service test qui couvre le secteur Tarentaise.

La conciliation des traitements médicamenteux correspond au processus formalisé qui prend en compte, lors de son hospitalisation, tous les médicaments pris par le patient qu'ils soient prescrits et/ou en automédication. Le but est d'obtenir une liste exhaustive de son traitement en associant les données de plusieurs sources d'information par une coordination pluri-professionnelle.

La comparaison de cette liste aux prescriptions hospitalières permet de corriger les divergences médicamenteuses non intentionnelles aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts. Dans ce contexte vous recevrez, ajouté au courrier de sortie d'hospitalisation, un courrier récapitulatif des modifications de traitement effectuées pendant l'hospitalisation avec les explications correspondantes qui permettront de faciliter vos prescriptions.

Nous vous remercions par avance pour votre collaboration et sommes à votre disposition pour toute information complémentaire.

Bien confraternellement,

Marine BUICHE (Interne en Pharmacie)

Dr DURIF Elisabeth (Chef de service)

CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE LA SAVOIE

BP 1126 – 73011 CHAMBERY Cedex – Tél. : 04 79 60 30 30 - www.chs-savoie.fr

Annexe 4: Procédure CHS de la Savoie « Conciliation des Traitements Médicamenteux »

	Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie DOMAINE	Code Version : 1
	CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX	Page 1 sur 17

	Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie DOMAINE	Code Version : 1
	CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX	Page 2 sur 17

Objet	Description du processus de Conciliation des Traitements Médicamenteux de l'admission à la sortie de patient.	
Domaine d'application	- Services Pharmacie - Services de soins	
Références	<ul style="list-style-type: none"> - HAS – Manuel de certification des établissements de santé V2010 - Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. - DAQSS / SDC / A. Broyart – Fiche projet High5 – Etat au 23 avril 2014 - SPC - Fiche Mémo – La conciliation médicamenteuse – MAJ Juillet 2015 - HAS – Initiative des High 5s Medication Reconciliation – Rapport d'expérimentation – Septembre 2015 	
Documents associés	<ul style="list-style-type: none"> - Outils 1 : FICHE DE RECUEIL des traitements par source - Outils 2 : FICHE DE CONCILIATION des traitements médicamenteux - Outils 3 : FICHE ENTRETIEN Patient - Outils 4 : FICHE DE CONCILIATION de sortie - Outils 5 : Traine COURRIER de Conciliation des Traitements Médicamenteux 	
Commentaires associés	<ul style="list-style-type: none"> - Autres documents utilisés (références outils) : - Mélanie Gérard – Thèse : La conciliation des traitements médicamenteux en gériatrie psychiatrie : quelles sources d'informations utiliser ? – Septembre 2014 - Edith DUFAY – Centre hospitalier de Lunéville : Présentation PWR sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient- 2014 	
Indice de version 1	Nature de la modification Création	Date d'application Immédiate
Responsabilité de mise en œuvre	- Pharmaciens pour l'acte de conciliation	
Responsabilité hiérarchique	- Médecins pour la prise en charge du patient concilié	
Personne ressource pour cette procédure :	Pharmaciens – Poste 3015	
Rédigé par : Marine BUISCHE Fonction : Interne Pharmacie	Validé par : Fonction :	Approuvé par : Fonction :
Date :	Date :	Date :

Mots clés : Conciliation Traitements Médicamenteux

I. DEFINITION HAS

La conciliation des traitements médicamenteux correspond au processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination plur-professionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé, aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts.

II. CONTEXTE

En France, les enquêtes ENEIS en 2004 et 2009 ont montré que le médicament est la deuxième cause d'événements indésirables graves évitables liés aux soins [1]. Les erreurs médicamenteuses qui surviennent aux étapes de transition sont dues à des défauts de transmission d'informations entre professionnels de santé.

En 2006, le projet collaboratif international High 5s a été lancé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans le cadre de son programme sur la sécurité des patients.

Ce projet s'est construit sur la base d'un partenariat entre le Commonwealth Fund, l'OMS, la *Joint Commission International* et les pays fondateurs (Allemagne, Australie, Canada, Etats-Unis, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni). La France et Singapour se sont joints au projet en 2009.

Il vise à prévenir les accidents évitables à l'hôpital grâce à des solutions standardisées répondant à des problèmes majeurs en termes de sécurité des patients dans le monde.

Parmi les cinq solutions de sécurité prioritaires, la HAS, qui coordonne ce projet pour la France a retenu deux pratiques d'amélioration de la sécurité des soins portées par la certification et l'accréditation des médecins :

- 1) La sécurité de l'opéré ou la prévention des erreurs de site et de procédure en chirurgie (solution 1) (Performance of correct procedure at correct body site)
- 2) La sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours des soins (solution 2) (Medication accuracy at transition)

Cette deuxième solution a également été retenue dans quatre autres pays (Allemagne, Australie, Etats-Unis et Pays-Bas). Le projet a été dénommé *Medication Reconciliation*.

Pour réaliser ce projet, il a été demandé à des établissements volontaires de mettre en œuvre et d'évaluer le protocole opérationnel standardisé intitulé *Standard Operating Protocol Medication Reconciliation* ou SOP Med Rec.

[1] Michèle P. Landstra M., Bruno-Semard R., Donnez S., Kool M., Quenon J.L. Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables graves liés aux Soins 2009 (ENEIS2) : description des résultats 2009. Rapport final à la DREES (Ministère du travail, de l'emploi et de la Santé) – Février 2011, Bercy-Seine.

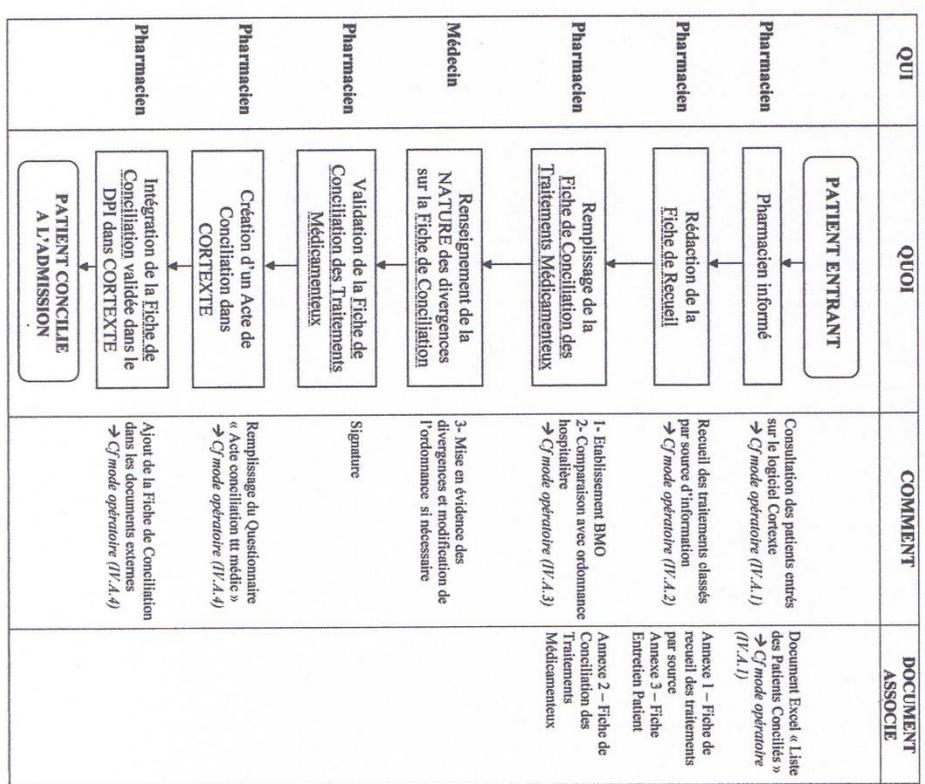
Une fois le projet MedRec terminé, un rapport d'expérimentation de l'HAS est publié en septembre 2015, il contient une boîte à outils proposée par les établissements expérimentateurs afin de faciliter la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux.

Ces outils ont été utilisés pour la mise en place de la conciliation au CHS de la Savoie.

Enfin, la conciliation des traitements médicamenteux s'inscrit dans les exigences portées par la réglementation actuelle en matière de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé. Dans le manuel de certification V2010 de l'HAS, il est indiqué que « la continuité [de la prise en charge médicamenteuse du patient] nécessite de prendre en compte le traitement personnel du patient à l'admission, de documenter l'exhaustivité du traitement médicamenteux lors du transfert et de la sortie. »

III. LOGIGRAMMES DU PROCESSUS

A- CONCILIATION A L'ADMISSION



	Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie DOMAINE	Code
		Version : 1
	CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX	Page 5 sur 17

	Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie DOMAINE	Code
		Version : 1
	CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX	Page 6 sur 17

B- CONCILIATION A LA SORTIE

QUI	QUOI	COMMENT	DOCUMENTASSO CIE
Médecin	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">PATIENT SORTANT</div> ↓ Rédaction de l'Ordonnance de Sortie ↓ Sortie du patient	En prenant en compte les données du BMO de la Fiche de Conciliation.	
Pharmacien	↓ Pharmaciens informés ↓ Remplissage de la Fiche de Conciliation de sortie	Consultation des patients sortis sur le logiciel Cortexe → Cf mode op (IV.B.1) 1- Copiage du BMO 2- Comparaison avec ordonnance de sortie → Cf mode op (IV.B.2))	Document Excel « Liste des Patients Conciliés » → Cf mode op (IV.B.1) Annexe 4 – Fiche de Conciliation de Sortie
Pharmacien	↓ Rédaction du Courrier de Conciliation des Traitements Médicamenteux ↓ Envoi du Courrier de Conciliation des Traitements Médicamenteux, au pharmacien d'officine du patient	A partir données de la Fiche de Conciliation de sortie → Cf mode opératoire (IV.B.3)) Par messagerie sécurisée si possible, ou fax	Annexe 5 – Trame Courrier de Conciliation des Traitements Médicamenteux
Pharmacien	↓ Envoi du Courrier de Conciliation des Traitements Médicamenteux aux secrétaires du service Tarentaise	En PJ par mail à tarentaise@chs-savoie.fr	
Secrétaires Tarentaise	↓ Ajout du Courrier de Conciliation des Traitements Médicamenteux aux documents de sortie du patient à faire signer par le Médecin	Avec le courrier de sortie d'hospitalisation	
Médecin	↓ Validation du Courrier de Conciliation des Traitements Médicamenteux	Signature	
Secrétaires Tarentaise	↓ Envoi du Courrier de Conciliation au médecin traitant du patient ↓ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">PATIENT CONCILIE A LA SORTIE</div>		

IV. MODE OPERATOIRE

A. CONCILIATION A L'ADMISSION

1) Consultation des nouvelles entrées dans Cortexe

NB: Les nouvelles entrées sont à consulter **tous les matins** pour voir les patients en entretien dans la matinée.

- A partir du logiciel Cortexe :

Option > Unité de soins
 Onglet « Unité » > Choisir l'unité concernée
 Trier par date d'entrée en cliquant sur « D.entrée »

- Pour connaître le nom des patients déjà conciliés :

Ouvrir le fichier Excel « LISTE DES PATIENTS CONCILIES » placé dans `\\srvadate\commun\ dossier « Conciliation des Traitements Médicamenteux », sous dossier « OUTILS ».`

Toutes les entrées ont un numéro de fiche.

Ajouter à la suite le prochain patient concilié (NB : penser à regarder dans la partie « Non Concilié / Remarques » si le patient est déjà inscrit)

2) Comment remplir la Fiche de Recueil des traitements par source ?

(Cf Annexe 1)

Outils 1 = FICHE DE RECUEIL des traitements par source

Emplacement 1: Dans `\\srvadate\commun\ dossier « Conciliation des Traitements Médicamenteux », sous dossier « OUTILS »`

A enregistrer sous dans : `\\srvadate\commun\ dossier « Conciliation des Traitements Médicamenteux »`
Et renommer: NOM Pré FICHE DE RECUEIL N°fiche (3 premières lettres du nom et du prénom du patient)

• Objectif :

Recueil sur une même fiche de toutes les informations sur les traitements médicamenteux classées en fonction de différentes sources d'information consultées.

	Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie DOMAINE	Code
	CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX	Version : 1 Page 7 sur 17

• **Méthode :**

Les différentes sources à consulter sont :

- 1) Dossier Patient Informatisé (DPI) = Contexte
- 2) Sources retrouvées dans unité de soins :
 - a. Courriers médicaux
 - b. Prescriptions apportées par le patient
 - c. Etablissement d'origine = Fiche liaison EHPAD / Etablissement. Si absente -> APPEL
 - d. Médicaments apportés par le patient
- 3) Entretien patient (cf Annexe 3 – Fiche entretien patient)
Rq : *Toujours prévenir les infirmiers avant d'aller voir le patient, ils jugeront si l'entretien est possible seul(e) et s'il nécessite ou pas un DATI ou s'il doit être réalisé en présence d'un soignant (infirmier/AS).*
- 4) Appel pharmacien officine après accord verbal du patient
- 5) Consultation du Dossier Pharmaceutique si disponible
 - a. Appel médecin traitant
 - b. Appel médecin spécialiste
 - c. Appel infirmière à domicile
 - d. Appel entourage
 - e. Autre

Cette liste décrit la marche à suivre afin d'établir une liste exhaustive des traitements médicamenteux, elle est à adapter au cas par cas en fonction du patient et de l'accessibilité des informations. **Un minimum de 3 sources est obligatoire** pour garantir l'exhaustivité de la liste, mais la recherche est à continuer jusqu'à obtenir la certitude de la fiabilité des informations.

• **Définition des sources :**

- 1) **Dossier patient Informatisé:** toute information retrouvée dans CORTEXTE provenant des observations psychiatriques/somatiques, ordonnances d'hospitalisations antérieures etc.
Rq: Tout document scanné est à classer dans les autres sources (ex courriers médicaux)
- 2) Documents retrouvés dans UNITE DE SOINS :
 - 2) a. **Courriers médicaux:** toute lettre médicale provenant du médecin traitant, ou lettre de spécialiste adressée au médecin traitant, comptes rendus d'hospitalisation etc.
 - 2) b. **Prescriptions apportées:** toute ordonnance apportée par le patient ou retrouvée dans son dossier papier, ou scannée dans contexte, qu'elle provienne du médecin traitant ou spécialiste.
 - 2) c. **Etablissement d'origine:** Tout document SOIGNANT et non médical provenant de l'EHPAD ou de l'établissement d'origine (fiches de liaison infirmières, plans de prise infirmières)
Si cette fiche n'est pas retrouvée -> APPEL de l'EHPAD et demande du plan de prise à l'infirmière
 - 2) d. **Médicaments apportés:** Médicaments apportés par le patient
- 3) **Entretien patient:** (cf Annexe 3 – Fiche entretien patient)

	Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie DOMAINE	Code
	CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX	Version : 1 Page 8 sur 17

4) **Pharmacien d'officine:** toute information recueillie suite à l'APPEL du pharmacien (soit toutes les ordonnances médecin traitant, spécialiste, historique délivrance, informations du DP transmises par le pharmacien)

5) **Dossier Pharmaceutique:** Informations trouvées suite à la consultation du DP au sein du CHS de la Savoie.

6) Sources à consulter SI NECESSAIRE

- 6) a. **Médecin traitant:** Informations recueillies suite à appel du médecin traitant.
- 6) b. **Médecin spécialiste:** Toute information recueillie suite à appel du médecin spécialiste.
- 6) c. **Infirmière à domicile:** Toute information recueillie suite à appel de l'infirmière à domicile.
- 6) d. **Entourage:** Toute information recueillie suite à appel de l'entourage du patient.
- 6) e. **Autre:** Sources non citées dans cette liste.

• **Aide au choix des sources:**

Les tritômes de sources retenus dans la thèse de Mélanie GERARD: *La conciliation des traitements médicamenteux en gériatrie-psychiatrie : quelles sources d'informations utiliser ?* en respectant les critères Exhaustivité et Complétude > 95% ; disponibilité > 95% ; Temps < 30min, sont :

- Patient + Pharmacien Officine + Dossier patient Informatisé
- Patient + Pharmacien Officine + Courriers Médicaux
- Patient + Pharmacien Officine + Etablissement/EHPAD si concerné

En conclusion : nécessité de consulter au moins 3 sources, dont obligatoirement "Patient - Pharmacien d'officine". De plus, si le patient provient d'une EHPAD, cette source est incontournable.

• **Aide au remplissage de la fiche de recueil :**

- La durée du recueil correspond au temps total de recueil des sources incluant l'entretien patient, l'appel de la pharmacie, la rédaction de la fiche de recueil.
- La colonne « source d'information » présente un menu déroulant de choix limités aux sources définies ci-dessus
- La colonne « remarque source » est à remplir si besoin pour détailler la source (ex si la source est le pharmacien d'officine, la remarque peut être : *ordonnance du Dr ... datant du ...*)

	Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie DOMAINE	Code
	CONCILIATION DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX	Version : 1 Page 9 sur 17

3) Comment remplir la Fiche de Conciliation des Traitements Médicamenteux ? (Cf Annexe 2)

Outils 2 = FICHE DE CONCILIATION des traitements médicamenteux
Emplacement : Dans \\srvadatal\commun\ dossier « Conciliation des Traitements Médicamenteux », sous dossier « OUTILS »
A enregistrer sous dans : \\srvadatal\commun\ dossier « Conciliation des Traitements Médicamenteux »
Et renommer : NOM Pré FICHE DE CONCILIATION N°fiche (3 premières lettres du nom et du prénom du patient – N°idem fiche recueilli)

- **Objectif :**
Etablissement du Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO), comparaison à l'ordonnance hospitalière et mise en évidence des divergences.
- **Méthode :**
 - 1) Etablir le BMO à partir des informations de la fiche de recueil et remplir la partie correspondante sur la fiche de conciliation.
 - 2) Intégrer dans la partie « Ordonnance pendant hospitalisation » la dernière ordonnance hospitalière retrouvée dans Cortex.
 - 3) Remplir la partie « STATUT » en comparant le BMO à l'ordonnance hospitalière (menu déroulant, cf aide d-dessous)
 - 4) Remplir la partie « Divergent ou Identique » en fonction du Statut (cf aide d-dessous)
 - 5) Remarque : La case « **Commentaire** » est à remplir pour renseigner toute information importante à tracer sur la fiche de conciliation mais ne faisant pas partie du BMO, c'est-à-dire nos remarques sur l'entretien patient, l'observance, l'automédication, des délivrances orales ne faisant pas partie du traitement habituel etc.
 - 6) La dernière partie (en rouge sur la fiche Excel) est à remplir par le médecin, qui détermine si la divergence est intentionnelle ou non intentionnelle et qui effectue les modifications nécessaires sur l'ordonnance hospitalière du patient.
 → Envoyer la fiche par mail au psychiatre référent, afin qu'il remplisse la partie médecin et nous renvoie la fiche complétée.
 - 7) Penser à renseigner le nom du pharmacien dans la partie « Validation Pharmaceutique » (menu déroulant) et à ajouter la signature électronique dès réception de la fiche complétée.
 - 8) Enregistrer la fiche de conciliation dans le dossier commun en remplacement de la fiche initiale.

	Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie DOMAINE	Code
	CONCILIATION DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX	Version : 1 Page 10 sur 17

- Aide au choix du statut du médicament et au choix du caractère divergent ou identique associé

STATUT	Définition statut	Divergent ou Identique ?
POURSUIVI	Médicament habituel prescrit sans modification	IDENTIQUE
ARRETE	Médicament habituel non prescrit	DIVERGENT
MODIFIE	* Dosage (modification de la dose du médicament) * Posologie (modification du nombre de comprimés par jour) * Séquence posologique (modification de l'horaire de prise) * Forme galénique	DIVERGENT
SUSPENDU	Médicament habituel prescrit en suspendu	DIVERGENT
SUBSTITUE	1) Médicament habituel prescrit à l'identique mais remplacé par générique ou princeps disponible au livret 2) Remplacement du médicament habituel par une spécialité de la même classe thérapeutique disponible au livret.	IDENTIQUE
AJOUTE	Médicament non habituel prescrit pendant hospitalisation	DIVERGENT

4) La conciliation dans Cortex : Comment tracer dans le DPT ?

Une fois la conciliation à l'admission terminée, l'acte de conciliation doit être tracé dans le dossier patient.

Etape 1 : Création du questionnaire :

- Cliquer sur le « + » de l'onglet questionnaire () et choisir « Acte conciliation tit. médic »
- Renseigner :
- la durée (= addition Durée du recueil + Durée rédaction fiche de conciliation)
 - dans la partie commentaire : écrire « cf Fiche de conciliation dans les documents externes »
 - la personne ayant réalisé la conciliation
 - la date de la conciliation

Etape 2 : Intégration de la Fiche de conciliation des traitements médicamenteux dans Cortex :

- Pour pouvoir intégrer la fiche de conciliation dans cortex, il faut d'abord l'enregistrer au format pdf :
 1. Sélectionner en bleu la partie à enregistrer
 2. Cliquer sur Fichier ➤ Enregistrer sous
 3. Dans le menu déroulant « Type » : choisir PDF
 4. Cliquer sur « Options » et cocher la case « Sélection » dans Contenu à publier
 5. Enregistrer
- Puis cliquer sur le « + » de l'onglet documents scannés (), choisir la rubrique « Fiche de conciliation » puis choisir le document PDF dans le dossier commun.

	Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie DOMAINE	Code
	CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX	Version : 1 Page 11 sur 17

B. CONCILIATION A LA SORTIE

1) Consultation des sorties dans Cortexte

NB: Les sorties sont à consulter tous les jours **en début d'après-midi** pour pouvoir faxer le document à la pharmacie le jour de la sortie.

- A partir du logiciel Cortexte :

Option > Unité de soins

Onglet « Unité » > Choisir l'unité concernée

Trier par ordre alphabétique en cliquant sur « Patient »

- Pour connaître le nom des patients sortis dont la CTM de sortie doit être réalisée:

Ouvrir le fichier Excel « LISTE DES PATIENTS CONCILIES » placé dans \\srvadatal\commun\ dossier

« Conciliation des Traitements Médicamenteux », sous dossier « OUTILS ».

Dans la partie « Patients conciliés toujours hospitalisés » vérifier s'ils sont encore dans la liste des présents de l'unité

Si le nom n'est plus dans la liste, réaliser la CTM de sortie.

2) Comment remplir la Fiche de conciliation de sortie? (Cf Annexe 4)

Outils 4 = FICHE DE CONCILIATION de sortie

Emplacement : Dans \\srvadatal\commun\ dossier « Conciliation des Traitements Médicamenteux », sous dossier « OUTILS »

A enregistrer sous dans : \\srvadatal\commun\ dossier « Conciliation des Traitements Médicamenteux »

Et renommer: NOM Pré FICHE DE SORTIE N°fiche (3 premières lettres du nom et du prénom du patient - N°idem fiche conciliation)

- **Objetif :**

Comparaison du BMO à l'ordonnance de sortie dans le but de l'intégrer au Courrier de Conciliation des Traitements Médicamenteux.

- **Méthode :**

- 1) Copier le BMO de la Fiche de conciliation des traitements médicamenteux dans la partie correspondante « Liste des tt avant hospitalisation »
- 2) Intégrer dans la partie « Liste des tt après hospitalisation » l'ordonnance de sortie retrouvée dans Cortexte.
- 3) Remplir la partie « STATUT » en comparant le BMO à l'ordonnance de sortie.
- 4) Si nécessaire, ajouter des commentaires expliquant les modifications de traitements effectuées pendant l'hospitalisation.

	Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie DOMAINE	Code
	CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX	Version : 1 Page 12 sur 17

3) Comment remplir le Courrier de conciliation des traitements médicamenteux ? (Cf Annexe 5)

Outils 4 = Trame COURRIER de Conciliation des Traitements Médicamenteux

Emplacement : Dans \\srvadatal\commun\ dossier « Conciliation des Traitements Médicamenteux », sous dossier « OUTILS »

A enregistrer sous dans : \\srvadatal\commun\ dossier « Conciliation des Traitements Médicamenteux »

Et renommer: NOM Pré COURRIER DE SORTIE (3 premières lettres du nom et du prénom du patient)

- **Objetif :**

Etablir un lien ville-hôpital en transférant au médecin traitant et au pharmacien d'officine du patient des informations sur les modifications de traitement effectuées pendant l'hospitalisation, Assurer la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient aux points critiques du parcours des soins.

- **Méthode :**

A partir de la trame du courrier de conciliation des traitements médicamenteux (Cf Annexe 5), renseigner le nom du patient et copier sous le texte les informations de la fiche de conciliation de sortie:

LISTE DES TTT AVANT HOSPITALISATION		LISTE DES TTT APRES HOSPITALISATION		COMMENTAIRES
Nom / dosage / forme / voie	Principes M M M S M	Nature de la modification Hospitalisation	Nom / dosage / forme / voie	

- 1) **Envole au Pharmacien d'officine** (seulement si accord du patient lors de l'entretien):

- Renseigner le nom de la pharmacie dans la partie correspondante

- Supprimer le terme « Psychiatre référent », la signature du Psychiatre n'est pas nécessaire pour l'envoie du courrier entre Pharmaciens.

- Regarder dans le logiciel ZEPRA si la pharmacie du patient a une adresse mail ZEPRA.

- Si la pharmacie n'utilise pas ZEPRA : envoyer le courrier par fax.

- 2) **Envole au Médecin traitant du patient :**

- Supprimer le nom de la pharmacie

- Remplacer « Madame, Monsieur, Docteur » par « Docteur, »

- Ajouter le terme « Psychiatre référent » pour que celui-ci puisse signer le courrier.

- Envoyer le courrier en PJ par mail aux secrétaires du service Tarantaise (tarantaise@chs-savoie.fr) qui le joindront au courrier de sortie d'hospitalisation à faire signer par le psychiatre.

Ce document sera ensuite envoyé au médecin traitant par les secrétaires du service Tarantaise.

FICHE DE RECUEIL des traitements par source

N°

Informations Patient	Informations entretien Patient	Coordonnées Sources
Nom Prénom: Date de naissance: Date d'admission: IPP: Adresse: Motif Hospit:	Automédication: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non: Phyto/Homéo: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non: Collyres: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non: Inhalateurs <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non: Crèmes/Patches: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non: Injections: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non: Pilule contraceptive: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non: Allergie: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non:	Médecin traitant: Pharmacien d'officine: Tel/Fax: Psychiatre référent: Etablissement d'origine: Infirmier à domicile: Entourage: Dossier Pharmaceutique: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Durée du recueil:

Personne effectuant le recueil:

Information datée du:										
Sources d'information:										
Remarques sources:										
Médicament Forme / Voie	Dosage	Posologie								

NB : si l'information est incertaine, la noter entre parenthèse

Sources d'information consultées <input type="checkbox"/> 1) Dossier patient informatisé <input type="checkbox"/> 2)a. Courriers médicaux <input type="checkbox"/> 2)b. Prescriptions apportées	<input type="checkbox"/> 2)c. Etablissement d'origine <input type="checkbox"/> 2)d. Médicaments apportés <input type="checkbox"/> 3) Patient	<input type="checkbox"/> 4) Pharmacien d'officine <input type="checkbox"/> 5) Dossier pharmaceutique <input type="checkbox"/> 6)a. Médecin traitant
<input type="checkbox"/> 6)b. Médecin spécialiste <input type="checkbox"/> 6)c. Infirmière à domicile <input type="checkbox"/> 6)d. Entourage	<input type="checkbox"/> 6)e. Autre	

Annexe 6 : FICHE ENTRETIEN PATIENT

FICHE ENTRETIEN PATIENT

PATIENT :

NOM : Prénom :

Date :

Introduction : Se présenter, dire sa profession et expliquer l'objectif de l'entretien

Exemple : Je souhaiterais faire un point avec vous au sujet des médicaments que vous prenez habituellement. Etes-vous d'accord pour que nous en discutons ensemble ? J'ai à ma disposition une liste de médicaments, j'aimerais m'assurer qu'elle est exacte et toujours d'actualité.

SOURCES

ORDONNANCES

* Êtes-vous venu avec vos ordonnances ? OUI NON

* Avez-vous une liste de médicaments avec vous ? OUI NON

MEDICAMENTS

* Avez-vous apporté vos médicaments (boîtes) ? OUI NON

PHARMACIE

* Est-ce vous qui allez chercher vos médicaments à la pharmacie ? OUI NON

Si non, qui y va ?

* Quel est le nom de la pharmacie où vous allez habituellement ?

* M'autorisez-vous à appeler votre pharmacie habituelle ? OUI NON

... et à lui envoyer un courrier récapitulatif sur vos traitements ? OUI NON

* Avez-vous ouvert un Dossier Pharmaceutique ? OUI NON

Puis-je le consulter ? OUI NON

SI BESOIN : ENTOURAGE

* Puis-je contacter un de vos proches ? OUI NON

* Comment puis-je le contacter ?

2) MEDICAMENTS

* Quels sont les médicaments que vous prenez habituellement avant votre hospitalisation ?

* Savez-vous à quoi servent vos médicaments ?

* Depuis combien de temps avez-vous ce traitement ? A-t-il été modifié récemment ?

* Comment gérez-vous votre traitement (pilulier...) ?

Etes-vous aidé au quotidien ? Si oui, par qui ? (Entourage, IDE)

MEDICAMENTS PARTICULIERS

Médicaments en vente libre (OTC)

* Prenez-vous des médicaments que vous achetez sans ordonnance ?

Phytothérapie / Vitamine / Homéopathie

* Prenez-vous des produits à base de plante ? Vitamine ? Homéopathie ?

Yeux/oreilles/Nez/Autre

• Avez-vous des gouttes à mettre dans les yeux ?

• Utilisez-vous des inhalateurs ?

• Avez-vous des patchs ou des crèmes à mettre sur la peau ?

• Avez-vous des piqûres à faire à la maison ?

• Femmes : Prenez-vous la pilule ?

•

ALLERGIE/EI

* Êtes-vous allergique à certains médicaments ?

* Si oui, comment se manifeste cette allergie ?

Annexe 7 : FICHE DE CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

CHS DE LA SAVOIE



avril 2016

Fiche de Conciliation des Traitements Médicamenteux

Informations Patient

NOM: _____

Prénom: _____

Date de naissance: _____

IPP: _____

Date d'entrée: _____

Références

Médecin Traitant: _____

Pharmacien officine: _____

Tel/Fax: _____

> Accord patient pour contact? oui non

> Accord patient pour courrier? oui non

Commentaires

N°

****Conciliation faite le:** _____

****Délai entre entrée et conciliation (h):** _____

****Durée de rédaction fiche conciliation (min):** _____

BMO Bilan Médicamenteux Optimisé		Statut			ORDONNANCE à l'entrée				Identique ou Divergent?		A remplir par le médecin référent	
Nom / Dosage / Forme / Voie	Posologie			Par Dr:	Prescrite le (date, heure):	Nom / Dosage / Forme / Voie			Divergence Intentionnelle (DI) / Divergence Non Intentionnelle? (DNI)	Dr:	Commentaires	
	M	M	N			M	M	AM				S

Sources d'information consultées

1) Dossier patient informatisé 2)c. Etablissement d'origine

2)a. Courriers médicaux 2)d. Médicaments apportés

2)b. Prescriptions apportées 3) Patient

4) Pharmacien d'officine 6)b. Médecin spécialiste

5) Dossier pharmaceutique 6)c. Infirmière à domicile

6)a. Médecin traitant 6)d. Entourage

6)e. Autre

Validation Pharmaceutique:

Annexe 8 : COURRIER DE CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX



Bassens, le 11 avril 2016

SERVICE PHARMACIE

Nom pharmacie

✉ secretariat-pharmacie@chs-savoie.fr
☎ 04.79.60.30.15
☎ 04.79.60.31.81

Objet : COURRIER DE CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

Madame, Monsieur, Docteur,

Le patient(e) né(e) a été hospitalisé(e) au Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie dans le service Tarentaise du /2016 au /2016.

Nous avons établi la liste de ses médicaments habituels avant hospitalisation et l'avons comparée au traitement à poursuivre à la sortie.

Vous trouverez ci-dessous le tableau comparatif.

LISTE DES TTT AVANT HOSPITALISATION					Nature de la modification pendant l'hospitalisation	LISTE DES TTT APRES HOSPITALISATION					COMMENTAIRES
Nom / dosage / forme / voie	Posologie					Nom / dosage / forme / voie	Posologie				
	M	M	S	N	M		M	S	N		

Bien confraternellement,

Marine BUICHE (Interne Pharmacie)

Psychiatre référent :



CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE LA SAVOIE

BP 1126 – 73011 CHAMBERY Cedex – Tél. : 04 79 60 30 30 - www.chs-savoie.fr

Annexe 9 : Questionnaire Avis des Médecins Prescripteurs

QUESTIONNAIRE AVIS CTM

- **La conciliation à l'entrée vous a-t-elle aidé dans la prise en charge du patient ?**
 oui partiellement non
- **A la sortie du patient, les fiches de conciliation vous aident-elles à la rédaction de l'ordonnance de sortie ?**
 oui partiellement non
- **Pour vous, cette activité a-t-elle été chronophage ?**
 oui partiellement non
- **Etes-vous satisfait(e) de l'organisation de la conciliation ?**
 oui partiellement non

Si non, quels seraient les points à améliorer ?

.....
.....

- **Avez-vous eu des retours des patients suite aux entretiens ?**
 oui non

Si oui, quel a été leur ressenti ?.....

- **Y a-t-il, pour vous, un intérêt à poursuivre cette démarche ?**
 oui non

- **Si oui, avez-vous des remarques/propositions afin d'améliorer la pertinence de la CTM ?**

.....
.....

*Faculté de Pharmacie,
Université Grenoble Alpes.*



Serment de Galien



« Je jure en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque ».

RESUME

Pr. Michel SEVE

Pr Benoît ALLENET

Marine BUICHE

CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX : EXPERIMENTATION DU RAPPORT MED'REC 2015 DE L'HAS DANS UN ETABLISSEMENT PSYCHIATRIQUE

RESUME :

La CTM est une méthode de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients qui garantit la continuité des prescriptions lors des transitions ville - hôpital.

Le rapport d'expérimentation Med'Rec 2015 de l'HAS propose des outils permettant une standardisation des pratiques. Les recommandations émises sont-elles adaptables à notre établissement psychiatrique, et de façon plus générale, à la psychiatrie ?

Nous avons effectué une phase test de 3 mois dans une unité pilote. Sur 88 patients éligibles (toutes les entrées), 67 patients ont été conciliés. La moyenne d'âge est de 44,9ans. Un entretien patient a été réalisé dans 91% des cas, et n'a donc pas été un frein à la CTM. 46,3% des patients n'ont pas été conciliés dans les 24h, la pathologie psychiatrique a été la cause du retard à la CTM dans 50% des cas. L'indicateur DNI/Patient est de 0,33 ; il est plus faible si nous ciblons les patients de plus de 65 ans: 0,14 ; et plus élevé pour les patients ayant au moins un médicament somatique sur l'OMA: 0,61.

91% des DNI concernent les médicaments somatiques et 59% sont des omissions.

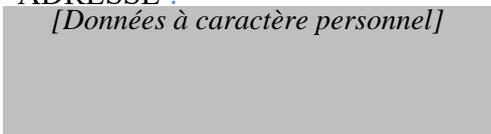
Les erreurs médicamenteuses les plus fréquentes sont donc les omissions de médicaments somatiques ; elles illustrent la problématique de la frontière entre les prises en charge psychiatrique et somatique. Le nouveau critère « patients ayant au moins un médicament somatique sur l'OMA » permettra de cibler ces patients à risque indépendamment de leur âge pour s'adapter à une moyenne d'âge jeune.

Nous n'avons pas mis en évidence de réels freins à la CTM propres à la Psychiatrie mais des difficultés pouvant être contournées par une adaptation de notre organisation.

LES MOTS CLES : Conciliation Médicamenteuse, Psychiatrie, Med'Rec

ADRESSE :

[Données à caractère personnel]



FILIERE : Pharmacie Hospitalière – Pratique et Recherche