



HAL
open science

Rôle clé du pharmacien clinicien d'officine dans le processus de conciliation des traitements médicamenteux en gérontopsychiatrie

Camille Guéguen

► **To cite this version:**

Camille Guéguen. Rôle clé du pharmacien clinicien d'officine dans le processus de conciliation des traitements médicamenteux en gérontopsychiatrie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01812139

HAL Id: dumas-01812139

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01812139>

Submitted on 11 Jun 2018

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.

N° d'ordre :

ANNÉE 2017



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présentée par

Camille GUÉGUEN

Née le 10 septembre 1993 à Landerneau

**Rôle clé du
pharmacien
clinicien d'officine
dans le processus
de conciliation des
traitements
médicamenteux en
gériatopsychiatrie**

**Thèse soutenue à Rennes
le 15 décembre 2017**

devant le jury composé de :

Gwénola BURGOT

Professeur, Université de Rennes 1
Président du jury

Bastien LANGREE

Pharmacien, Centre Hospitalier Guillaume Rognier
Directeur de thèse

Yann DESERT

Pharmacien, Pharmacie des Gayeulles
Juge

LISTE DES ENSEIGNANTS-CHERCHEURS
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES
UNIVERSITE DE RENNES 1 - ANNEE UNIVERSITAIRE 2017-2018

PROFESSEURS

BOUSTIE Joël	LE CORRE Pascal
BURGOT Gwenola	LORANT-BOICHOT Elisabeth
DONNIO Pierre-Yves	MOREL Isabelle
FAILI Ahmad	SERGENT Odile
FARDEL Olivier	SPARFEL-BERLIVET Lydie
FELDEN Brice	TOMASI Sophie
GAMBAROTA Giulio	URIAC Philippe
GOUGEON Anne	VAN DE WEGHE Pierre
LAGENTE Vincent	VERNHET Laurent

PROFESSEURS ASSOCIES

BUREAU Loïc
DAVOUST Noëlle

PROFESSEURS EMERITES

CILLARD Josiane
GUILLOUZO André

MAITRES DE CONFERENCES

ABASQ-PAOFAI Marie-Laurence	GOUAULT Nicolas
ANINAT Caroline	HITTI Eric
AUGAGNEUR Yoann	JEAN Mickaël
BEGRICHE Karima	JOANNES Audrey
BOUSARGHIN Latifa	LECUREUR Valérie
BRANDHONNEUR Nolwenn	LE FERREC Eric
BRUYERE Arnaud	LE GALL-DAVID Sandrine
BUNETEL Laurence	LE PABIC Hélène
CHOLLET-KRUGLER Marylène	LEGOUIN-GARGADENNEC Béatrice
COLLIN Xavier	LOHEZIC-LE DEVEHAT Françoise
CORBEL Jean-Charles	MARTIN-CHOULY Corinne
DAVID Michèle	MINET Jacques
DELALANDE Olivier	NOURY Fanny
DELMAIL David	PINEL-MARIE Marie-Laure
DION Sarah	PODECHARD Normand
DOLLO Gilles	POTIN Sophie
GICQUEL Thomas	RENAULT Jacques
GILOT David	ROUILLON Astrid

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

BACLE Astrid
BOUVRY Christelle

ATER

PALAZZO Claudia
VICTONI Tatiana

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

A Madame le Professeur Gwenola BURGOT,

Professeur des Universités

Pharmacien praticien hospitalier au Centre Hospitalier Guillaume Régnier de Rennes,

Je vous remercie d'avoir accepté de présider mon jury de thèse.

C'est un honneur, après avoir bénéficié de vos riches enseignements à la faculté de Pharmacie et au Centre Hospitalier Guillaume Régnier, de vous retrouver au moment de terminer mon parcours universitaire.

A Monsieur le Docteur Bastien LANGREE,

Pharmacien praticien hospitalier au Centre Hospitalier Guillaume Régnier de Rennes,

Pour m'avoir proposé ce sujet et avoir accepté de diriger cette thèse,

Pour le temps que vous m'avez accordé, pour vos conseils précieux et votre énergie débordante,

Veillez trouver ici mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Yann DESERT,

Pharmacien d'officine titulaire,

Pour m'avoir accueilli dans votre officine et m'avoir fait partager la passion de ce métier,

Pour le plaisir que vous me faites de participer au jury de cette thèse,

Je vous remercie chaleureusement.

A toutes les équipes qui m'ont accueillie pendant ces six années d'études,

A l'équipe de la Pharmacie Vitel à Berven-Plouzévédé,

Je vous remercie de m'avoir accompagné dans mes premiers pas à l'officine et de m'avoir fait découvrir et aimer ce métier.

A l'équipe de la Pharmacie Quemener à Roscoff,

Un grand merci pour votre accueil chaleureux et votre gentillesse. Ce fut un plaisir de travailler avec vous dans un si beau cadre pendant ces deux étés.

A l'équipe de la Pharmacie des Gayeulles à Rennes,

Merci pour votre accueil et pour la formation que vous m'avez apporté. Ce stage fut une expérience professionnelle très enrichissante.

A l'équipe de la Pharmacie de la Morinais à Saint-Jacques-de-la-Lande,

Pour m'avoir accueilli ces quelques jours par semaines le temps de finaliser cette thèse, je vous remercie chaleureusement.

A ma famille,

A mes parents,

Pour m'avoir permis de faire des études et m'avoir soutenu durant toutes ces années,
Merci pour tout ce que vous faites pour moi.

A ma sœur, mon frère et mon beau-frère,

Un grand merci pour tous vos encouragements et vos conseils.

A Adèle,

Merci pour ta joie de vivre et tes rires aux éclats. Je suis fière d'être ta marraine.

A mes grands-parents,

Partis avant que je n'ai eu le temps de finir mes études, j'espère que vous êtes fiers de là où vous êtes.

A toute ma famille,

Merci pour tous les moments agréables passés ensemble et ceux à venir.

A mes amis,

A Coralie, Elisa et Elodie,

Aux Fanfreluches,

Aux Fantasmiques,

Aux Roscovites,

Sans qui ces années d'études auraient été beaucoup moins drôles. Merci pour les soirées, les week-ends, les vacances, les festivals, les révisions et tous les autres bons moments partagés ensemble.

A Alexis,

Pour m'avoir supportée et encouragée pendant l'année écoulée, tout simplement merci.

TABLE DES MATIERES

Liste des figures	11
Liste des tableaux	12
Liste des annexes	13
Liste des abréviations	14
Introduction	17
Partie 1 : Généralités	19
I. La personne âgée	19
1. Faits actuels sur le vieillissement	19
a) Définition.....	19
b) Aspects démographiques	19
c) Causes du vieillissement.....	20
2. Caractéristiques de santé des personnes âgées	21
a) Le « vieillissement en bonne santé »	21
b) Concept de fragilité	22
3. Pathologies iatrogènes de la personne âgée.....	23
a) Définitions.....	23
b) La iatrogénie en chiffres.....	25
c) Déterminants de la iatrogénie médicamenteuse.....	26
i. Modifications pharmacodynamiques et pharmacocinétiques liées à l'âge .	
.....	26
ii. Polypathologie et polymédication.....	29
iii. Médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée.....	30
4. Particularités de la gériopsychiatrie	31
II. La pharmacie clinique : des origines aux perspectives futures.....	32
1. Naissance de la pharmacie clinique	32
2. Des « soins pharmaceutiques » à la pharmacie clinique	33

3.	L'exercice de la pharmacie clinique.....	34
4.	Importance dans la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse	36
5.	Lien Ville-Hôpital	37
III.	La Conciliation des Traitements Médicamenteux.....	37
1.	Origine de la conciliation médicamenteuse	37
2.	Définition, intérêt et objectif	38
3.	Réalisation : Le SOP Med'Rec	39
a)	Définition.....	39
b)	Eligibilité	39
c)	Objectifs.....	39
d)	Deux types de conciliation médicamenteuse	39
e)	Les différentes étapes.....	40
i.	Recherche active d'informations sur les médicaments du patient	40
ii.	Formalisation et validation du BMO	41
iii.	Comparaison du BMO avec l'OMA.....	41
iv.	Caractérisation et gestion des divergences (Figure 4)	41
f)	Acteurs.....	43
4.	Résultats du projet High 5S.....	44
Partie 2 : Etude ACEPCONCIL au Centre Hospitalier Guillaume Régnier de Rennes ...		47
I.	Présentation du Centre Hospitalier Guillaume Régnier.....	47
II.	Contexte	48
III.	Objectifs	49
IV.	Matériels et Méthodes :	49
1.	Critères d'inclusion des patients.....	49
2.	Critères de non-inclusion des patients.....	50
3.	Critères de jugement.....	50
4.	Procédures.....	50
a)	Conciliation d'entrée à l'hôpital	50

b)	Appel des professionnels ambulatoires.....	51
c)	Confrontation des résultats	51
d)	Comparaison des données	51
V.	Résultats	52
1.	Population	52
2.	Sources utilisées	52
3.	Nombre de lignes de traitements.....	53
4.	Nombre de divergences non intentionnelles.....	54
VI.	Discussion	55
1.	La mise en place de la conciliation médicamenteuse au CHGR.....	55
2.	Niveau d'information des professionnels de santé au sujet de la conciliation médicamenteuse.....	56
3.	Critique des différentes sources humaines et documentaires utilisées	56
4.	Exhaustivité des informations par sources	58
5.	Impact des différentes sources sur le nombre de DNDNI	58
VII.	Conclusion.....	59

Partie 3 : La Conciliation des Traitements Médicamenteux au cœur des nouvelles missions du pharmacien d'officine	61
I. Pharmacien d'officine : un métier en pleine évolution.....	61
1. La loi « HPST »	61
2. La Convention Pharmaceutique	62
3. Contexte actuel	63
4. L'avenir de l'officine française	63
II. La conciliation des traitements médicamenteux en officine.....	64
1. Quand réaliser la conciliation médicamenteuse ?.....	64
2. Pour quels patients ? (60)	65
3. Comment réaliser la conciliation médicamenteuse ?.....	66
4. Avec quels outils ?	66
5. Implication et éducation du patient et de l'entourage.....	67

Partie 4 : Discussion	68
I. Etat des lieux des pratiques de conciliation médicamenteuse	68
1. A l'hôpital	68
2. En ville	69
II. Perspectives d'amélioration	70
1. Faire connaître la conciliation médicamenteuse	70
2. Créer des réseaux ville-hôpital	70
a) Renforcer la coopération ville-hôpital	70
b) Nommer un pharmacien référent	70
c) Développer des systèmes de communication sécurisés	71
3. Vers des nouvelles pratiques de conciliation médicamenteuse	72
Conclusion	74
Bibliographie	75
Annexes	81

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : 1+2+3 en gériatrie d'après J.P. Bouchon.	23
Figure 2 : Processus de conciliation proactive à l'admission (d'après la SFPC, fiche technique 2014).....	40
Figure 3 : Processus de conciliation rétroactive à l'admission (d'après la SFPC, fiche technique 2014).....	40
Figure 4 : Caractérisation et gestion des divergences (47).	42
Figure 5 : Synthèse des données Med'Rec.	45
Figure 6 : Organisation du Centre Hospitalier Guillaume Rénier de Rennes (52).....	48
Figure 7 : Schéma de comparaison des données de l'étude ACEPCONCIL.	51
Figure 8 : Les sources utilisées pour le recueil documentaire.	52
Figure 9 : Pourcentages de participation aux appels téléphoniques.....	53
Figure 10 : Place du pharmacien d'officine aux points de transition du parcours de soins et possibilité de réalisation de la conciliation des traitements médicamenteux (60).	65

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Evolution de la population de la France métropolitaine de 1950 à 2050 selon l'INSEE (4).	20
Tableau 2 : Évolutions passée et future de l'espérance de vie à la naissance des femmes et des hommes entre 2005 et 2050 (4).....	21
Tableau 3 : Modifications pharmacocinétiques avec l'âge et leurs conséquences, d'après Mangerel <i>et al.</i> (16).	28
Tableau 4 : Les étapes clés de la conciliation des traitements médicamenteux (48).....	43
Tableau 5 : Les différents acteurs dans la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission du patient. (D'après la SFPC – fiche mémo 2014)	44
Tableau 6 : Nombre de lignes obtenues par sources pour concilier.	54
Tableau 7 : Nombre de Divergences Non Documentées Non Intentionnelles obtenues pour chacune des sources utilisées pour la conciliation et nombre de lignes de traitements de l'Ordonnance à l'Admission.	55

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Le modèle 2017 de Pharmacie Clinique de la Société Française de Pharmacie Clinique	81
Annexe 2 : Fiche de recueil des informations par source pour concilier (40).....	82
Annexe 3 : Fiche de conciliation des traitements à l'admission (40).....	83
Annexe 4 : Guide d'entretien avec le pharmacien d'officine pour l'obtention du bilan médicamenteux optimisé.....	84
Annexe 5 : Guide d'entretien avec le médecin traitant pour l'obtention du bilan médicamenteux optimisé.....	85
Annexe 6 : Fiche descriptive de l'étude ACEPCONCIL.....	86

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACCP	American College of Clinical Pharmacy
ACEPCONCIL	Apport de la Communication Entre Professionnels de santé dans le processus de CONCILiation des traitements médicamenteux
ALD	Affection Longue Durée
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
ARS	Agence Régionale de Santé
BM	Bilan Médicamenteux
BMO	Bilan Médicamenteux Optimisé
CH	Centre Hospitalier
CHGR	Centre Hospitalier Guillaume Régnier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CTM	Conciliation des Traitements Médicamenteux
CSP	Code de la Santé Publique
DCI	Dénomination Commune Internationale
DMP	Dossier Médical Partagé
DNDI	Divergence Non Documentée Intentionnelle
DNDNI	Divergence Non Documentée Non Intentionnelle
DP	Dossier Pharmaceutique
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EIG	Evènement Indésirable Grave
EIM	Evènement Indésirable Médicamenteux
EM	Erreur Médicamenteuse

ENEIS	Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables associés aux Soins
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
ESCP	European Society of Clinical Pharmacy
FSPF	Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, Patient, Santé, Territoire
INSEE	Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques
IPITCH	Impact of Pharmacist Involvement in the Transitional Care of High-Risk Patients
LEEM	Les Entreprises du Médicament
MEDREC	MEDication REConciliation
MPI	Médicament Potentiellement Inapproprié
OMA	Ordonnance des Médicaments à l'Admission
OMAGE	Optimization of Medication in AGEd
OMEDIT	Observatoire des Médicaments, Dispositifs médicaux et Innovations Thérapeutiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAQUID	Personne Agée QUID
PLFSS	Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PPP	Plan Pharmaceutique Personnalisé
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
SFPC	Société Française de Pharmacie Clinique
SOP	Standard Operating Protocol
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

UNPF Union Nationale des Pharmaciens de France

USPO Union Syndicale des Pharmaciens d'Officine

INTRODUCTION

Monsieur X, 79 ans, se présente aux urgences sur avis de son médecin traitant, qui suspecte une pneumopathie. Le patient est hospitalisé dans un service de médecine pour une antibiothérapie et des séances de kinésithérapie respiratoire. Le lendemain, le patient présente une hypertension artérielle sévère. Il a été constaté que la prescription d'un antihypertenseur avait été omise lors de l'admission du patient. Cette situation clinique illustre la problématique de la continuité des soins aux différents points de transition du parcours de soins (admission, transferts et sortie d'hôpital).

La survenue d'erreurs médicamenteuses dans la prise en charge du patient est source d'évènements iatrogènes potentiellement graves mais surtout évitables. Aujourd'hui, la prévention de la iatrogénie médicamenteuse est un des axes prioritaires de santé publique, notamment chez les personnes âgées. En effet, elles y sont particulièrement vulnérables en raison des modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liées au vieillissement mais aussi à cause de la polymédication dont elles font l'objet, particulièrement dans le domaine de la psychiatrie.

En réponse à cet enjeu de gestion du risque médicamenteux et de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, la mise en place de la conciliation des traitements médicamenteux a montré son efficacité. L'élaboration de la liste exhaustive des médicaments pris par le patient à tout moment du parcours de soins permet d'éviter les ruptures aux différents points de transition. Ce processus de conciliation, centré sur le patient, fait appel à une collaboration pluridisciplinaire des professionnels de santé intervenant dans le parcours de soins.

L'implication du pharmacien, expert du médicament, est primordiale. Il renforce ainsi son rôle de pharmacien clinicien, pivot de la prise en charge médicamenteuse et garant de la sécurité, de la pertinence et de l'efficacité du recours au produit de santé.

L'exercice de la pharmacie clinique s'étend au secteur extrahospitalier et notamment à l'officine. Marquée par une mutation économique de son activité depuis quelques années, la pharmacie de ville entend aujourd'hui participer à de nouvelles missions. Fort de ses atouts de proximité, de disponibilité, de connaissance du patient et des acteurs intervenant pour sa santé, le pharmacien d'officine est idéalement placé pour mener une conciliation médicamenteuse optimale et efficace.

Dans la première partie de ce travail, nous étudierons les particularités liées à personne âgée et à la psychiatrie, de façon à comprendre l'enjeu de la mise en place des activités de pharmacie clinique et notamment de conciliation médicamenteuse au sein de ces populations.

Dans un second temps, les données d'une étude rétrospective appelée ACEPCONCIL et menée au Centre Hospitalier Guillaume Régnier nous permettront de conclure quant à l'apport des professionnels de santé ambulatoires et notamment du pharmacien d'officine dans le processus de conciliation.

A travers la troisième partie, nous discuterons des possibilités de réalisation de la conciliation médicamenteuse en pharmacie d'officine, dans un contexte économique en pleine transformation et riche en revendications.

Finalement, nous aborderons des pistes de réflexion sur les éventuelles méthodes d'optimisation de la pratique de conciliation médicamenteuse, et sur les perspectives et enjeux futurs de développement de cette pratique à l'officine.

PARTIE 1 : GENERALITES

I. LA PERSONNE AGEE

1. Faits actuels sur le vieillissement

a) Définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il convient de retenir le critère d'âge de 60 ans et plus pour définir la personne âgée (1). L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) considère comme âgée une personne de plus de 75 ans, ou de plus de 65 ans en cas de polyopathie (2). Dans la littérature, l'âge de 65 ans est celui le plus fréquemment utilisé pour définir la personne âgée. A travers cet écrit, nous considérerons l'âge de la personne âgée tel que défini par l'ANSM.

b) Aspects démographiques

Au 1er juillet 2017, la population mondiale s'élevait à 7,55 milliards d'habitants contre un peu plus de 2,50 milliards en 1950 et 6,12 milliards en 2000. Les Nations Unies prévoient une poursuite de cette croissance démographique avec plus de 8 milliards d'habitants en 2030 et plus de 9 milliards en 2050. D'autre part, le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus devrait doubler entre 2017 et 2050, passant ainsi de 962 millions à 2,1 milliards à l'horizon 2050 (3). La révolution démographique qui a marqué le XX^{ème} siècle, et qui continuera à marquer le XXI^{ème} siècle si ces tendances actuelles se maintiennent, est donc non seulement caractérisée par un accroissement majeur de la population mondiale, mais également par une augmentation spectaculaire de la proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus.

En France, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) estime qu'une personne sur trois (soit 22,3 millions de personnes) aura 60 ans ou plus à l'horizon 2050, contre un sur cinq (soit 12,6 millions) en 2005 (4). Depuis 1950, et comme indiqué dans le Tableau 1: Evolution de la population de la France métropolitaine de 1950 à 2050 selon l'INSEE ., les personnes âgées de 65 ans ou plus (toutes catégories confondues) constituent la seule catégorie de la population française en constante augmentation, contrairement à la population des moins de 20 ans et à celle en âge de travailler qui ont tendance à diminuer au fil du temps.

Tableau 1: Evolution de la population de la France métropolitaine de 1950 à 2050 selon l'INSEE (4).

Augmentation des plus de 65 ans et diminution des tranches d'âges jeunes et actifs.

Année	Population au 1 ^{er} janvier (en milliers)	Proportion (%) des					Solde naturel (en milliers)	Solde migratoire (en milliers)
		0-19 ans	20-59 ans	60-64 ans	65 ans ou +	75 ans ou +		
1950	41 647	30,1	53,7	4,8	11,4	3,8	+ 327,8	+ 35
1990	56 577	27,8	53,2	5,1	13,9	6,8	+ 236,2	+ 80
2000	58 796	25,6	53,8	4,6	16,0	7,2	+ 243,9	+ 70
2005	60 702	24,9	54,3	4,4	16,4	8,0	+ 243,5	+ 95
2010	62 302	24,3	53,0	6,0	16,7	8,8	+ 199,4	+ 100
2015	63 728	24,0	51,4	6,2	18,4	9,1	+ 163,6	+ 100
2020	64 984	23,7	50,1	6,1	20,1	9,1	+ 135,3	+ 100
2025	66 123	23,1	49,0	6,2	21,7	10,5	+ 119,2	+ 100
2030	67 204	22,6	48,1	6,1	23,2	12,0	+ 111,1	+ 100
2035	68 214	22,2	47,2	6,1	24,5	13,3	+ 81,7	+ 100
2040	69 019	22,1	46,9	5,4	25,6	14,3	+ 27,9	+ 100
2045	69 563	22,0	46,4	5,8	25,8	15,0	- 13,3	+ 100
2050	69 961	21,9	46,2	5,7	26,2	15,6	- 26,4*	+ 100

* Chiffre pour l'année 2049. Les projections s'arrêtent au 1^{er} janvier 2050. Le solde naturel de l'année 2050, différence entre les naissances de 2050 et les décès de cette année, n'est donc pas projeté.

Champ : France métropolitaine.

Source : Insee, situations démographiques et projections de population 2005-2050, scénario central.

Que ce soit au niveau mondial ou à l'échelle de la France, les données démographiques témoignent donc d'un vieillissement de la population, mais qu'elle en est l'origine ?

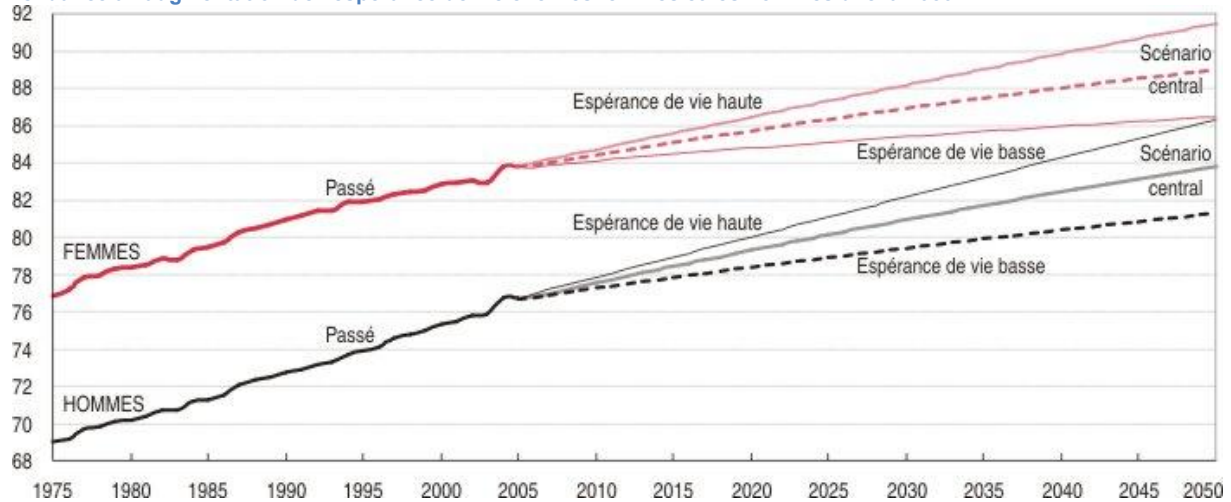
c) Causes du vieillissement

La principale raison du vieillissement de la population repose sur l'allongement de l'espérance de vie (ou nombre moyen d'années de vie des personnes d'une classe d'âge donnée), grâce au développement socio-économique fulgurant des dernières décennies.

En 2016, l'espérance de vie à la naissance s'élevait à 85,4 ans pour les femmes et 79,3 ans pour les hommes (5). Comme schématisé sur le Tableau 2, les prévisions à l'avenir estiment l'espérance de vie à la naissance aux alentours de 89 ans chez la femme et 84 ans chez l'homme en 2050 (4). Cette augmentation est principalement due à une réduction de la mortalité en bas âge.

Tableau 2 : Évolutions passée et future de l'espérance de vie à la naissance des femmes et des hommes entre 2005 et 2050 (4).

Tendance à l'augmentation de l'espérance de vie chez les femmes et les hommes d'ici à 2050



Plus récemment, l'accroissement du taux de survie des personnes âgées a également permis d'augmenter l'espérance de vie des populations. En effet, selon les données 2016 de l'INSEE, les hommes de 60 ans pouvaient espérer vivre encore 23,2 ans en 2016 contre 21,8 ans en 2006. Quant aux femmes, l'espérance de vie à 60 ans est passée de 26,7 à 27,6 ans en 10 ans (5). Des changements de mode de vie, des meilleurs soins de santé, ainsi que des initiatives de santé publique sont autant d'arguments qui expliquent cette progression.

2. Caractéristiques de santé des personnes âgées

a) Le « vieillissement en bonne santé »

L'enjeu de santé publique qui se dégage de cette problématique du vieillissement est de savoir si les personnes âgées vivent plus longtemps en meilleure santé, ou si cette longévité accrue s'accompagne principalement d'une santé précaire.

Le « vieillissement en bonne santé » se définit « comme étant le processus de développement et de maintien des capacités fonctionnelles qui permettent aux personnes âgées de jouir d'un état de bien-être » (6). Bien que souvent utilisée pour décrire un « état positif d'absence de maladie », la notion de « vieillissement en bonne santé » doit être définie comme étant la résultante des multiples interactions entre les capacités intrinsèques physiques et mentales de l'individu et les éléments environnementaux qui l'entourent. Cette relation entre environnement et capacité intrinsèque conditionne alors les aptitudes fonctionnelles de l'individu (6).

La conjugaison des facteurs génétiques et environnementaux et leurs interactions rendent compte du caractère extraordinairement hétérogène du vieillissement. Il se manifeste donc différemment selon les individus.

Les travaux de Rowe et Khan (7) ont permis de définir trois modes évolutifs du vieillissement. Le vieillissement « réussi » concerne 12 à 58% de la population âgée et se caractérise par un maintien des capacités fonctionnelles, l'absence de pathologies, un sentiment de bien-être physiologique, de bonheur et de qualité de vie (8). Le vieillissement « usuel » ou « habituel » est caractérisé par des modifications physiologiques liées à l'âge, auxquelles s'ajoutent les effets des pathologies intercurrentes. Enfin, le vieillissement « pathologique » correspond à l'apparition de morbidités (dépression, démence, troubles de la locomotion, affections cardiovasculaires, ...) qui peuvent altérer l'état de santé des individus et donc favoriser l'émergence de pathologies aiguës et/ou chroniques et donc un état de multimorbidité (présence de multiples pathologies à un même moment de vie du malade).

b) Concept de fragilité

La fragilité est une caractéristique de santé fréquente chez les personnes âgées. La prévalence de la fragilité augmente avec l'âge. Une vaste étude européenne a estimé la prévalence de la fragilité entre l'âge de 50 ans et de 64 ans à 4,1 %, passant à 17 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus (6). Cependant, elle n'apparaît pas de manière systématique lors du vieillissement, la fragilité ne constitue qu'une des composantes des risques liés au processus de vieillissement (9).

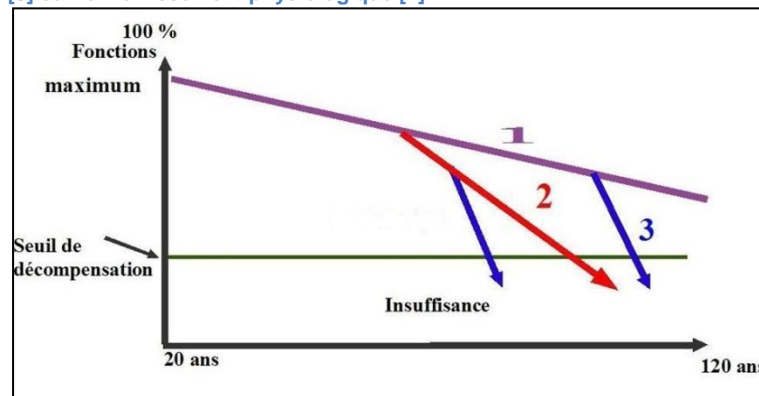
Le concept de fragilité peut se concevoir comme un vieillissement intermédiaire entre le vieillissement habituel et le vieillissement pathologique. La fragilité se définit, sur le plan biologique, comme étant la conséquence de la déficience progressive des systèmes physiologiques, c'est-à-dire d'une diminution des réserves physiologiques, avec l'âge.

Selon Karunanathan *et al.* (10) « la fragilité consiste en une diminution de l'homéostasie et de la résistance face au stress qui augmente la vulnérabilité d'une personne lors d'un stress et l'expose au risque d'évolution défavorable et d'effets néfastes sur la santé ». En d'autres termes, le déclin progressif des capacités intrinsèques et fonctionnelles de l'individu favorise une diminution des aptitudes à faire face aux situations d'agression ainsi que l'apparition ou le renforcement de situations pathologiques. S'en suit une dégradation de l'état de santé avec morbidité accrue, on parle de décompensation fonctionnelle.

Le modèle « 1+2+3 » de J.P. Bouchon (11) ([Figure 1](#)) rend ainsi compte du concept de décompensation fonctionnelle. Les effets propres au vieillissement réduisent progressivement les aptitudes fonctionnelles sans jamais n'entraîner d'insuffisance à eux seuls. Les affections chroniques viennent s'ajouter à ce vieillissement physiologique et provoquent une altération des fonctions de l'organisme. Enfin, un ou plusieurs facteur(s) de décompensation peuvent survenir et aboutir à une situation d'insuffisance dès lors que le seuil de décompensation est franchi. Le phénomène de pathologies en cascade est très particulier à la gériatrie et constitue un cercle vicieux où les éléments pathologiques retentissent les uns sur les autres et s'aggravent réciproquement.

Figure 1 : 1+2+3 en gériatrie d'après J.P. Bouchon.

Décompensation fonctionnelle par cumul des effets des pathologies chroniques [2] et des facteurs de décompensation [3] sur le vieillissement physiologique [1].



Plusieurs facteurs de décompensation peuvent être responsables de cette décompensation, notamment le stress psychologique, les pathologies aiguës, mais aussi les pathologies iatrogènes.

3. Pathologies iatrogènes de la personne âgée

a) Définitions

Il convient d'expliciter plusieurs notions relatives à la iatrogénie, dont les définitions de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) sont disponibles dans le dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse (12).

On définit comme iatrogène toute conséquence indésirable ou négative sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqué ou prescrit par un professionnel de santé habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé.

L'iatrogénie médicamenteuse correspond, selon l'OMS, à « toute réponse néfaste et non recherchée à un médicament survenant à des doses utilisées chez l'homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic et de traitement ».

L'évènement indésirable médicamenteux (EIM) correspond à « un dommage survenant chez le patient, lié à sa prise en charge médicamenteuse et résultant de soins appropriés, de soins inadaptés ou d'un déficit de soins. L'EIM peut se traduire par l'aggravation d'une pathologie existante, l'absence d'amélioration attendue de l'état de santé, la survenue d'une pathologie nouvelle ou prévenue, l'altération d'une fonction de l'organisme, une réaction nocive due à la prise d'un médicament. »

Ces EIM sont de deux types :

- L'EIM non évitable :

Il correspond aux effets indésirables liés à l'utilisation normale des médicaments. Les effets indésirables sont connus et prévisibles puisque liés aux caractéristiques pharmacologique du produit.

Un effet indésirable médicamenteux est une « réaction nocive et non voulue à un médicament, se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'homme, pour la prophylaxie, le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou pour la restauration, la correction ou la modification d'une fonction physiologique ». Une définition française apporte également la notion de « résultat d'un mésusage du médicament ou produit ».

Un effet indésirable grave correspond à « un effet indésirable létal, ou susceptible de mettre la vie en danger, ou entraînant une invalidité ou une incapacité importantes ou durables, ou provoquant ou prolongeant une hospitalisation, ou se manifestant par une anomalie ou une malformation congénitale ».

- L'EIM évitable :

Il est dû à une erreur médicamenteuse (EM), qui se définit comme « l'écart par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge médicamenteuse du patient ». Elle correspond « à l'omission ou la réalisation non intentionnelles d'un acte relatif à un médicament » et peut être à l'origine « d'un risque ou d'un évènement indésirable pour le patient ». L'EM peut survenir aux différentes étapes du circuit du médicament : prescription, dispensation, préparation, délivrance, administration et suivi thérapeutique.

L'erreur médicamenteuse peut-être potentielle si elle est détectée et interceptée par un professionnel de santé, un patient ou son entourage avant l'administration du médicament au patient ; ou avérée dès lors qu'elle s'est effectivement produite et est parvenue jusqu'au patient sans avoir été interceptée.

Les dysfonctionnements dans le circuit du médicament (omission ou erreur de médicament, erreur de dose ou de concentration, erreur de voie d'administration...) sont sources d'EM évitables.

b) La iatrogénie en chiffres

En France, les deux Enquêtes Nationales sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins de 2004 et 2009 (ENEIS 1, ENEIS 2) (13) ont étudié l'incidence des Evènements Indésirables Graves (EIG) associés aux soins. Ils correspondent aux « atteintes cliniques et paracliniques non souhaitées et associées à la mise en œuvre de soins ». Deux types d'EIG ont été distingués : les EIG survenant pendant l'hospitalisation, et les EIG responsables d'hospitalisations. Plusieurs données intéressantes se dégagent des résultats de ces études.

En 2004 l'âge moyen des patients qui ont subi un EIG est de 62,2 ans, et de 67,8 ans en 2009. Après 60 ans, la proportion de patients avec EIG est supérieure à la population de patients sans EIG.

En ce qui concerne les EIG causes d'hospitalisation, ils représentent 42,8% des EIG totaux en 2009 (56,3% évitables) contre 43,3% en 2004 (44,1% évitables). En 2004, le médicament est responsable de 37,4% des EIG causes d'hospitalisation (43,0% évitables). En 2009, 41,9% des EIG causes d'hospitalisation sont dus au médicament (43,3% évitables). Le médicament se place ainsi à la première place des causes d'EIG responsables d'hospitalisation. Une autre étude française de 2002 (14) mettra principalement en cause les psychotropes (31,2% des cas) et les médicaments de la sphère cardio-vasculaire (46,7% des cas) dans la survenue des évènements indésirables imputables aux médicaments.

Le facteur contributif principal à l'apparition de ces EIG causes d'hospitalisation est dans 80% des cas la fragilité du patient.

Les conséquences des EIG causes d'hospitalisation sont nombreuses. Sur un plan économique, les EIG responsables d'hospitalisation engendrent un allongement de la durée de séjour, et donc une augmentation des dépenses de santé. Les coûts humains sont également importants puisque dans la plupart des cas d'EIG, ils sont à l'origine d'une mise en jeu du pronostic vital, d'une invalidité ou même d'un décès. En effet, selon une méta-analyse menée aux Etats-Unis en 1998 (15), les décès liés à des EIM représenteraient la quatrième cause de décès après les maladies cardio-vasculaires, les cancers et les accidents vasculaires cérébraux.

Ces données épidémiologiques permettent donc de conclure quant à la vulnérabilité des personnes âgées vis-à-vis de la survenue d'EIG, et à la place prépondérante du médicament dans la iatrogénèse de ces EIG associés aux soins. Reste à s'interroger sur la combinaison des deux notions : quels sont les facteurs responsables d'une iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée ?

c) Déterminants de la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée

i. Modifications pharmacodynamiques et pharmacocinétiques liées à l'âge

Les modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques inhérentes au processus de vieillissement expliquent en partie l'incidence plus élevée de la iatrogénie chez la personne âgée.

Toutes les étapes de la pharmacocinétique des médicaments sont modifiées par le vieillissement (16). L'ensemble des modifications pharmacocinétiques peuvent être synthétisées dans le Tableau 3 : Modifications pharmacocinétiques avec l'âge et leurs conséquences, d'après Mangerel *et al.* .

L'absorption orale des médicaments chez la personne âgée est peu modifiée par rapport à celle de l'adulte. On observe tout de même une diminution de la motilité-gastro-intestinale, de la vitesse de vidange gastrique et du débit sanguin au cours du vieillissement, pouvant aboutir à une modification de la biodisponibilité de certains médicaments (par exemple, le clorazepate). D'autre part, l'augmentation du pH gastrique modifie la dissolution, la solubilité et l'ionisation de certaines formes galéniques. D'autres voies d'administration (intramusculaire, sous-cutanée et transdermique), bien que moins étudiées, semblent être concernées par une diminution de la perfusion régionale, d'où une diminution de la résorption des médicaments. En pratique, les changements pharmacocinétiques se situent plutôt au niveau de la vitesse d'absorption, avec un Tmax (ou temps pour atteindre la concentration maximale) allongé, plutôt que de la quantité absorbée.

Des modifications significatives de la composition corporelle apparaissent avec l'âge. On note une diminution de la masse musculaire et de la masse hydrique, provoquant une diminution du volume de distribution des molécules hydrosolubles telles que le lithium ; au profit de la masse grasse, d'où une meilleure distribution des molécules liposolubles comme les antidépresseurs tricycliques ou les benzodiazépines. En parallèle, la diminution de synthèse hépatique de l'albumine provoque une augmentation de la fraction libre active de certaines molécules très liées aux protéines plasmatiques telles que les anti-inflammatoires

non stéroïdiens. L'impact de cette modification de liaison aux protéines plasmatiques est particulièrement important pour des médicaments à index thérapeutique étroit comme les anti-vitamine K.

Le métabolisme des médicaments peut être influencé par toutes les modifications physiologiques hépatiques qui surviennent au cours du vieillissement : diminution de la masse et du flux sanguin hépatique, ainsi que de l'activité enzymatique (notamment des enzymes de phase I ou cytochromes P450). Les conséquences sont contrastées suivant les molécules et leur clairance hépatique intrinsèque mais peuvent justifier une adaptation posologique pour éviter une éventuelle toxicité.

Au niveau rénal, la diminution du flux sanguin, de la filtration glomérulaire, de la fonction tubulaire et de la capacité de réabsorption, perturbe l'excrétion des molécules et augmentent ainsi leur demi-vie, avec un risque d'accumulation et donc de toxicité. L'enjeu est alors d'estimer l'état fonctionnel rénal par le calcul de la clairance de la créatinine de façon à pouvoir réaliser les ajustements posologiques nécessaires, d'autant plus importants que l'index thérapeutique de la molécule est étroit (digoxine, lithium)

Tableau 3 : Modifications pharmacocinétiques avec l'âge et leurs conséquences, d'après Mangerel et al. (16).

L'ensemble des étapes de la pharmacocinétique est modifié par le vieillissement.

Étapes	Modifications avec l'âge	Conséquences	Exemples de molécules
Absorption orale	↗ pH gastrique	Modification de la dissolution, solubilité, et ionisation des formes galéniques	Molécules basiques, cimétidine, clorazépate, L-dopa
	↘ surface de la muqueuse digestive, vidange gastrique, motilité sanguine et débit sanguin	↘ biodisponibilité orale	Nifédipine, propranolol, calcium, fer, vitamines
		↗ vitesse d'absorption et T _{max}	Digoxine, chlordiazépoxyde, nitrazépam, gabapentine
Absorption IM, SC, transdermique	↘ perfusion régionale des tissus	↘ résorption	
Distribution	↗ masse grasse ↘ masse maigre	↗ V _d et t _{1/2} vie des molécules liposolubles	Antidépresseurs tricycliques, amiodarone, benzodiazépine, prazosine, teicoplanine, thiopental, verapamil
	↘ eau totale	↘ V _d et t _{1/2} vie des molécules hydrosolubles	Aspirine, cimétidine, curare, digoxine, famotidine, gentamicine, lithium, morphine, paracétamol, phénytoïne, quinine, sotalol, théophylline
	↘ albuminémie	↗ fraction libre	Amiodarone, antiépileptiques, Anti-inflammatoires Non Stéroïdiens, antivitamin K, diazépam, digoxine, hormones thyroïdiennes, phénytoïne, sulfamides
	↘ débit cardiaque	↗ délai d'action	Induction d'anesthésie
Métabolisme hépatique	↘ pouvoir de métabolisation	Saturation des voies de métabolisation	Propranolol, lidocaïne, métoprolol
	↘ activité enzymatique	↘ réaction de phase I	Carbamazépine, phénytoïne, tiagabine, acide valproïque
Élimination	↘ flux sanguin ↘ filtration glomérulaire ↘ fonction tubulaire ↘ capacité de résorption	↗ t _{1/2} vie des médicaments ou métabolites actifs éliminés à plus de 60% par voie urinaire	Anti-inflammatoires Non Stéroïdiens, digoxine, aminoside, lithium, morphine, inhibiteurs d'enzyme de conversion, héparines de bas poids moléculaire...

V_d : Volume de distribution – t_{1/2} : demi-vie – T_{max} : temps maximal – IM : intra-musculaire – SC : sous-cutané

Le vieillissement physiologique s'accompagne également de modifications pharmacodynamiques. Les données relatives à ces changements sont malgré tout incomplètes et variables en fonction des médicaments.

La pharmacodynamie des médicaments dépend du nombre et de l'affinité des récepteurs, des mécanismes de transduction du signal et de la réponse cellulaire. Chacune de ces étapes peuvent être modifiées avec l'âge et les effets engendrés par les médicaments peuvent donc être diminués ou majorés par rapport aux individus plus jeunes.

D'autre part, les modifications de l'homéostasie qui apparaissent lors du processus de vieillissement entraînent une modification de la réponse à certaines molécules. Par exemple, le vieillissement du système nerveux central contribue à majorer la sensibilité aux psychotropes et donc le risque confusionnel (16). En effet, une diminution de la densité de certains récepteurs, une diminution du flux sanguin cérébral et une modification de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique augmenteraient la durée d'exposition du tissu cérébral aux psychotropes.

Par conséquent, l'utilisation de médicaments sans tenir compte des spécificités pharmacocinétiques et pharmacodynamiques de la personne âgée peut être source d'effets indésirables et engendrer finalement une dégradation de l'état de santé avec l'apparition de pathologies iatrogènes.

ii. Polypathologie et polymédication

L'apparition de pathologies iatrogènes est également favorisée par le phénomène de pathologies en cascade sur un terrain plus ou moins fragilisé. La polypathologie et la polymorbidité impliquent une prise en charge médicamenteuse complexe caractérisée par une polymédication, se traduisant en pratique par la rédaction d'une prescription « à rallonge » dans bien des cas.

Une enquête réalisée en 2015 par l'Institut français des séniors pour le LEEM (Les Entreprises du Médicament) montre que 86% des plus de 75 ans interrogés (contre 71% des plus de 50ans) prennent quotidiennement un ou plusieurs médicaments, en moyenne 4 par jour (contre 3,2 chez les plus de 50 ans) (17). Selon la cohorte PAQUID de 1996 (18), 40% des plus de 75 ans vivant à domicile prenaient au moins 5 médicaments par jour. Selon la HAS, 67% des personnes âgées de 65 ans et plus ont acquis au moins un produit pharmaceutique en un mois (contre 35% chez les moins de 65 ans), et la consommation atteint 3,6 médicaments journaliers en moyenne (19). Plus récemment, une étude OpenHealth pour 60 Millions de Consommateurs a observé la prescription médicamenteuse

chez la personne âgée. Plus de 150 000 personnes de plus de 65 ans sur les 449 000 retenus de l'étude (20) se trouvaient en situation de polymédication avérée (avec au moins 7 médicaments différents sur 3 mois consécutifs).

La polymédication est également favorisée par la multiplicité des prescripteurs (médecin traitant, médecin(s) spécialiste(s) de ville et à l'hôpital) et la tendance à la médecine basée sur les symptômes sans approche globale de la pathologie.

La prise excessive de médicaments est un des facteurs favorisant de l'apparition d'évènements indésirables médicamenteux. En effet, la fréquence des EIM augmente de façon exponentielle avec le nombre de médicaments consommés : un effet indésirable apparaît chez 4% des patients prenant moins de 5 médicaments par jour, chez 10% des patients prenant 6 à 10 médicaments par jour, chez 28% des patients prenant 11 à 15 médicaments par jour et chez 54% des patients prenant plus de 16 médicaments par jour (21).

Ainsi, le nombre de médicaments prescrits est directement lié au nombre de pathologies et donc à l'âge. De même, la iatrogénie médicamenteuse augmente avec le nombre de médicaments prescrits.

iii. Médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée

Les personnes âgées polymédiquées sont donc à risque de iatrogénie médicamenteuse. Les modifications physiologiques et pathologiques survenant au fur et à mesure du vieillissement rendent les personnes âgées plus sensibles à l'action des médicaments et à leurs potentiels effets indésirables. La qualité de la prescription médicamenteuse est donc indispensable pour garantir la sécurité du patient.

Certains médicaments dit « potentiellement inappropriés » sont fréquemment retrouvés sur les prescriptions des personnes âgées. Les Médicaments Potentiellement Inappropriés (MPI) sont des médicaments dont le rapport bénéfice/risque est généralement défavorable par rapport à d'autres solutions thérapeutiques, soit en raison d'une efficacité douteuse, soit en raison d'une toxicité accrue chez la personne âgée.

Par exemple, le rapport bénéfice/risque des antidépresseurs imipraminiques tels que la clomipramine est généralement défavorable en raison des effets cholinergiques et cardiaques qu'ils induisent. Ils sont donc jugés potentiellement inappropriés chez la personne âgée malgré une meilleure efficacité dans certaines formes de dépression. En première intention, on leur préférera les Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline ou les Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine.

Certaines molécules peuvent avoir une efficacité discutable en plus d'un rapport bénéfique/risque défavorable : c'est le cas des benzodiazépines dont l'augmentation de la dose journalière au-delà de la demi-dose attribuée à l'adulte n'augmente pas leur efficacité mais majore le risque d'effets indésirables.

Plusieurs listes de MPI ont été élaborées à l'international. En France, la Liste de Laroche (22; 23), reprend l'ensemble de ces MPI et doit servir en pratique courante non seulement à guider la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé mais aussi à évaluer la qualité des prescriptions déjà établies. Potentiellement, la réduction de la polymédication et de la iatrogénie médicamenteuse passe par la non-prescription des MPI. Cependant, ces listes ont été validées par des méthodes non cliniques et leur efficacité en termes de morbi-mortalité n'a jamais été évaluée.

4. Particularités de la gérontopsychiatrie

En France, le recours aux médicaments psychotropes s'est banalisé au cours du temps, en faisant de notre pays l'un des plus consommateurs en Europe. La consommation des psychotropes croît avec l'âge en raison d'une augmentation des pathologies psychiatriques au cours du vieillissement : on estime qu'une personne sur deux âgée de 75 ans ou plus consomme des psychotropes, toutes classes thérapeutiques confondues (hypnotiques, anxiolytiques, neuroleptiques, antidépresseurs) (24).

Comme en atteste la liste de Laroche (25), une bonne partie des psychotropes font partie de la liste des MPI. Les antidépresseurs imipraminiques, les neuroleptiques phénothiaziniques, les hypnotiques à propriétés anticholinergiques ainsi que les benzodiazépines et apparentés sont autant de classes thérapeutiques dont le rapport bénéfique/risque a été jugé généralement défavorable chez la personne âgée. En effet, plusieurs études ont permis de démontrer la responsabilité des psychotropes dans l'apparition de pathologies iatrogènes telles que les chutes (26), les fractures (27), ou les syndromes confusionnels (28) et nécessitant une hospitalisation.

Les personnes âgées souffrant de pathologies psychiatriques sont donc particulièrement sensibles au risque de iatrogénie médicamenteuse aux vues de la consommation de psychotropes. Il convient donc de rationaliser la prescription des psychotropes chez le sujet âgé et de promouvoir le bon usage des médicaments.

En conclusion, les personnes âgées de 65 ans ou plus sont particulièrement sensibles à la iatrogénie médicamenteuse, notamment dans le domaine de la psychiatrie. Les systèmes de

santé doivent aujourd'hui s'adapter à la problématique du vieillissement en bonne santé, notamment en prévenant les pathologies iatrogènes. En effet, comme le précise le rapport mondial sur le vieillissement et la santé, « une transformation des systèmes de santé s'éloignant des modèles curatifs basés sur la maladie » sera nécessaire « pour préconiser la prestation de soins intégrés et centrés sur la personne âgée » (6). C'est dans un souci de réalisation de cet objectif que les activités de pharmacie clinique se sont développées.

II. LA PHARMACIE CLINIQUE : DES ORIGINES AUX PERSPECTIVES FUTURES

1. Naissance de la pharmacie clinique

Apparue dans les années 1960 aux Etats-Unis en raison d'une mauvaise gestion thérapeutique médicamenteuse, la pharmacie clinique est née de la volonté des médecins américains de faire face aux procès auxquels ils étaient confrontés. En effet, de nombreux cas d'erreurs thérapeutiques ont amené le corps médical à demander l'aide des pharmaciens comme collaborateurs dans la mise en place de la stratégie thérapeutique médicamenteuse, afin de vérifier :

- L'adéquation de la stratégie thérapeutique avec l'état physiopathologique du patient
- L'absence de problèmes liés à cette stratégie
- L'efficacité des traitements en termes de rapport coût/efficacité et bénéfices/risques (29).

Dès lors, la pratique s'est répandue au Québec dans les années 1980, et les pharmaciens se sont vus confier de nouvelles responsabilités en tant que « conseillers d'usage et consultants auprès des professionnels de santé quant à l'utilisation sûre et efficace des médicaments » (30). Aujourd'hui les droits des pharmaciens du Québec ont beaucoup évolués. Depuis 2011, ils peuvent prescrire des analyses de laboratoire mais aussi ajuster les ordonnances des médecins (en termes de posologie ou de dosage) afin de s'assurer de la sécurité et de l'efficacité de la thérapie. Ils peuvent également substituer un médicament en cas de rupture d'approvisionnement. Afin d'éviter une interruption de traitement, les pharmaciens peuvent prolonger l'ordonnance d'un médecin pour une durée limitée. Ils ont également la possibilité de prescrire des médicaments lorsqu'aucun diagnostic n'est requis ou même pour certains problèmes de santé courants et facilement reconnaissables et traitables, ayant déjà fait l'objet d'un diagnostic et d'une ordonnance médicale dans le passé (31).

En France, la pharmacie clinique se développe grâce à la formation universitaire qui a su s'inspirer des nouvelles pratiques outre-Atlantique, mais aussi grâce à la création de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC). Cette association a aujourd'hui pour objet « l'exercice et la promotion de la Pharmacie Clinique par tous les moyens de formation et d'information, notamment au moyen de publications et de manifestations scientifiques et internationales » (32).

2. Des « soins pharmaceutiques » à la pharmacie clinique

Du grec « klinos » qui signifie « le lit », la pharmacie clinique se traduit littéralement par l'exercice de « la pharmacie au lit du malade ». Cette notion se prolonge par l'introduction du concept québécois de « pharmaceutical care » (littéralement, « soins pharmaceutiques » en français) défini par Hepler et Strand dans les années 90 comme étant « l'engagement du pharmacien à assumer envers son patient, la responsabilité de l'atteinte clinique des objectifs préventifs, curatifs ou palliatifs de la pharmacothérapie mise en place et décidée par le médecin » (33). Cette terminologie de « soins pharmaceutiques » correspond donc à une pratique de la pharmacie axée sur le patient. Le pharmacien clinicien se doit donc d'assurer une prise en charge pharmaceutique globale et optimale centrée sur le patient, et non pas sur le produit, c'est-à-dire en ne se limitant pas exclusivement à ses connaissances sur le médicament. En ce sens, il se doit de collaborer en interdisciplinarité, avec le corps médical qui diagnostique les pathologies et définit une stratégie thérapeutique, et le corps infirmier qui prodigue les soins au malade.

A l'échelle française, la SFPC définit la pharmacie clinique comme « une discipline de santé centrée sur le patient dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique, à chaque étape du parcours de soins ». Elle rajoute que les « actes de pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, la pertinence et à l'efficacité du recours au produit de santé ». L'exercice de la pharmacie clinique par le pharmacien se fait « en collaboration avec les autres professionnels impliqués, le patient et ses aidants » (34).

L'American College of Clinical Pharmacy (ACCP) définit la pharmacie clinique comme étant un domaine de la pharmacie qui s'intéresse à l'utilisation rationnelle des médicaments (35). L'ACCP met en avant trois grands principes inhérents à la pharmacie clinique :

- La place centrale du patient dans les pratiques de pharmacie clinique ;
- Le rôle du pharmacien clinicien dans l'optimisation des traitements médicamenteux, la prévention des maladies et la promotion de la santé et du bien-être des patients, grâce à leur connaissance approfondie des médicaments et leur compréhension des sciences biomédicales, pharmaceutiques, socio-comportementales et cliniques ;

- La nécessité du pharmacien clinicien dans le système de soins.

La définition européenne de l'European Society of Clinical Pharmacy (ESCP) appuie celle des américains sur le rôle du pharmacien clinicien dans le développement et la promotion d'une utilisation rationnelle et appropriée des médicaments (et des dispositifs médicaux). Sa particularité est d'insister sur l'extériorisation de l'exercice de la pharmacie clinique au-delà du milieu hospitalier, et notamment en pharmacie d'officine. (36)

La pharmacie clinique est donc un domaine de la pharmacie, pouvant être exercé par tout pharmacien, en relation étroite avec les autres professionnels de santé, et consistant en l'optimisation de la prise en charge médicamenteuse aux différentes étapes du parcours de soin, avec pour objectif final de promouvoir la santé des patients.

3. L'exercice de la pharmacie clinique

Le pharmacien clinicien intervient à plusieurs étapes de la prise en charge médicamenteuse du patient. De part ses connaissances pharmacologiques, pharmacocinétiques, galéniques et pharmaco-thérapeutiques des médicaments, il intervient aux côtés du médecin prescripteur pour aider à préciser la stratégie thérapeutique aux vues des objectifs thérapeutiques à atteindre, tout en incluant dans le choix des médicaments une évaluation des rapports bénéfices/risques et coût/efficacité.

A l'hôpital, il peut faire partie intégrante des services cliniques et participer aux réunions de concertation pluridisciplinaire. Il joue un rôle important dans le processus de conciliation des traitements médicamenteux à l'entrée et à la sortie du patient. Cette mission consiste en la réalisation de l'anamnèse médicamenteuse à l'admission du patient et permet une véritable continuité dans la prise en charge tout en diminuant le risque iatrogène aux points de transition du parcours de soins.

Une fois la prescription médicale établie, il vérifie d'autre part sa conformité aux référentiels scientifiques en vigueur et assure une analyse pharmaceutique de l'ordonnance. Point clé de l'activité du pharmacien, cette analyse comprend la détection des contre-indications et des interactions médicamenteuses ainsi que la validation des posologies et des rythmes d'administrations. Le cas échéant, la rédaction d'une opinion pharmaceutique peut-être proposée par le pharmacien. Il s'agit d' « un avis motivé, dressé sous l'autorité d'un pharmacien, portant sur la pertinence pharmaceutique d'une ordonnance, d'un test ou d'une demande du patient, [consigné dans l'officine], et impérativement communiqué sur un document normalisé au prescripteur lorsqu'il invite à la révision, ou lorsqu'il justifie le refus ou la modification d'office de sa prescription ». A la fin de cette analyse, le pharmacien

clinicien propose un plan de prises ou un plan d'administration, en fonction des médicaments prescrits et du rythme de vie du patient.

Dans la « vraie vie » du médicament, c'est-à-dire une fois le médicament administré au patient, le pharmacien clinicien se doit de surveiller et de détecter l'apparition d'effets indésirables et, le cas échéant, de les notifier au centre régional de pharmacovigilance dont il dépend. D'autre part, il participe à l'éducation thérapeutique du patient en vérifiant la bonne compréhension du traitement et en l'informant des conseils de bon usage du médicament. Il insiste également sur l'importance de l'observance du traitement prescrit, tout ceci permettant de limiter l'apparition d'effets indésirables.

Plus globalement, le pharmacien clinicien est en charge de la participation à la rédaction de protocoles thérapeutiques médicamenteux et de la diffusion d'informations et de conseils de bon usage sur les thérapeutiques disponibles, et ce à l'ensemble des professionnels de santé qui l'entourent.

A ce jour, la SFPC (34) met l'accent sur certaines de ces activités :

- L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance et sa validation ;
- Les conseils de bon usage du médicament et des produits de santé ;
- Les entretiens pharmaceutiques ;
- La conciliation médicamenteuse ;
- L'élaboration d'un plan de prise.

Chacune de ces activités trouvent une place dans le modèle de pharmacie clinique 2017 de la SFPC (Annexe 1). Celui-ci s'échelonne en trois axes principaux:

1. La dispensation des médicaments et dispositifs médicaux ;
2. L'élaboration du bilan de médication ;
3. La proposition d'un Plan Pharmaceutique Personnalisé (PPP).

La HAS définit le bilan de médication comme « une analyse critique structurée des médicaments du patient dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement, en ayant soin d'optimiser l'impact clinique des médicaments, de réduire le nombre de problèmes liés à la thérapeutique et de diminuer les surcoûts inutiles ». L'élaboration de ce bilan de médication permet d'identifier les patients ou situations cliniques à risque et de proposer un plan pharmaceutique personnalisé le cas échéant.

Le plan pharmaceutique personnalisé consisterait alors en une synthèse écrite par le pharmacien clinicien de propositions adressées à l'équipe de soins sur un ou plusieurs éléments identifiés.

Toutes ces activités sont encore en cours de développement en France et on voit bien que leur place est encore à trouver dans la pratique. Beaucoup d'activités sont rattachées à la clinique sans être par exemple « au lit du malade » (par exemple, la préparation des doses à administrer). La modification actuelle de l'exercice de la pharmacie impose de repenser les classifications de nos activités, et la case « pharmacie clinique » se replie rapidement. Mais, parmi les nombreuses activités citées, quelles sont celles qui feront demain la pharmacie clinique ? Il existe un double enjeu, de collaboration avec le corps médical d'une part (qui pour le moment semble un peu absent des études et projets, et de la promotion de la pharmacie clinique, et finalement quelles sont leurs attentes ?) et d'évaluation clinique (et non pas médico-économique ou en terme de qualité) des interventions du pharmacien.

Finalement, toutes ses actions de pharmacie clinique réunies, les objectifs sont d'optimiser la prise en charge thérapeutique mais également la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse.

4. Importance dans la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse

La pertinence de la pharmacie clinique a été démontrée par plusieurs études. La participation du pharmacien clinicien aux visites de service permet de diminuer la survenue d'évènements iatrogènes indésirables (37). L'efficacité des interventions pharmaceutiques dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse a également été démontrée. Les interventions pharmaceutiques ont également permis de fédérer les médecins et d'obtenir leur adhésion aux pratiques de pharmacie clinique (38).

Sur un plan économique, les activités de pharmacie clinique permettent de réduire les dépenses liées au médicament. En 2005, une étude réalisée dans le service de chirurgie digestive de l'Hôpital Saint-Antoine à Paris, a montré que les interventions pharmaceutiques diminuaient en grande partie les dépenses médicamenteuses. La réduction des coûts réalisée par les interventions du pharmacien s'estime à 4 973 €. Chaque euro investi dans un salaire de pharmacien affecté à l'intervention pharmaceutique permet une économie de 1.19€ à 2.31€ dans les dépenses liées au médicament (39). Au Canada, l'étude menée par Neville *et al.*, a montré que l'intégration du pharmacien à un service de chirurgie permet d'économiser 7 dollars par dollar investi dans le salaire du pharmacien (40).

La réduction des coûts de séjour est également un argument en faveur de la pertinence des activités de pharmacie clinique. Elles permettent également une diminution du nombre de réadmissions (38).

Ainsi, l'implication du pharmacien clinicien permet une diminution de la morbi-mortalité liée à la iatrogénie médicamenteuse et donc une sécurisation de sa prise en charge tout en garantissant la maîtrise des dépenses de santé.

5. Lien Ville-Hôpital

Le parcours de soins peut se définir comme un ensemble d'étapes que le patient va suivre tout au long de la trajectoire déterminée par sa maladie et par la spécificité de sa situation (41). Les points de transition au sein du parcours de soins (entrée, sortie, transfert) du patient sont autant de points faibles dans la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient. En effet, selon Dornan *et al.* (42), le risque d'erreur médicamenteuse est plus important au moment de l'admission que pendant l'hospitalisation en elle-même.

L'exercice de la pharmacie clinique se réalise à l'hôpital mais également en ambulatoire. La communication entre professionnels de santé (entre pharmaciens, entre médecins, et surtout entre médecins et pharmaciens) de ces deux secteurs est primordiale. L'inter-professionnalité et le décloisonnement ville-hôpital participent à une réduction des erreurs médicamenteuses notamment par l'établissement de l'historique médicamenteux à l'admission du patient dans le service hospitalier à l'aide du pharmacien : c'est la conciliation médicamenteuse.

III. LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

1. Origine de la conciliation médicamenteuse

Mis en place en 2006 par l'Agence mondiale pour la sécurité du patient de l'OMS, le projet High 5s s'inscrit dans une véritable volonté de garantir la sécurité des patients dans le monde par la prévention des accidents évitables à l'hôpital grâce à des solutions standardisées. Ce projet a pour objectifs de réduire de manière significative, soutenue et mesurable la fréquence de cinq problèmes de sécurité majeurs pour le patient, et notamment la sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins. A cette problématique, la solution de la « réconciliation médicamenteuse » ou MEDREC a été apportée et mise en place de 2007 à 2009 dans cinq pays dont la France, mais aussi l'Australie, les Pays-Bas, l'Allemagne et les Etats-Unis.

En France, le projet High 5s, coordonné par la HAS et l'OMEDIT Aquitaine, a été déployé dans neuf établissements de santé (CHU de Bordeaux, Nîmes, Strasbourg, Grenoble et Paris Nord Val de Seine ; CH de Compiègne-Noyon, Lunéville, Saint-Marcellin ; Clinique de Moutier-Rozeille) entre 2010 et 2013.

2. Définition, intérêt et objectif

Les établissements de santé français participant à ce projet High 5s ont proposé une définition de la Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM) comme étant « 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 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. » (43). Cette définition, validée par la HAS, tient lieu de référence dans la pratique française.

Les points de transition du parcours de soins tels que l'admission (en urgence ou programmée), les transferts et la sortie du patient sont autant de points faibles dans la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient. En effet, plusieurs études montrent que les erreurs médicamenteuses surviennent majoritairement aux différents points de transition. L'étude EQUIP de Dornan *et al.* (42) estime le risque d'erreur de prescription lors de la phase d'admission augmenté de 70% par rapport à la phase d'hospitalisation. Selon Wong *et al.* (44), 71% des patients présentaient sur la prescription de sortie une erreur médicamenteuse. Enfin, Lee *et al.* (45) ont montré que 62% des patients présentent au moins une erreur médicamenteuse lors d'un transfert, et l'erreur la plus fréquente (55,6% des cas) est l'oubli d'un médicament. Aux vues de ces résultats, le renforcement des différents points de transition du système de santé paraît donc indispensable pour garantir la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des patients.

L'une des réponses apportée à cette problématique est la conciliation médicamenteuse. Elle permet, lors de l'admission, des transferts et de la sortie du patient, de véhiculer les informations sûres, précises et exhaustives concernant son traitement. Ainsi, la conciliation médicamenteuse prévient l'apparition des erreurs médicamenteuses liées à une information incomplète ou à une mauvaise communication des différents professionnels de santé intervenant aux différentes étapes du parcours de soin du malade. Cette démarche vise à s'assurer de la cohérence des prescriptions à l'interface ville-hôpital de façon à sécuriser la prise en charge médicamenteuse et à assurer la continuité des soins.

La SFPC (46) attribue également des objectifs économiques à la conciliation médicamenteuse. Elle permet de « contribuer à la maîtrise des dépenses de santé par la diminution des coûts de prise en charge des événements indésirables médicamenteux qui sont associés à la mise en œuvre de traitements correcteurs et/ou à la réhospitalisation non programmée des patients ».

3. Réalisation : Le SOP Med'Rec

a) Définition

La mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux dans les établissements de santé s'appuie sur une pratique standardisée ou SOP Med'Rec pour « Standard Operating Protocol Medication Reconciliation ». Ce protocole décrit un ensemble d'instructions facilitant la mise en application d'un processus standardisé de conciliation médicamenteuse, un plan de mise en œuvre ainsi qu'un plan pour son évaluation.

b) Eligibilité

Le SOP Med'Rec concerne les patients considérés comme « à risque », c'est-à-dire âgés de 65 ans ou plus, et admis au service des urgences puis hospitalisés dans un service hospitalier de court séjour.

c) Objectifs

L'objectif du SOP Med'Rec est d'élaborer, à l'admission du patient, le Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO), c'est-à-dire la liste exhaustive et complète de tous les médicaments pris ou à prendre par le patient avant son hospitalisation, qu'ils soient prescrits par un médecin ou non (automédication). Le BMO est comparé à l'Ordonnance des Médicaments à l'Admission (OMA) rédigée au sein du service hospitalier.

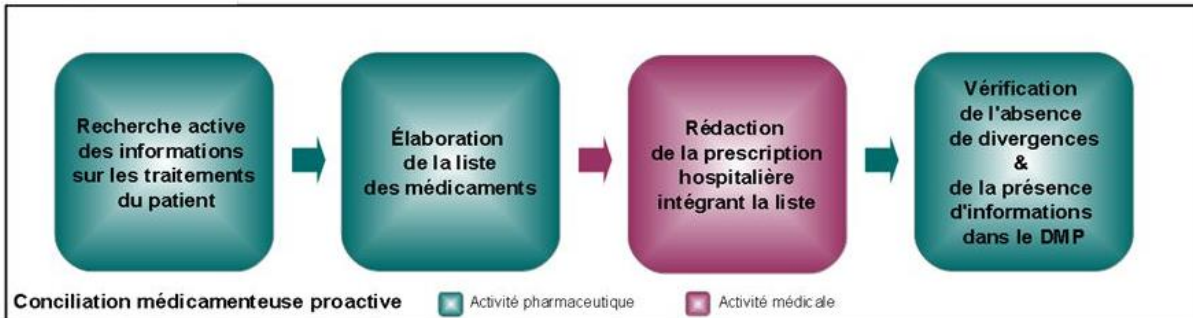
d) Deux types de conciliation médicamenteuse

La conciliation des traitements médicamenteux peut-être entreprise à travers deux modèles en fonction du moment de réalisation du BMO.

Lors de la conciliation proactive (Figure 2: Processus de conciliation proactive à l'admission), la liste des médicaments est établie avant rédaction de l'ordonnance à l'admission. Le prescripteur tient compte du BMO lors de la rédaction de l'OMA, l'objectif étant la prévention des erreurs médicamenteuses. Ce processus est à privilégier dès lors qu'un patient est admis à l'hôpital.

Figure 2: Processus de conciliation proactive à l'admission (d'après la SFPC, fiche technique 2014).

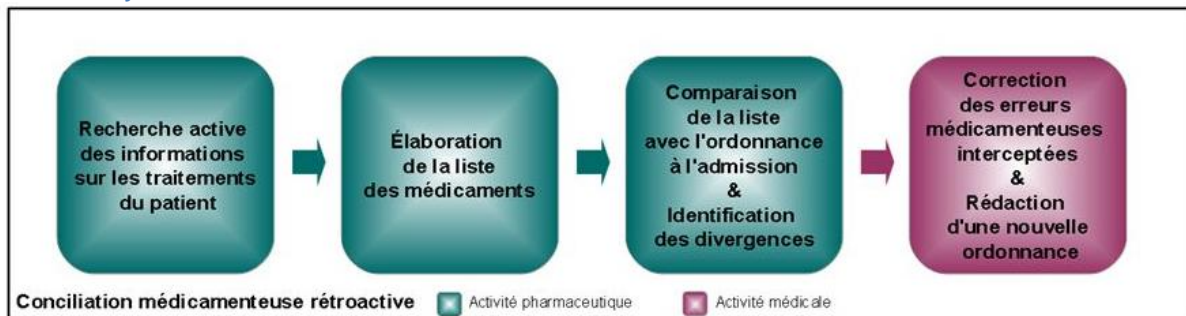
Le Bilan Médicamenteux Optimisé une fois obtenu sert de support à l'élaboration de l'Ordonnance des Médicaments à l'Admission tout en évitant la survenue d'erreur médicamenteuse.



Lors de la conciliation rétroactive (Figure 3), le BMO est établi après rédaction de l'ordonnance à l'admission. Ici l'objectif repose sur la détection, l'interception et la correction des erreurs médicamenteuses. Ce processus doit être mis en place le plus tôt possible après l'admission du patient.

Figure 3: Processus de conciliation rétroactive à l'admission (d'après la SFPC, fiche technique 2014).

Le Bilan Médicamenteux Optimisé est rédigé après l'Ordonnance des Médicaments à l'Admission et permet éventuellement la modification de l'Ordonnance des Médicaments à l'Admission une fois les différences analysées.



e) Les différentes étapes

Qu'elle soit réalisée de façon proactive ou rétroactive, la conciliation médicamenteuse à l'admission du patient dans le service hospitalier doit respecter un certain nombre d'étapes ici détaillées.

i. Recherche active d'informations sur les médicaments du patient

La recherche active d'informations sur les médicaments du patient constitue la première étape indispensable à la réalisation du BMO.

Plusieurs sources peuvent être exploitées pour obtenir toutes les informations nécessaires :

- Des sources matérielles : documents professionnels, boîte(s) de médicament(s) et/ou ordonnance(s) rapportée(s) par le patient lors de son admission, Dossier Pharmaceutique (DP), ...
- Des sources humaines : le patient, son entourage, les professionnels de santé de premier recours (pharmacien d'officine et médecin généraliste), et éventuellement le médecin spécialiste

Il ne s'agit pas seulement de s'intéresser aux médicaments prescrits par le médecin, mais également d'enquêter sur les médicaments non prescrits et utilisés par le patient (automédication, médecines alternatives...).

Le projet High 5S met à disposition un outil de recueil de ces informations (Annexe 2).

ii. Formalisation et validation du BMO

Une fois collectées, ces informations sont synthétisées sous forme de BMO. Le BMO consiste en un état des lieux à l'instant t des médicaments du patient. Chaque médicament du BMO comporte donc :

- La Dénomination Commune Internationale (DCI), le dosage, la forme galénique et la voie d'administration
- La posologie : dose, rythme d'administration et durée

Ensuite, le pharmacien valide le BMO et l'enregistre dans le dossier patient. Cette étape lui confère un caractère officiel, permettant ensuite d'être exploité tout au long du parcours de soins médicamenteux du patient. Il est à noter que l'analyse pharmaceutique doit naturellement compléter la validation du BMO.

iii. Comparaison du BMO avec l'OMA

Enfin, le BMO est comparé à l'OMA (à l'aide de l'Annexe 3). Il s'agit de vérifier que tous les médicaments du BMO sont volontairement reconduits par le prescripteur sur l'OMA, et le cas échéant, de repérer les éventuelles divergences (ou écarts entre le BMO et l'OMA).

Chaque ligne de médicament conciliée est caractérisée : arrêt, suspension, poursuite, modification, substitution ou ajout de médicaments.

iv. Caractérisation et gestion des divergences (Figure 4)

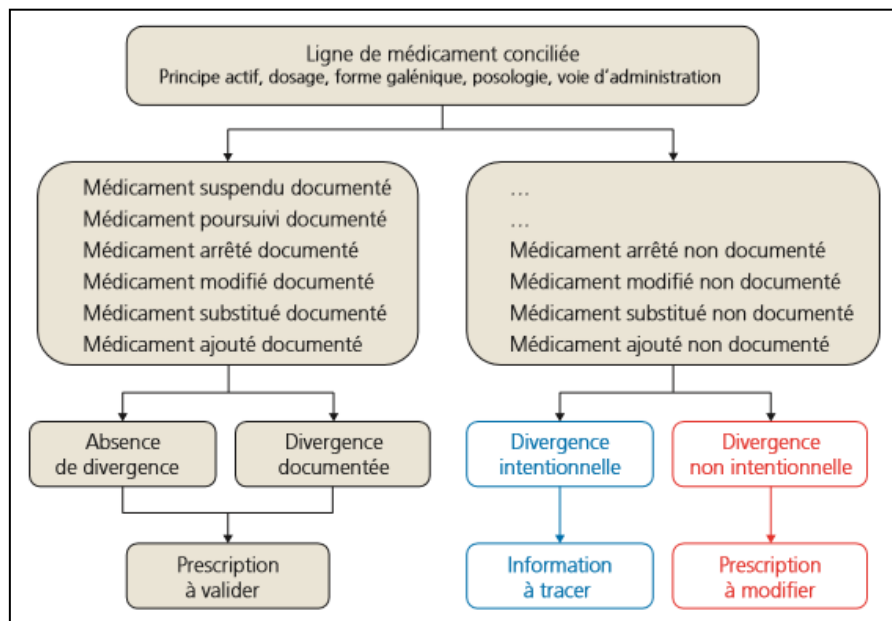
Les divergences peuvent être documentées, c'est-à-dire justifiées par le médecin et apposées dans le dossier patient, ou non documentées.

Les divergences non documentées sont de deux types :

- Les Divergences Non Documentées Intentionnelles (DNDI) : elles sont alors volontaires de la part du médecin mais non documentées dans le dossier patient.
- Les Divergences Non Documentées Non Intentionnelles (DNDNI) : la divergence est involontaire et nécessite une correction. Il s'agit en d'autres termes d'une erreur médicamenteuse.

Si des divergences non documentées sont rapportées au cours de la comparaison du BMO et de l'OMA, un entretien médico-pharmaceutique permet de discuter sur le caractère intentionnel ou non de la divergence et sont alors soit documentées dans le dossier patient, soit corrigées avec rédaction d'une nouvelle prescription. La conciliation permet donc de justifier de l'arrêt, de la modification ou de la poursuite des traitements habituellement prescrits au patient. Le cas échéant, une intervention pharmaceutique peut-être émise par le pharmacien clinicien.

Figure 4 : Caractérisation et gestion des divergences (47).



Pour résumer, le processus de conciliation des traitements médicamenteux peut être schématisé par Tableau 4 (47).

Tableau 4 : Les étapes clés de la conciliation des traitements médicamenteux (48).
Le recueil d'informations sur les médicaments permet l'élaboration du BMO, ensuite comparé à l'OMA en vue de la détection et de l'éventuelle correction de divergence

Etape	Nature de l'activité	Acteur
Etape 1	La recherche active d'informations sur les traitements du patient auprès de lui-même, de son entourage, auprès d'autres professionnels de santé de ville et d'établissements de santé, par l'exploitation de systèmes documentaires et/ou bases de données.	Activité pharmaceutique
Etape 2	La formalisation d'un bilan exhaustif et complet des médicaments. Le bilan des médicaments optimisé (BMO) concerne les médicaments pris ou omis par le patient, mais aussi prescrits ou non par un médecin. Il est nécessaire de croiser au moins deux sources d'informations afin de créer une confiance dans le résultat.	Activité pharmaceutique
Etape 3	La comparaison du bilan médicamenteux optimisé avec la prescription hospitalière à l'admission pour repérer les écarts entre le BMO et l'ordonnance des médicaments à l'admission (OMA) en systématisant la qualification du médicament comme arrêté, suspendu, poursuivi, modifié, substitué, ajouté, ainsi que documenté ou non documenté.	Activité pharmaceutique
Etape 4	La caractérisation des divergences observées comme absence de divergence, divergences intentionnelles documentée, divergences intentionnelles non documentées, et divergences non intentionnelles (non documentées de fait). Seules les deux dernières bénéficient de l'étape suivante.	Activité médicale
Etape 5	La rédaction d'un complément d'information ou d'une nouvelle prescription pour poursuivre la prise en charge médicamenteuse sécurisée du patient en tant que de besoin. Il s'agit de l'acte médical de conciliation proprement dite.	Activité médicale

f) Acteurs

Selon le projet High 5S, l'ensemble des professionnels de santé se doivent d'intervenir en interdisciplinarité dans le processus de conciliation des traitements médicamenteux dont la préoccupation centrale reste le patient (48).

La pertinence du pharmacien dans les différentes étapes de la conciliation a clairement été démontrée à travers plusieurs études. Il lui revient prioritairement d'organiser et mettre en œuvre la conciliation en s'appuyant sur une équipe pluri-professionnelle (Tableau 5).

Tableau 5 : Les différents acteurs dans la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission du patient. (D'après la SFPC – fiche mémo 2014)

Rôle central du pharmacien en collaboration avec les autres professionnels de santé.

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

4. **Résultats du projet High 5S**

Les résultats du projet High 5S sont publiés dans le rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la CTM de la HAS (43) en septembre 2015, et résumés dans la [Figure 5](#).

Sur 22 863 patients conciliés par les huit établissements de santé français :

- 21 320 erreurs médicamenteuses avérées ont été interceptées et corrigées par le processus de conciliation ;
- 23 381 divergences non documentées intentionnelles ont été détectées et renseignées dans le dossier patient.

En moyenne, un patient concilié a présenté 1,7 divergence non documentée entre son traitement à l'admission et l'ordonnance hospitalière. De plus, son admission dans un établissement de santé a fait l'objet, en moyenne d'une erreur médicamenteuse et d'un changement de traitement intentionnel non documenté dans son dossier.

Figure 5 : Synthèse des données Med'Rec.

Chacun des 22 863 patients conciliés présente en moyenne une Erreur Médicamenteuse et une Divergence Non Documentée Intentionnelle à son admission.

Données des 8 établissements ¹							
Année	Patients			Erreurs médicamenteuses		Divergences non documentées intentionnelles	
	éligibles <i>p</i> ²	conciliés <i>p</i> ³	% <i>p/p</i> ²	EM <i>N</i> ₁ ⁴	EM/patient <i>N</i> ₁ / <i>p</i>	DNDI <i>N</i> ₂ ⁵	DNDI/patient <i>N</i> ₂ / <i>p</i>
2010	1 548	268	17,3 %	242	0,9	280	1,0
2011	34 343	2 357	6,9 %	1 624	0,7	3 758	1,6
2012	35 610	4 933	13,9 %	3 890	0,8	4 448	0,9
2013	35 951	6 417	17,8 %	5 370	0,8	4 996	0,8
2014	40 652	8 888	21,9 %	10 194	1,1	9 899	1,2
TOTAL	148 104	22 863	15,4 %	21 320	0,9	23 381	1,0

¹ - Les huit établissements sont ceux du CHU de Bordeaux, CH de Compiègne Noyon, CH de Lunéville, Clinique Moutier- Rozeille, CHU de Nîmes, AP HP Bichat Paris, CH Saint-Marcellin, HU de Strasbourg. Les données du CHU de Grenoble n'ont pas été intégrées dans ce tableau. Le CHU de Grenoble a comptabilisé ses données globalement, sans distinguer les EM des DNDI.
- Le CHU de Nîmes n'a comptabilisé que les données des patients conciliés dans les 24h et selon le SOP Med'Rec. Les résultats s'en trouvent minorés.

² *P* : Patients éligibles à la conciliation dans le SOP Med'Rec

³ *p* : Patients conciliés selon les critères d'éligibilité du SOP Med'Rec

⁴ *N*₁ : Nombre d'EM

⁵ *N*₂ : Nombre de DNDI

Dufay *et al.* (49) ont évalué l'impact clinique potentiel de la conciliation médicamenteuse à travers une étude prospective entre janvier 2011 et septembre 2012. Sur 1670 patients conciliés, 1799 erreurs médicamenteuses ont été détectées, et les 1677 EM caractérisées ont fait l'objet d'une évaluation de leur potentiel impact clinique. La sévérité des EM a été jugée mineure dans 69,1% des cas, significatives dans 18,8% des cas ; tandis que 5,2% d'entre elles ont été considérées comme majeures. Les limites de cette étude sont qu'elle n'est ni contrôlée, ni randomisée, ce qui en diminue la significativité. D'autres parts, les critères évalués ne sont pas des critères primaires de morbi-mortalité.

Plus largement, plusieurs études ont permis de démontrer l'impact de la conciliation médicamenteuse sur la réduction des ré-hospitalisations. En effet, l'étude IPITCH (50) a montré une réduction des taux de ré-hospitalisation à 30 jours de 36%. L'intervention OMAGE (51) a quant à elle démontré une réduction de ce taux de 30.5% à 90 jours de la sortie.

Ainsi, le processus de conciliation des traitements médicamenteux apparaît comme un moyen de prévention, d'interception et de correction des erreurs médicamenteuses pouvant survenir lors de l'admission des patients en service hospitalier. Cette pratique est aujourd'hui

répandue dans plusieurs hôpitaux français et mérite d'être déployée sur tout le territoire en vue de la modernisation du système de santé. C'est dans une volonté de participation à cette politique de santé publique que le Centre Hospitalier Guillaume Rénier de Rennes a souhaité mettre en place l'activité de conciliation des traitements médicamenteux.

PARTIE 2 : ETUDE ACEP CONCIL AU CENTRE HOSPITALIER GUILLAUME REGNIER DE RENNES

I. PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER GUILLAUME REGNIER

Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier (CHGR) est un établissement spécialisé en santé mentale ou Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) situé à Rennes dans le département de l'Ille-et-Vilaine en Bretagne.

L'organisation de l'offre de soins par secteur (ou sectorisation) en psychiatrie permet une prise en charge selon le lieu de résidence des patients. Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier assure la prise en charge de la santé mentale sur 9 secteurs de psychiatrie adulte (soit une population de 710 603 habitants sur les 1 007 901 recensés en 2012 pour le département d'Ille et Vilaine) et 3 secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (soit une population de 197 679 habitants âgés de moins de 16 ans, recensés en 2012). La capacité en lits et places installés au 31 décembre 2015 est de 1 760, qui se répartissent pour l'ensemble des structures en 806 lits d'hospitalisation complète et 954 places sanitaires et médico-sociales (52). Le CHGR gère également un Pôle Addictions et Précarité, un pôle psychiatrie en milieu pénitentiaire, un pôle personnes âgées, et des Maisons d'Accueil Spécialisées. L'ensemble des pôles d'activités du CHGR sont résumés dans la Figure 6.

Figure 6 : Organisation du Centre Hospitalier Guillaume Régnier de Rennes (52).
Découpage de l'offre de soins en plusieurs pôles.

Infographie
ACTIVITES



Fort de cette capacité d'accueil et de la diversité de l'offre de soins, la politique de santé du CHGR s'inscrit dans une véritable dynamique de santé publique qui s'exprime à travers ses missions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation, de réinsertion sociale, de recherche et d'enseignement.

II. CONTEXTE

La sécurité des soins est légitimement au cœur des préoccupations des professionnels de santé aux vues de la prévalence des événements indésirables graves

associés aux soins. En plus du risque bien évidemment insupportable pour les patients, cela représente un surcoût dans les dépenses de santé qui pourrait être évité.

La conciliation des traitements médicamenteux est une technique de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient. Son principe repose sur une collaboration pluriprofessionnelle qui permet de reconstituer la juste liste de traitements que doit recevoir le patient. Elle permet d'améliorer la sécurité des soins, notamment aux interfaces entre les intervenants du parcours de soins (lors d'hospitalisations par exemple). Son efficacité a été établie lors de l'étude High 5s promue par l'OMS et dont le résultat a été publié en 2015.

Toutefois, ces efforts, s'ils sont notables, sont insuffisants pour faire entrer la pratique de la conciliation dans la routine hospitalière, tant les équipes sont confrontées aux tensions de personnel et à la rigueur budgétaire. En effet, la conciliation est un processus que tous les pratiquants reconnaissent très chronophage.

Il est donc important de penser les évolutions possibles du concept, qui sans en perdre la nature profonde, permettraient de le généraliser à tous les patients, pour la sécurité de tous.

C'est dans ce contexte que s'inscrit l'étude ACEPCONCIL (Apport de la Communication Entre Professionnels de santé dans le processus de CONCILiation des traitements médicamenteux).

III. OBJECTIFS

L'objectif principal de l'étude ACEPCONCIL est d'évaluer l'apport relatif d'informations issues de l'entretien oral entre professionnels de santé par rapport aux données recueillies uniquement par des moyens documentaires. Il s'agit dans un deuxième temps d'évaluer l'apport respectif des différentes méthodes de recueil des informations vis-à-vis de la prévention des divergences non documentées non intentionnelles.

IV. MATERIELS ET METHODES

L'étude ACEPCONCIL est une étude rétrospective, observationnelle, monocentrique avec anonymisation des données.

1. Critères d'inclusion des patients

Les patients éligibles à l'étude sont des patients de 75 ans et plus ou de plus de 65 ans polypathologiques, au sujet desquels une conciliation médicamenteuse d'entrée a été

réalisée entre le 1^{er} juin 2016 et le 1^{er} juin 2017 au Centre Hospitalier Guillaume Rénier. Les patients inclus sont des patients admis dans le secteur de psychiatrie adulte « Sainte Anne » du CHGR.

2. Critères de non-inclusion des patients

Les patients pour qui la révélation du statut d'hospitalisation peut s'avérer gênante et les patients n'ayant pas donné leur accord au processus de conciliation ne sont pas inclus dans l'étude.

3. Critères de jugement

Le critère de jugement principal porte sur le nombre de lignes de traitements de la juste liste (ou BMO) après l'entretien téléphonique par rapport au nombre de lignes de traitements de la juste liste après recueil documentaire. Le nombre d'informations nouvelles obtenues par chaque professionnel est aussi analysé de façon à évaluer l'apport de chacun d'eux dans le processus de conciliation.

Le nombre de Divergences Non Documentées Non Intentionnelles (DNDNI) est également comptabilisé après entretiens téléphoniques et comparé au nombre de divergences non documentées non intentionnelles obtenu après recueil documentaire de façon à évaluer la place des professionnels de santé de ville dans la prévention de l'erreur médicamenteuse.

4. Procédures

a) Conciliation d'entrée à l'hôpital

A l'arrivée du patient dans l'unité de soins, l'équipe soignante prévient la pharmacie. Le pharmacien hospitalier (éventuellement assisté d'externes en pharmacie) se déplace dans le service pour réaliser le recueil documentaire (ordonnances, comptes-rendus d'hospitalisation, carte vitale, etc.) et relève les coordonnées des professionnels de santé intervenants auprès du patient (pharmacien d'officine, médecin traitant, infirmier diplômé d'Etat...).

Les informations obtenues suite à ce recueil documentaire sont résumées sur une fiche de recueil (Annexe 2) puis confrontées à l'ordonnance informatique prescrite par le médecin de l'hôpital à l'admission (OMA). Un document de conciliation (Annexe 3) relevant les divergences entre le recueil documentaire et l'OMA est ensuite complété en vue de l'analyse des divergences. Aucun contact n'est pris avec les équipes de ville.

b) Appel des professionnels ambulatoires

Un autre pharmacien, officinal, est chargé de réaliser les appels téléphoniques aux professionnels de santé de ville (médecins généralistes et pharmaciens d'officine, infirmiers libéraux si besoin, etc.). Pour ce faire, le pharmacien suit un guide d'entretien avec chaque professionnel de santé (Annexes 4 et 5). Il établit la liste des médicaments pris par le patient indépendamment du recueil documentaire réalisé par l'équipe hospitalière.

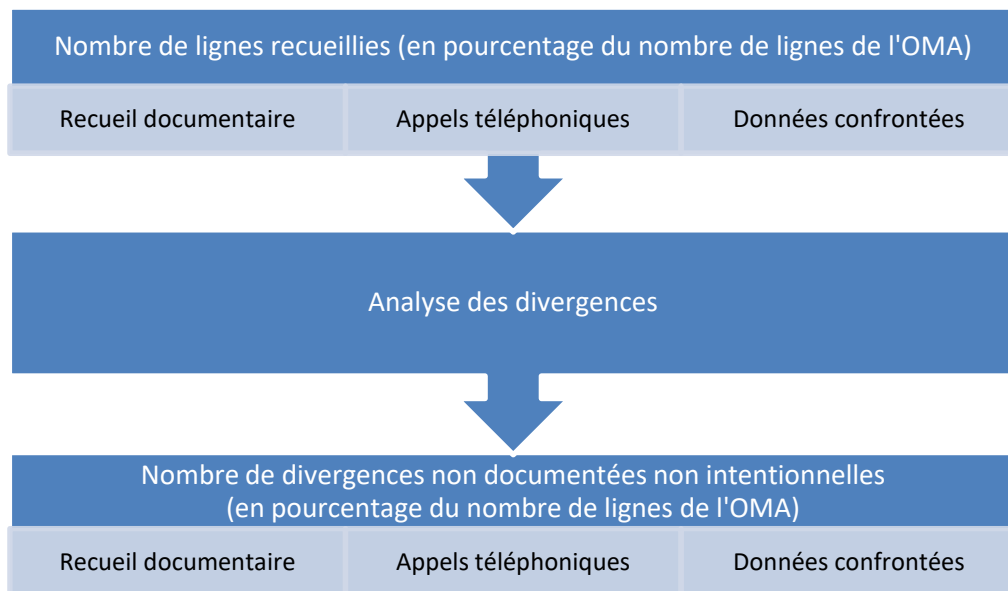
c) Confrontation des résultats

Les données recueillies par le pharmacien hospitalier (recueil documentaire) et par le pharmacien d'officine (appels téléphoniques) sont ensuite confrontées pour mesurer les apports de la conciliation « humaine » par rapport à la conciliation « documentaire ».

d) Comparaison des données

Les données sont ensuite comparées selon le protocole de la Figure 7. Pour chaque critère étudié (nombre de lignes recueillies et nombre de divergences non documentées non intentionnelles), les données sont exprimées en pourcentage par rapport au nombre de lignes de l'Ordonnance des Médicaments à l'Admission.

Figure 7 : Schéma de comparaison des données de l'étude ACEPCONCIL.



Chacune des données issues des différentes méthodes de recueil sont comparées suivant un test non paramétrique de Kruskal-Wallis. Ces tests statistiques sont réalisés à l'aide du Logiciel R.

L'ensemble des informations relatives à l'étude ont été résumées dans le document de travail ACEPCONCIL (Annexe 6) qui a pu être communiqué aux différents professionnels de santé contactés pendant l'étude.

V. RESULTATS

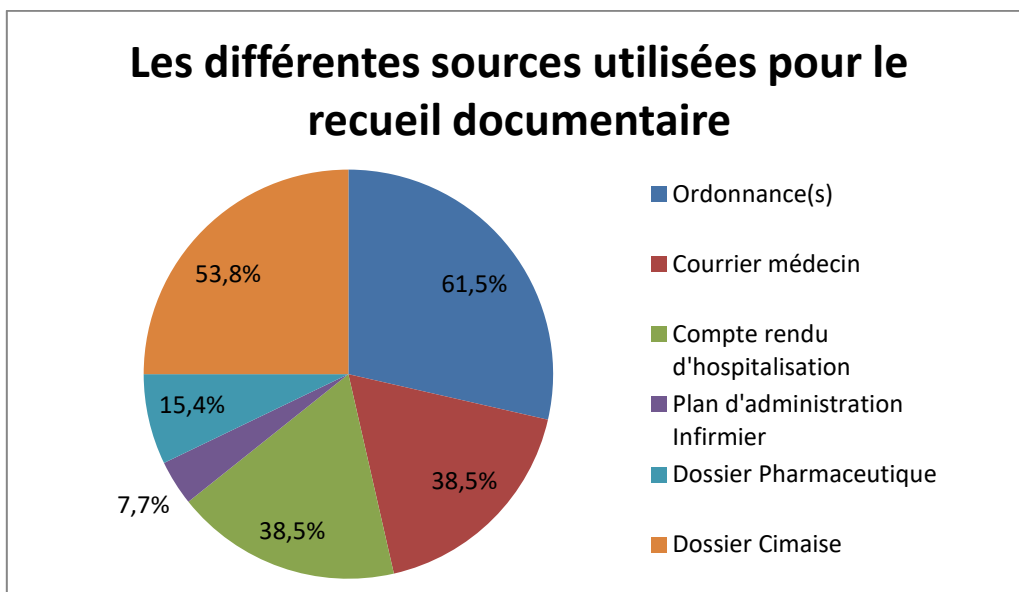
1. Population

L'étude ACEPCONCIL a permis la conciliation des traitements médicamenteux de 13 patients admis au CHGR au sein de l'unité Sainte Anne entre le 1^{er} juin 2016 et le 1^{er} juin 2017. Dans un souci d'anonymisation des données, chacun des patients ont été codés de CG01 à CG14.

2. Sources utilisées

Le recueil documentaire a été réalisé pour 12 des 13 patients inclus dans l'étude, soit dans 92,3% des cas. Il a pu se faire à travers l'exploitation de plusieurs sources décrites dans la Figure 8. Le dossier Cimaise (ou dossier patient du CHGR) est la source la plus étudiée (53,8%) après les ordonnances papiers rapportées par le patient (61,5%). Viennent ensuite les courriers médicaux et les comptes-rendus d'hospitalisation, aussi fréquemment utilisés (38,5%). Le Dossier Pharmaceutique a été utilisé dans 15,4% des cas. Le Dossier Pharmaceutique a été utilisé dans 15,4% des cas. Le plan d'administration des médicaments établi par les infirmiers a pu être exploité pour une conciliation (7,7%).

Figure 8 : Les sources utilisées pour le recueil documentaire.

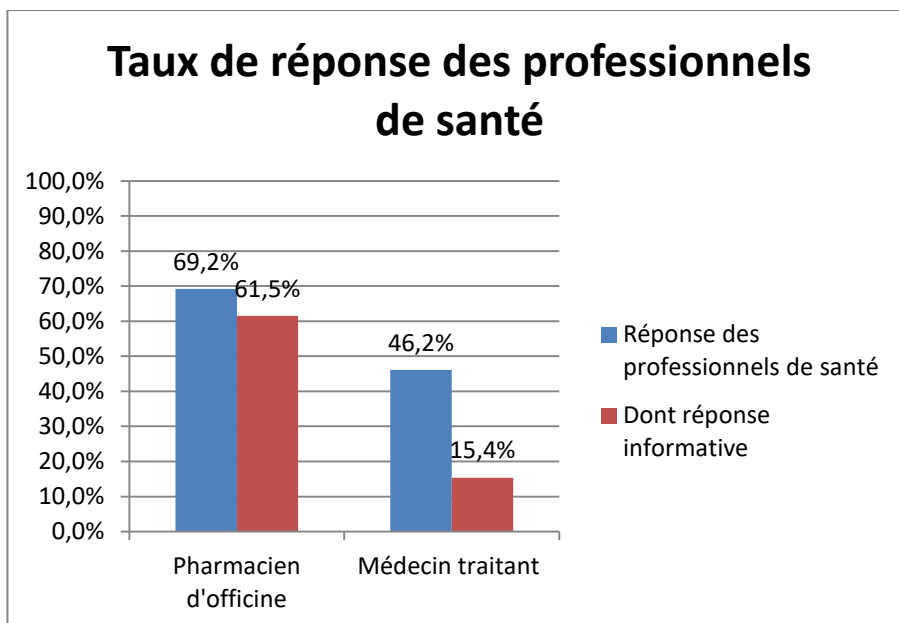


Concernant les appels téléphoniques aux professionnels de santé de ville (

Figure 9), les pharmaciens d'officine ont répondu dans 69,2% des cas, contre 46,2% des cas chez les médecins traitants. Parmi les pharmaciens d'officine disponibles par téléphone, 61,5% des appels ont permis l'obtention d'informations utiles à la conciliation médicamenteuse. Chez les médecins traitants, ces informations ont pu être obtenues dans 15,4% des cas.

Figure 9 : Pourcentages de participation aux appels téléphoniques.

Par réponse on entend que le professionnel de santé a pu être contacté par téléphone. Par réponse informative on entend qu'il a été en mesure de communiquer la liste des médicaments pris par le patient.



3. Nombre de lignes de traitements

Pour chacune des sources utilisées (recueil documentaire, appel au pharmacien d'officine et appel au médecin traitant), le nombre de ligne de traitements médicamenteux a été comptabilisé (Tableau 6).

Tableau 6 : Nombre de lignes obtenues par sources pour concilier.

Les appels téléphoniques regroupent l'appel au pharmacien d'officine et l'appel au médecin traitant. Les données confrontées correspondent à la synthèse des informations obtenues avec les appels téléphoniques et le recueil documentaire.

Patient	Recueil documentaire	Appels téléphoniques	Données confrontées	Ordonnance à l'admission
CG01	11	9	11	12
CG03	0	0	0	5
CG04	1	5	5	3
CG05	10	0	10	12
CG06	7	11	11	7
CG07	4	4	4	2
CG08	8	0	8	9
CG09	8	13	16	8
CG10	10	10	10	8
CG11	14	14	18	14
CG12	20	17	19	15
CG13	9	8	13	4
CG14	8	5	8	5

Le test de Kruskal-Wallis a été réalisé à partir des pourcentages de lignes obtenues par chaque source par rapport au nombre de lignes de traitements de l'ordonnance à l'admission. Il teste l'hypothèse nulle selon laquelle les trois groupes « recueil documentaire », « appels téléphoniques » et « données confrontées » proviennent de la même distribution, contre l'hypothèse alternative selon laquelle au moins un des groupes provient d'une distribution différente.

La valeur de la p-value du test de Kruskal-Wallis est de 0,2481. La p-value est supérieure au seuil de signification $p=0,05$. On ne rejette pas l'hypothèse nulle, les différences entre les trois groupes ne sont donc pas statistiquement significatives.

4. Nombre de divergences non intentionnelles

Après avoir recueilli les lignes de traitements par source, la comparaison des recueils par source à l'ordonnance des médicaments à l'admission a permis de détecter un certain nombre de divergences. Ces divergences ont été analysées grâce au dossier patient Cimaise du CHGR. Les divergences non documentées dans le dossier patient par le médecin ont ensuite été caractérisées comme étant intentionnelles ou non intentionnelles. Les DNDNI sont consignées dans le Tableau 7.

Tableau 7 : Nombre de Divergences Non Documentées Non Intentionnelles obtenues pour chacune des sources utilisées pour la conciliation et nombre de lignes de traitements de l'Ordonnance à l'Admission.

Patient	Recueil documentaire	Appels téléphoniques	Données confrontées	Ordonnance à l'Admission
CG01	1	0	1	12
CG03	5	5	5	5
CG04	0	2	2	3
CG05	1	12	1	12
CG06	0	1	4	7
CG07	1	1	1	2
CG08	0	9	0	9
CG09	0	4	4	8
CG10	1	1	1	8
CG11	0	2	2	14
CG12	3	4	5	15
CG13	5	4	9	4
CG14	3	0	3	5

Le test de Kruskal-Wallis a été réalisé à partir des pourcentages de DNDNI obtenues par chaque source par rapport au nombre de lignes de traitements de l'ordonnance à l'admission. Il teste l'hypothèse nulle selon laquelle les trois groupes « recueil documentaire », « appels téléphoniques » et « données confrontées » proviennent de la même distribution, contre l'hypothèse alternative selon laquelle au moins un des groupes provient d'une distribution différente.

La valeur de la p-value du test de Kruskal-Wallis est de 0,4185. La p-value est supérieure au seuil de signification $p=0.05$. On ne rejette pas l'hypothèse nulle, les différences entre les trois groupes ne sont donc pas statistiquement significatives.

VI. DISCUSSION

1. La mise en place de la conciliation médicamenteuse au CHGR

La conciliation des traitements médicamenteux est une activité initialement déployée à l'hôpital mais qui se caractérise par des difficultés de mise en place. L'exemple du CHGR à Rennes n'échappe pas à la règle.

La conciliation des traitements médicamenteux à l'hôpital nécessite une très forte coordination médecin-pharmacien. Il a d'abord fallu fédérer les médecins hospitaliers à cette

nouvelle pratique et les convaincre de son intérêt dans l'optimisation et la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients.

Le défaut de communication entre les médecins et les pharmaciens s'est aussi observé lors de l'admission des patients. La conciliation des traitements médicamenteux est d'autant plus efficace dans la prévention des erreurs médicamenteuses qu'elle intervient le plus tôt possible après l'admission (sur un mode rétro-actif). Au CHGR, l'information trop tardive du personnel pharmaceutique lors de l'admission des patients a imposé le modèle rétro-actif à l'étude ACEPCONCIL. De plus, les médecins du CHGR ne sont pas présents à temps plein au niveau de leur service, il est donc difficile de coordonner la présence médicale avec la présence pharmaceutique en vue d'un recrutement efficace des patients éligibles à la conciliation.

Seulement 13 patients ont pu être inclus dans l'étude, puisqu'il n'est pas toujours évident d'obtenir l'accord du patient dans un contexte d'hospitalisation sur fond de pathologie psychiatrique. De plus, le caractère monocentrique de l'étude (unité Sainte Anne exclusivement) ne permet pas l'inclusion de nombreux patients mais restreint le périmètre d'action des pharmaciens hospitaliers, déjà peu nombreux pour satisfaire le processus de conciliation des traitements médicamenteux sans délaissier leurs autres missions pharmaceutiques.

2. Niveau d'information des professionnels de santé au sujet de la conciliation médicamenteuse

La conciliation des traitements médicamenteux est une activité qui reste mal connue malgré son déploiement à l'échelle internationale et nationale. Nombreux sont les professionnels de santé à ne pas connaître ce processus. En effet, lors de l'étude ACEPCONCIL, très peu de professionnels de santé libéraux avaient connaissance de cette activité.

3. Critique des différentes sources humaines et documentaires utilisées

Le recueil documentaire a permis l'exploitation de plusieurs sources mais celles-ci ne sont pas toujours disponibles pour tous les patients. Il est plus facile d'obtenir des informations à travers les ordonnances rapportées par le patient et à travers le dossier patient CIMAISE du CHGR. En revanche, le Dossier Pharmaceutique reste sous-exploité. Les Pharmacies à Usage Intérieur (PUI ou pharmacie des établissements de santé) et notamment celle du CHGR, peuvent accéder au DP grâce à la carte vitale du patient. Or les patients admis au CHGR ne sont pas toujours en sa possession, rendant ainsi impossible la

consultation de l'historique médicamenteux. La consultation dématérialisée du DP (sans la carte vitale) est possible au CHGR (depuis octobre 2017), à condition que le patient ait confié sa carte vitale à l'accueil de la structure hospitalière et qu'il ait donné son accord pour la consulter. D'autre part, certains patients n'ont pas encore ouvert leur DP, malgré sa création en 2007, ou ont exprimé le refus de son ouverture. Les sources documentaires sont donc inégales en termes de disponibilité et de richesse des données. Il paraît donc indispensable de compléter ces informations avec des données issues de sources « humaines ».

Le SOP Med'Rec du projet High 5S préconise l'entretien du pharmacien hospitalier avec le patient pour obtenir la liste de ses médicaments. L'étude ACEPCONCIL n'a pas pu prendre en compte cette ressource. En effet, dans un contexte d'hospitalisation dans un établissement de santé mentale, l'entretien est difficile avec des patients qui ne sont pas toujours contributifs. Les pathologies psychiatriques, les troubles cognitifs et l'agitation qui caractérisent ces patients sont autant de barrières pour mettre en place un entretien fiable et efficace. La nécessité de recourir à des sources humaines autres que le patient est donc légitime.

Les professionnels de santé de ville (pharmaciens d'officine et médecins traitants) ont été consultés via des appels téléphoniques. Les pharmaciens d'officine (69,2% de réponses aux appels) sont plus disponibles que les médecins traitants (42,9% de réponses aux appels).

En effet, les officinaux sont facilement joignables et répondent quasiment toujours d'emblée. Parmi les pharmaciens non-répondeurs, certains d'entre eux ont refusé de communiquer par téléphone des informations protégées par le secret médical. En effet, malgré la transmission du protocole de l'étude ACEPCONCIL, ils restent méfiants quant-à la divulgation des données par téléphone. Ils sont plus rassurés lorsqu'un moyen de communication sécurisé comme une adresse mail sécurisée leur est proposée. Ceci met en avant le problème de la sécurisation de la transmission des données à caractère de santé. Dans d'autres cas, l'appel téléphonique au pharmacien d'officine n'a pas pu être effectué en raison de sa non-identification dans le parcours de soins. Ceci est problématique puisqu'un pharmacien identifié dans le parcours de soins est un pharmacien contributif au processus de conciliation. En effet, sur 69,2% de réponses des pharmaciens d'officine, la liste des médicaments a pu être obtenue dans 61,5% des cas.

La sous-participation des médecins traitants est principalement due à leur manque de disponibilité. En effet, nombreux sont les médecins qui manquent de temps pour se

consacrer à la conciliation médicamenteuse. Malgré les relances effectuées, certains d'entre eux restent injoignable. Bien qu'ils soient systématiquement identifiés (à l'inverse des pharmaciens officinaux), ils ne sont pas toujours en mesure de communiquer la liste des médicaments de leur patient. En effet, certains patients inclus dans l'étude sont des patients dépendants, vivant à domicile ou en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes), et que le médecin ne consulte pas à son cabinet et dont il ne dispose pas de dossier médical sous la main. En définitive, dans cette étude, seulement 15,4% des médecins traitants procurent des informations utiles à la conciliation médicamenteuse.

4. Exhaustivité des informations par sources

Il s'agit ici d'évaluer l'apport de chacune des sources d'informations par rapport aux autres en regard du nombre de lignes de médicaments obtenu lors de l'élaboration du bilan médicamenteux optimisé.

Les données statistiques ont montré qu'il n'existe pas de différence significative entre le nombre de lignes issu du recueil documentaire et celui issu des appels téléphoniques (p -value du test de Kruskal-Wallis = 0,2481).

Fort du constat de sous-participation des médecins traitants et du faible niveau d'information obtenu, l'appel téléphonique au médecin traitant ne permet pas d'obtenir un BMO le plus exhaustif possible comparé aux sources documentaires ou au pharmacien d'officine. Le recueil documentaire étant très chronophage, l'appel au pharmacien d'officine, rapide et efficace, mérite d'être privilégié en premier abord.

Les données confrontées, synthèse des informations obtenues grâce aux appels aux professionnels de santé libéraux et au recueil documentaire, ne présentent pas de différence significative avec l'ordonnance des médicaments à l'admission. Le processus de conciliation des traitements médicamenteux ne permet pas d'obtenir un nombre de lignes de traitements statistiquement différent par rapport au nombre de lignes déjà prescrites sur l'OMA.

Bien sûr chaque ligne compte car un seul oubli ou ajout peut s'avérer dramatique, mais de manière pragmatique, le premier geste à pratiquer dans un contexte de manque de temps semble être l'appel au pharmacien d'officine, quand il est identifié.

5. Impact des différentes sources sur la prévention des erreurs médicamenteuses

Le deuxième critère de jugement consiste à évaluer l'apport des différentes sources utilisées pour concilier vis-à-vis de la détection de divergences à caractère non intentionnel

et donc vis-à-vis de la prévention des erreurs médicamenteuses potentielles qui en découlent.

Le test statistique de Kruskal-Wallis a permis de montrer l'absence de différence significative entre le recueil documentaire, les appels aux professionnels de santé et les données confrontées concernant le nombre de DNDNI détectées grâce à la conciliation. Il n'existe donc pas une méthode de recueil des informations à privilégier pour détecter plus de divergences parmi les sources exploitées à travers cette étude.

VII. CONCLUSION

L'étude ACEPCONCIL menée au CHGR a permis de montrer les difficultés de mise en place de l'activité de conciliation des traitements médicamenteux à l'hôpital, notamment au regard de la communication entre médecins et pharmaciens et de la spécificité de la population souffrant de troubles psychiatriques. Bien que rétrospective et de durée limitée, l'étude ACEPCONCIL permet de tirer quelques conclusions sur l'activité de conciliation médicamenteuse au sein d'un établissement de santé mentale. Cependant, il conviendrait d'étayer les résultats obtenus en élargissant l'échantillon de patients.

Aujourd'hui, la conciliation des traitements médicamenteux reste encore méconnue et doit poursuivre son développement. L'information des professionnels de santé libéraux à son sujet doit être renforcée.

En pratique, les sources documentaires, bien que facilement accessibles ne sont pas toutes exploitées. Le Dossier Pharmaceutique, véritable historique médicamenteux des délivrances ambulatoires, encore trop peu utilisé à l'hôpital, doit poursuivre son déploiement. L'entretien avec le patient, difficile à conduire dans certaines situations, doit être repensé de façon à obtenir des informations fiables et intéressantes pour la conciliation. Les médecins traitants, bien que facilement identifiés dans le parcours de soins, sont peu disponibles. En revanche, les pharmaciens d'officine sont très contributifs et permettent d'obtenir des informations de façon rapide, mais ceci nécessite leur identification dans le parcours de soins. La communication ville-hôpital remet en question la sécurisation des données et la place d'un système partagé de l'information au sein du processus de conciliation.

L'étude ACEPCONCIL a également démontré l'importance que pourrait occuper le pharmacien d'officine dans la conciliation médicamenteuse. Il est en mesure de fournir des informations aussi exhaustives que le recueil documentaire, qui lui, reste plus chronophage à réaliser par rapport à l'appel téléphonique. Dans ce contexte, on peut considérer que le

pharmacien d'officine semble être la première source à consulter lors de l'admission d'un patient, tout en les complétant avec des données issues d'un recueil documentaire réalisé dans un second temps.

En conclusion, l'étude ACEPCONCIL menée au CHGR a permis de montrer les difficultés de mise en place de la conciliation médicamenteuse à l'hôpital et la place potentielle du pharmacien d'officine dans ce processus. Aux vues de ces résultats, le déploiement de la conciliation médicamenteuse doit se poursuivre au-delà du milieu hospitalier. La pharmacie d'officine, aujourd'hui en pleine mutation, entend pleinement y jouer un rôle à l'avenir, malgré sa timide participation aujourd'hui. Quelles sont les possibilités de réalisation de la conciliation médicamenteuse à l'officine ?

PARTIE 3 : LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS

MEDICAMENTEUX AU CŒUR DES NOUVELLES MISSIONS DU

PHARMACIEN D'OFFICINE

I. PHARMACIEN D'OFFICINE : UN METIER EN PLEINE EVOLUTION

1. La loi « HPST »

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » (HPST), publiée le 22 juillet 2009 au Journal Officiel a été adoptée en vue d'une réforme en profondeur du système de santé français. L'article 38 de cette loi transforme le chapitre « Pharmacien d'officine » du Code de la Santé Publique (CSP). Au-delà de l'exécution des préparations magistrales ou officinales et de l'acte de dispensation, un nouveau statut pour les pharmaciens voit le jour, assorti de huit nouvelles missions :

« Dans les conditions définies par le présent code, les pharmaciens d'officine :

1° Contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 ;

2° Participent à la coopération entre professionnels de santé ;

3° Participent à la mission de service public de la permanence des soins ;

4° Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;

5° Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 ;

6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles [c'est-à-dire des établissements et des services accueillant des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale] ayant souscrit la convention pluriannuelle visée au I de l'article L. 313-12 du même code qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ;

7° Peuvent, dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1 du présent code [ou coopérations ayant pour objet d'opérer entre professionnels de santé des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient], être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médications destinés à en optimiser les effets ;

8° Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application des 7° et 8°. » (53)

La loi HPST inscrit officiellement au CSP les missions obligatoires (1° à 4°) du pharmacien qui existaient déjà auparavant, mais offre également la possibilité d'élargir son activité par le biais de missions facultatives (5° à 8°), montrant ainsi la volonté d'assurer une place centrale au pharmacien d'officine dans le parcours de soins.

2. La Convention Pharmaceutique

Dans les suites de la loi HPST, la convention pharmaceutique de 2012 vient organiser les rapports entre les trois principaux syndicats de pharmaciens (la FSPF ou Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France, l'USPO ou Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine ainsi que l'UNPF ou Union Nationale des Pharmaciens de France) et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM). Cette convention marque une véritable évolution du métier de pharmacien avec pour objectif de revaloriser son rôle en Santé Publique et de faire progresser la santé (54). En effet, le principe de cette convention est de favoriser la qualité de l'acte de dispensation (via les entretiens pharmaceutiques), l'efficacité des prescriptions (par le développement des génériques et le développement des conditionnements trimestriels) et de moderniser le monde de l'officine (avec la dématérialisation des échanges entre les officines et l'UNCAM). En contrepartie de l'implication du pharmacien, le dispositif conventionnel prévoit la diversification des modes de rémunération du pharmacien d'officine. La rémunération attribuée au pharmacien d'officine se fait d'une part en mettant en place un honoraire de dispensation et d'autre part, en versant au pharmacien une rémunération en contrepartie de ces engagements individualisés. Ce nouveau mode de rémunération, déconnecté du prix du médicament, vient donc atténuer la baisse des marges réalisées par l'officine en raison de la baisse du prix des médicaments.

3. Contexte actuel

Aujourd'hui, la baisse des marges sur l'activité officinale et l'alourdissement des charges provoque une véritable fragilisation des officines. Depuis 2015, les fermetures d'officines sont de plus en plus nombreuses, « passant d'une fermeture tous les 3 jours à une tous les 2 jours » (55). La pharmacie d'officine, située à l'interface entre le secteur de la santé et celui du commerce, voit son économie fortement transformée par la concurrence accrue de la grande distribution et des sites marchands, qui n'ont pas les mêmes contraintes réglementaires en termes de conseils, de publicités, de promotions et de regroupement. Malgré la bataille sur le leadership des médicaments disponibles sans ordonnance, l'avenir de la profession ne peut reposer exclusivement sur cette activité commerciale. En effet, « il est très clair que le pharmacien n'a pas d'avenir en tant que simple fournisseur de boîtes de médicaments standardisées » (55). Il convient donc de redéfinir un modèle économique moderne pérenne pour les pharmacies d'officine françaises.

A la mi-2016, les organisations du secteur pharmaceutique (syndicats, ordre des pharmaciens, association nationale des étudiants en pharmacie...) ont cosigné le Manifeste pour la pharmacie française (56). Ce rapport rappelle la situation économique « catastrophique » des pharmacies d'officine dont « la rémunération est en forte diminution pour la deuxième année consécutive ». En effet, selon les signataires, « la perte s'accélère encore en 2016 avec une chute de plus de 2% sur les quatre premiers mois de l'année », entraînant ainsi de nombreuses fermetures brutales. Ceci est une menace pour le maillage territorial français (21 833 officines métropolitaines et d'outre-mer au 1^{er} novembre 2017) et pour tous les emplois qui en découlent. Fort de ses constatations, l'ensemble des représentants de la profession témoigne sa volonté de réformer le métier de pharmacien d'officine et de conforter la place du pharmacien dans le système de soins à travers ses nouvelles missions tout en leur assurant une rémunération adaptée.

Aujourd'hui, le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) pour 2018 prévoit une économie de 400 millions d'euros grâce à la baisse de prix des médicaments (57). Il est donc primordial pour le secteur officinal de s'impliquer dans les nouvelles missions et de voir se développer en contrepartie une rémunération juste et adaptée de façon à maintenir à l'équilibre sa santé économique.

4. L'avenir de l'officine française

Plusieurs nouveautés sont à prévoir avec la prochaine parution au Journal Officiel en 2018 de l'Avenant n°11 à la Convention Pharmaceutique signé entre l'UNCAM et l'USPO (58). Cet accord propose notamment :

- La modification des paramètres de la marge
- L'arrivée de nouveaux honoraires (entre autre l'honoraire de dispensation lié à l'âge, attribué lors de la dispensation des ordonnances des patients de plus de 70 ans)
- La création des bilans de médication pour les personnes âgées de 65 ans et plus en Affection Longue Durée (ALD) et de plus de 75 ans polymédiqués.

Les pharmaciens sont donc confrontés à la santé économique fragile de leurs officines. Le cadre réglementaire fixé par la loi HPST et la Convention Pharmaceutique leur permet d'exercer de nouvelles missions. L'implication du pharmacien dans les missions de coordination des soins entre la ville et l'hôpital, de coopération entre professionnels de santé et de prévention de la Santé Publique est donc un levier de croissance économique pour la pharmacie d'officine de demain. C'est dans ce contexte que la participation du pharmacien d'officine aux activités de pharmacie clinique et notamment au processus de conciliation médicamenteuse prend tout son sens.

II. LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX EN OFFICINE

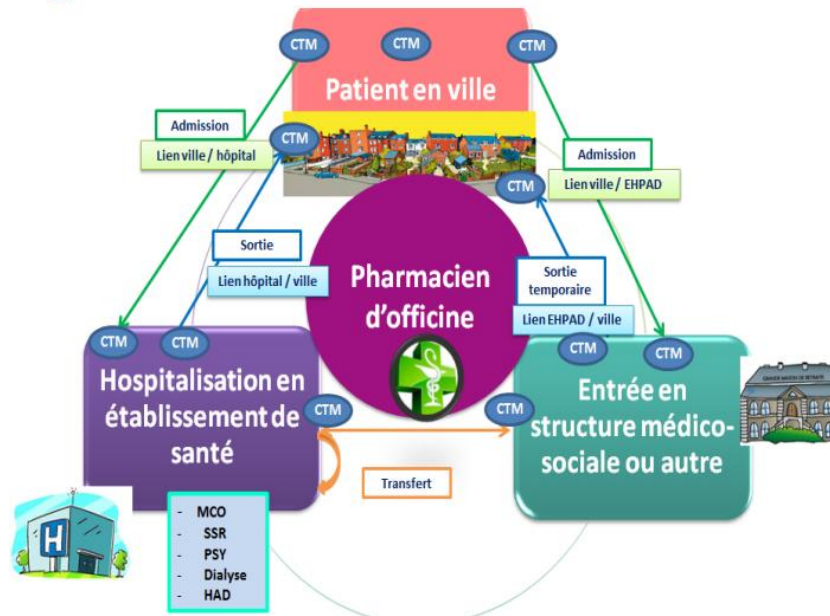
« Toute la profession est d'accord pour développer de nouveaux services aux patients et être sur tous les fronts en termes d'accompagnement », conclue Mélanie Mazière dans son article « La pharmacie de demain » pour le Quotidien du Pharmacien (59), suite au congrès national des pharmaciens à Montpellier en octobre 2017. Dans ce contexte riche en revendications, la conciliation des traitements médicamenteux, en plein essor depuis plusieurs années en milieu hospitalier, mérite d'être développée en ville par l'intermédiaire des pharmaciens d'officine.

Le pharmacien d'officine, à l'interface entre le secteur ambulatoire, les structures médico-sociales et le milieu hospitalier, est idéalement placé pour jouer un rôle clé dans la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux. L'OMEDIT Aquitaine propose ainsi un protocole de réalisation de la conciliation médicamenteuse en ville (60).

1. Quand réaliser la conciliation médicamenteuse ?

Les transitions dans le parcours de soins du patient sont multiples (admission, sortie et transfert), et offrent autant de possibilités au pharmacien d'officine pour participer à la conciliation des traitements médicamenteux (Figure 10).

Figure 10 : Place du pharmacien d'officine aux points de transition du parcours de soins et possibilité de réalisation de la conciliation des traitements médicamenteux (60).



Le pharmacien d'officine élabore la juste liste des traitements pris par le patient, tout en y intégrant l'automédication. Cette liste, valable à un instant T, peut être utilisée à tout moment du parcours de soins. Lors d'une hospitalisation ou d'une entrée en EHPAD programmée, le pharmacien d'officine transmet au patient son Bilan Médicamenteux (BM), utile à la conciliation des traitements médicamenteux à l'hôpital. Le BM peut aussi être élaboré en aval de l'hospitalisation, dans une situation d'urgence, puis transmis au personnel pharmaceutique hospitalier.

2. Pour quels patients ? (60)

Certains patients sont à privilégier aux vues de leur situation physiopathologique et de leur prise en charge médicamenteuse. Les personnes âgées, particulièrement vulnérable à la iatrogénie médicamenteuse, sont des patients pour lesquels la conciliation des traitements est indispensable. Les patients polymédiqués et polyopathologiques (pour la plupart âgés mais pas exclusivement) doivent également être intégré à ce processus de façon prioritaire. Le BM est aussi particulièrement utile pour les patients consultants plusieurs médecins (le médecin traitant, un ou plusieurs spécialistes...) et donc pour lesquels plusieurs prescriptions sont réalisées. Enfin, l'élaboration du BM dans un contexte de pharmacovigilance s'avère intéressante pour étudier l'imputabilité d'un médicament à un évènement indésirable grave.

3. Comment réaliser la conciliation médicamenteuse ?

A l'instar de la conciliation médicamenteuse à l'hôpital, la conciliation médicamenteuse en ville repose sur l'élaboration du BM en regroupant différentes sources. Ce BM est ensuite soumis à l'analyse pharmaceutique de la part du pharmacien officinal. L'analyse médico-pharmaceutique de la pertinence de la prescription médicale est théoriquement réalisée après transmission du BM au personnel médical.

La conciliation des traitements médicamenteux ne peut être exécutée que sur accord du patient dûment informé.

Les informations documentaires sont complétées par un entretien avec le patient, dans le local de confidentialité. Le pharmacien d'officine insiste sur les médicaments en dehors des formes orales (collyres, topiques, injectables...), les médicaments à fréquence particulière (méthotrexate, bisphosphonates...), les médicaments spécifiques (insuline, anti-vitamine K...) et sur les médicaments pris en dehors des prescriptions médicales (automédication, compléments alimentaires, phytothérapie...). L'entretien avec le patient est aussi le moment propice à l'évaluation du niveau d'observance des différentes thérapeutiques.

Au fur et à mesure de la collecte des informations, le pharmacien d'officine remplit une fiche de recueil des informations par source et en réalise la synthèse. Le BM ainsi obtenu est un bilan dont la mise à jour régulière en fonction de l'évolution des traitements est indispensable.

Le BM peut être diffusé à l'ensemble des professionnels de santé intervenant en ambulatoire (médecin traitant, médecin(s) spécialiste(s) de ville, personnel infirmier à domicile) mais aussi lors d'une hospitalisation en établissement de santé ou d'une admission en structure médico-sociale (EHPAD ou autre), sans oublier sa transmission au patient et à son entourage.

4. Avec quels outils ?

Pour mener à bien cette conciliation médicamenteuse, plusieurs outils sont disponibles. Le pharmacien d'officine peut facilement accéder au Dossier Pharmaceutique, à l'historique des dispensations et aux documents (scans d'ordonnances). Il reste tout de même à développer des outils de communication entre professionnels de santé tels que le Dossier Médical Partagé et les messageries sécurisées.

5. Implication et éducation du patient et de l'entourage

Comme toute activité de pharmacie clinique, la conciliation médicamenteuse positionne le patient au centre des préoccupations. Le patient est acteur de sa prise en charge médicamenteuse et doit participer activement au processus de conciliation médicamenteuse. Pour permettre un recueil d'informations efficient, le patient ne doit pas hésiter à parler de ses médicaments avec le pharmacien d'officine. De plus, il facilite le partage d'informations entre professionnels de santé en autorisant l'ouverture de son Dossier Pharmaceutique.

La HAS a ainsi développé un guide à destination des patients intitulé « Parler avec son pharmacien » (61). Véritable outil de communication, ce guide permet de prendre conscience des bienfaits de l'échange avec le pharmacien d'officine au regard de la sécurisation de la prise en charge thérapeutique.

En conclusion, le pharmacien d'officine possède de nombreux atouts pour développer la conciliation des traitements médicamenteux en ville. Malgré ses points forts, son engagement reste encore timide en raison des contraintes économiques et horaires qui caractérisent l'exercice officinal. En effet, le processus de conciliation des traitements médicamenteux, bien qu'envisageable en ville, reste tout aussi chronophage qu'à l'hôpital. Pour mener à bien les nouvelles missions de pharmacie clinique et notamment la conciliation médicamenteuse, les pharmacies d'officine devront étoffer leurs équipes officinales avec du personnel dédié et formé à cette activité. Tout travail méritant salaire, la rémunération du pharmacien en contrepartie de son engagement dans la conciliation médicamenteuse reste un pré-requis indispensable au lancement et au déploiement de cette activité en ville. Les nouvelles missions du pharmacien d'officine s'inscrivent donc aujourd'hui à l'interface entre un système de santé où la sécurisation et l'optimisation de la prise en charge des patients est une priorité, et un monde officinal où le maintien d'une santé économique est un gage de pérennité.

PARTIE 4 : DISCUSSION

I. ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES DE CONCILIATION MEDICAMENTEUSE

Les activités de pharmacie clinique sont aujourd'hui en plein développement. Parmi elles, la conciliation des traitements médicamenteux a montré son efficacité sur la prévention des erreurs médicamenteuses aux points de transition du parcours de soins, notamment chez la personne âgée. Développée en milieu hospitalier et envisagée à l'officine, le déploiement de cette activité se heurte à un certain nombre de difficultés.

1. A l'hôpital

L'exercice de la conciliation médicamenteuse s'est répandu dans plusieurs établissements de santé. Toutefois, les efforts fournis dans sa mise en place restent insuffisants pour faire entrer cette pratique dans la routine hospitalière.

La conciliation des traitements médicamenteux nécessite une implication pharmaceutique importante. Cependant, face aux contraintes de personnel et la rigueur budgétaire de beaucoup d'établissements, notamment dans les établissements de santé non universitaires ne disposant pas d'interne et d'externe en pharmacie, les possibilités de projection des pharmaciens hospitaliers restent insuffisantes pour mener à bien un projet de conciliation médicamenteuse.

Outre ces difficultés humaines, la conciliation des traitements médicamenteux reste une activité très chronophage, notamment lors du recueil documentaire. Celui-ci serait facilité par le déploiement en PUI du Dossier Pharmaceutique. Au premier trimestre 2017, 300 établissements de santé français sont raccordés au DP, et 92% des pharmaciens de PUI raccordés au DP utilisent cette source pour la conciliation médicamenteuse (62). L'utilité du DP en PUI est donc certaine, mais son déploiement reste à poursuivre, en augmentant d'une part le nombre de PUI raccordés au DP, et en favorisant la dématérialisation de la carte vitale d'autre part.

L'engagement des patients dans le processus de conciliation est primordial. Véritable vecteur de l'information au sujet de ses médicaments, le patient hospitalisé n'est pas toujours participatif, notamment dans le domaine de la gérontopsychiatrie. Le professionnel de santé de ville qui peut être contacté et qui connaît son patient et ses traitements, est le pharmacien d'officine. Facilement joignable et disponible, il permet d'obtenir des informations fiables et aussi exhaustives que celles issues du recueil documentaire, mais de façon plus rapide. Ainsi, dans un contexte d'hospitalisation en urgence, le pharmacien d'officine semble être la pièce maîtresse dans l'obtention du bilan médicamenteux optimisé.

2. En ville

La transformation actuelle du métier de pharmacien d'officine ouvre les portes à de nouvelles activités telles que la conciliation médicamenteuse. En effet, le pharmacien d'officine entend jouer un rôle dans la coordination des soins et dans le décloisonnement entre la ville et l'hôpital. Le cadre réglementaire fixé par la Loi HPST et la Convention Pharmaceutique encourage le pharmacien à s'investir dans des nouvelles missions. Les atouts des pharmaciens d'officine sont autant d'arguments à défendre en faveur du déploiement de la conciliation médicamenteuse en officine.

Le pharmacien officinal est un acteur de proximité incontournable dans le parcours de soins des patients. La répartition équilibrée de l'offre pharmaceutique sur le territoire est un gage de sécurité du circuit du médicament et des produits de santé. En effet, le maillage territorial français est particulièrement dense avec 33 officines en moyenne pour 100 000 habitants et on estime à 97% de la population métropolitaine la proportion de personnes vivant à moins de dix minutes en voiture d'une officine (63). Ainsi, les pharmaciens exerçant en officine sont autant de professionnels de santé pouvant intervenir dans le processus de conciliation médicamenteuse pour la sécurité de tous les patients. Du fait de sa proximité et de sa disponibilité, il occupe une place centrale dans ce processus.

Aujourd'hui, 99.9% des pharmacies d'officines sont raccordées au Dossier Pharmaceutique. Précieux dans la pratique officinale quotidienne et notamment dans le processus de conciliation médicamenteuse, les pharmaciens d'officine ont su le déployer de façon significative puisqu'au premier trimestre 2017, pas moins de 35,4 millions de DP sont actifs (62). Même si ces chiffres montrent de très bons résultats, l'effort des pharmaciens officinaux ne doit pas se relâcher et l'information des patients au sujet du DP et de son intérêt reste primordiale.

Dans la littérature, l'entretien avec le patient pour l'obtention du bilan médicamenteux optimisé est considéré comme une des sources à privilégier dans la conciliation médicamenteuse. A l'officine, les entretiens entre le pharmacien d'officine et le patient sont déjà instaurés à travers les entretiens pharmaceutiques anti-vitamine K, anticoagulants oraux directs et asthme. De plus, les patients en ambulatoire sont des patients théoriquement stabilisés au regard de leur pathologie, et donc plus enclins à une participation efficiente à l'élaboration du bilan médicamenteux.

Véritable pivot de la prise en charge médicamenteuse de ses patients, le pharmacien d'officine se place à l'interface entre les différents professionnels de santé ambulatoires et hospitaliers intervenant dans le parcours de soins du patient.

Le déploiement fébrile à l'hôpital contraste avec les réelles possibilités de réalisation en ville. La place centrale du pharmacien d'officine, à l'interface ville-hôpital, est évidente. Pour optimiser ce processus, plusieurs pistes d'amélioration peuvent être proposées.

II. PERSPECTIVES D'AMELIORATION

1. Faire connaître la conciliation médicamenteuse

Aujourd'hui les pratiques de conciliation médicamenteuses sont en plein développement et doivent se faire connaître des professionnels de santé hospitaliers et libéraux, ainsi que du grand public.

Il s'agit également de faire prendre conscience aux professionnels de santé de la grande utilité d'une telle démarche pour une meilleure prise en charge du patient. Le patient, aujourd'hui acteur de sa prise en charge à travers les activités de pharmacie clinique, se doit également de prendre conscience des discordances que génère la complexité de son parcours de soins et donc de la nécessité de la conciliation médicamenteuse.

Des campagnes de communication doivent donc être menées pour déployer la conciliation médicamenteuse sur tout le territoire français au service de la sécurité de tous les patients.

2. Créer des réseaux ville-hôpital

a) Renforcer la coopération ville-hôpital

Le déploiement de la conciliation médicamenteuse n'est possible qu'au travers d'une coopération ville-hôpital. La coopération entre professionnels de santé, notamment entre médecins et pharmaciens, est indissociable de cette démarche.

b) Nommer un pharmacien référent

Ce travail a permis de se rendre compte de l'utilité du pharmacien d'officine dans le processus de conciliation des traitements médicamenteux. Mais dans certaines situations, le pharmacien d'officine reste méconnu dans le parcours de soins, rendant ainsi difficile l'obtention du bilan médicamenteux optimisé.

La création d'un statut pour le pharmacien d'officine le rendant plus visible dans le parcours de soins paraît donc intéressante. Grâce à la Loi HPST, la notion de pharmacien correspondant a été introduite. Dans le cadre de coopérations entre professionnels de santé (par exemple ici dans un cadre de conciliation médicamenteuse), le pharmacien d'officine

peut être nommé par le patient comme correspondant au sein de l'équipe de soins. A ce titre, il peut notamment (à la demande du médecin ou avec son accord) effectuer des bilans de médicaments destinés à optimiser la prise en charge du patient. Encore trop peu répandu, ce statut mérite d'être développé de façon à identifier le pharmacien d'officine dans le parcours de soins et à officialiser sa plus-value dans la prise en charge médicamenteuse des patients.

c) Développer des systèmes de communication sécurisés

L'activité de conciliation médicamenteuse se heurte à des difficultés de communication entre la ville et l'hôpital. Le partage d'information à caractère de santé est possible à condition de ne pas entraver le secret médical. Le développement d'un système de partage sécurisé de l'information entre professionnels de santé de ville et hospitaliers est donc primordial.

Le Dossier Médical Partagé ou DMP, mis en service en 2011 dans le cadre de la loi n°2004-210 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie (64), peut-être la solution à ce problème. Il permet aux professionnels de santé autorisés (médecins, pharmaciens, infirmiers...) d'accéder à des informations personnelles de santé utiles à la prise en charge du patient et de les partager avec les autres professionnels de santé intervenant dans le parcours de soins. Ce « carnet de santé numérique » (65) est totalement sécurisé et le patient est maître de son utilisation puisque lui seul en contrôle l'accès.

Même si sur le papier l'idée du DMP a tout pour séduire médecins, pharmaciens et patients, son développement reste timide. En 2017, seulement 600 000 dossiers ont été créés sur les 66 millions d'assurés français. Outre le coût important du projet depuis sa création en 2004 (un demi-milliard d'euros), les principaux freins au déploiement du DMP sont liés à l'ouverture (exclusivement réservée aux professionnels de santé) et à l'alimentation (lourde et complexe pour les médecins) des DMP (66).

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit la relance du DMP, « pour qu'à chaque étape de la prise en charge, les professionnels et les patients aient accès à l'ensemble de l'information médicale » (67). C'est l'Assurance Maladie qui est aujourd'hui chargée d'expérimenter le DMP dans sa nouvelle version dans neuf départements français. La grande nouveauté : le patient peut lui-même créer son dossier en se rendant sur le portail internet du DMP, muni de sa carte vitale. De plus, à sa création, le DMP est automatiquement alimenté des remboursements de l'Assurance Maladie des douze derniers mois (66). A noter que cette nouvelle fonction serait aussi très utile à la conciliation médicamenteuse, permettant d'ajouter à la liste des sources du recueil documentaire, une ressource informatique fiable et exhaustive. Cette

expérimentation permettra d'obtenir un aperçu de l'utilisation du DMP sur le terrain et de procéder à divers ajustements de façon à en faciliter l'utilisation pour le plus grand nombre.

Dans l'attente des résultats de cette expérimentation et d'un déploiement effectif du DMP à travers le territoire français, le développement d'autres outils est indispensable. Le choix optimal est celui d'une messagerie sécurisée compatible entre les différents professionnels de santé intervenant dans le parcours de soins. Aujourd'hui des messageries de santé sécurisées régionales, sous l'égide des Agences Régionales de Santé (ARS), sont déjà utilisées en routine, mais doivent se développer d'avantage. Cependant, ces messageries sécurisées régionales sont limitées puisqu'elles ne garantissent pas la communication d'informations au-delà des frontières régionales. Le développement d'autres alternatives numériques doit donc aujourd'hui être à l'étude.

3. Vers des nouvelles pratiques de conciliation médicamenteuse

La communication sur la conciliation médicamenteuse doit se poursuivre pour généraliser la pratique et l'ancrer dans la pratique quotidienne. Les professionnels de santé hospitaliers ont les cartes en main pour implanter la conciliation médicamenteuse au sein de leur établissement. Cependant, aux vues des difficultés propres aux établissements de santé de mener à bien cette activité, l'aide des professionnels de santé en ambulatoire est la bienvenue. Ainsi, la conciliation médicamenteuse doit s'inscrire dans un véritable projet ville-hôpital et fait appel à une collaboration pluridisciplinaire au sein de laquelle chaque professionnel de santé, conscient des réels intérêts de ce processus, apporte son expertise au bénéfice du patient.

Dès lors que des projets de conciliation médicamenteuse ville-hôpital apparaîtront, les pharmaciens d'offices seront autant d'acteurs de proximité engagés et motivés. En effet, le pharmacien officinal de demain se dessine comme un véritable pharmacien clinicien à travers sa participation à des missions de coordination des soins telles que l'élaboration des bilans de médication. Réalisable à l'officine, cette mission pharmaceutique permet au patient d'obtenir à un instant t, et notamment avant une hospitalisation, la juste liste de ses médicaments, de façon à poursuivre la stratégie thérapeutique à l'hôpital en toute sécurité. Dans des situations où l'hospitalisation des patients n'est pas prévue, le pharmacien hospitalier contacte le « pharmacien correspondant » d'officine désigné par le patient et obtient le bilan de médication préalablement élaboré à l'officine. La communication ville-hôpital ainsi instaurée nécessite pour chaque professionnel de santé de se tourner vers le numérique et notamment vers les messageries sécurisées dans l'attente d'une généralisation du DMP. Cette mission accentue également l'importance du Dossier Pharmaceutique, qui doit poursuivre son développement et s'inscrire comme un allié

indispensable à la pratique quotidienne du pharmacien d'officine. L'implication de l'équipe officinale dans une démarche de formation à la pratique de conciliation médicamenteuse est le préalable indispensable à la mise en place de cette mission en ville. En échange de bons procédés, le pharmacien d'officine doit prétendre à une rémunération dédiée. Ceci constitue également une condition préalable, gage de pérennité de cette activité au sein de l'officine.

CONCLUSION

Les points de transition du parcours de soins sont de véritables points faibles vis-à-vis de la prise en charge médicamenteuse et favorisent la survenue d'erreurs médicamenteuses. Les événements iatrogènes qui en découlent sont autant de risques auxquels les personnes âgées fragiles sont particulièrement vulnérables. Les enjeux de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse et de la prévention de la iatrogénèse chez les sujets âgés sont de véritables problématiques de santé publique auxquelles la conciliation médicamenteuse apporte une solution efficace.

Aujourd'hui en plein déploiement national, la conciliation médicamenteuse rencontre quelques difficultés de mise en place au niveau hospitalier malgré que son efficacité ait été démontrée à travers le projet High 5S. Grâce à l'étude originale ACEPCONCIL, des perspectives d'amélioration du processus de conciliation médicamenteuse ont été émises.

Ces perspectives reposent sur l'intervention du pharmacien clinicien d'officine, acteur clé du parcours de soins du patient. Les possibilités de réalisation de la conciliation médicamenteuse à l'officine sont réelles et méritent d'être développées pour la sécurité de tous. Fort de ses atouts de proximité et de disponibilité, le pharmacien dispose d'outils informatiques précieux à la conciliation médicamenteuse tels que le Dossier Pharmaceutique, véritable outil qu'ils ont su développer et pérenniser au service de leur exercice pharmaceutique quotidien.

Cette potentielle activité constitue une véritable source d'évolution du métier de pharmacien d'officine. Il convient de développer cette mission et d'en prouver la rentabilité médico-économique, de façon à renforcer la plus-value du pharmacien d'officine dans l'optimisation et la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients. Cette perspective constitue un véritable levier de croissance de la pharmacie d'officine de demain, pour faire face aux difficultés économiques rencontrées ces dernières années.

La Convention Pharmaceutique marque ainsi un réel tournant dans l'exercice du métier de pharmacien d'officine avec l'introduction des bilans de médication à l'officine. Reste aux pharmaciens d'officine de s'engager dans ce processus et d'en revendiquer une rémunération adaptée, gage du maintien de la santé économique des officines françaises.

BIBLIOGRAPHIE

1. **OMS.** Santé mentale et vieillissement [En ligne]. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/fr/> [Consulté le 12.09.2017].
2. **Agence Nationale de Sécurité du Médicament.** Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé [En ligne]. 2005. Disponible sur : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/9641eb3f4a1e67ba18a6b8aecd3f1985.pdf [Consulté le 12.09.2017].
3. **United Nations.** World population prospects : the 2017 revision [En ligne]. 2017. Disponible sur : https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf [Consulté le 12.09.2017].
4. **I. Robert-Bobée.** Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 – La population continue de croître et le vieillissement se poursuit. *INSEE Première*. 2006. N°1089.
5. **INSEE.** Bilan démographique 2016. *INSEE Première*. 2017. N°1630.
6. **OMS.** Rapport mondial sur le vieillissement et la santé [En ligne]. 2016. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206556/1/9789240694842_fre.pdf?ua=1 [Consulté le 13.09.2017]
7. **J.W. Rowe, R.L. Kahn.** Human aging : usual and successful. *Science*. 1987;237(4811):143-9.
8. **P. Le Deun, A. Gentric.** Vieillissement réussi. *Médecine thérapeutique*. 2007;13(1) :3-16.
9. **M. Cesari et al.** Frailty : an emerging public health priority. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2016;17(3):188-92.
10. **S. Karunanathan et al.** La fragilité: en quête d'un nouveau paradigme de clinique et de recherche pertinent. *La revue de médecine interne*. 2009;30(2):105-109.
11. **J.P. Bouchon.** 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie. *La Revue du Praticien*. 1984;84:888-92.
12. **SFPC.** Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse – 1^{ère} édition [En ligne]. 2005. Disponible sur : http://www.optimiz-sih-circ-med.fr/Documents/Dictionnaire_SFPC_EM.pdf [Consulté le 24.09.2017].
13. **P. Michel et al.** Comparaison des deux Enquêtes Nationales sur les Evènements Indésirables graves associés aux Soins menées en 2004 et 2009. Rapport final à la Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation des Statistiques (Minsitère de la Santé et des Sports) [En ligne]. 2011. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud109.pdf> [Consulté le 30.09.2017]

14. **J. Doucet et al.** Preventable and nonpreventable risk factors for adverse drug events related to hospital admissions in the elderly. A prospective study. *Clinical Drug Investigation*. 2002;22(6).
15. **J. Lazarou, B.H. Pomeranz, P.N. Corey.** Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients : a meta-analysis of prospective studies. *JAMA*. 1998;279(15):1200-5.
16. **K. Mangerel, S. Armand-Branger, M. Rhalimi.** Spécificités de la personne âgée et leurs conséquences sur la prise en charge médicamenteuse. *Journal de Pharmacie Clinique*. 2011;30(3) :167-173.
17. **D. Paitraud.** Iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées : enquête, campagne de sensibilisation et actions annoncées du LEEM [En ligne]. 2015. Disponible sur : https://www.vidal.fr/actualites/15365/iatrogenie_medicamenteuse_chez_les_personnes_agees_enquete_campagne_de_sensibilisation_et_actions_annoncees_du_leem/ [Consulté le 03.10.2017].
18. **C. Nejari, J.F. Dartigues.** Cohorte PAQUID : approche épidémiologique du vieillissement cérébral et fonctionnel. *Vieillessement – santé – société*. Paris : INSERM. 1996 : 79-99.
19. **S. Legrain.** Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé : consommation, prescription, iatrogénie et observance [En ligne]. 2005. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf [Consulté le 03.10.2017].
20. **60 Millions de Consommateurs.** Réviser les ordonnances à rallonge chez les séniors pour limiter les risques [En ligne]. 2017. Disponible sur : https://www.60millions-mag.com/sites/default/files/asset/document/60millions-170921-polymedication_seniors.pdf [Consulté le 12.10.2017].
21. **Collège National des Enseignants en Gériatrie.** Corpus de gériatrie. Tome 1. Chapitre 11 : Polypathologie et médicaments, iatropathologie. 2000.
22. **M.L. Laroche, J.P. Charmes, L. Merle.** Potentially inappropriate medications in the elderly : a French consensus panel list. *European journal of clinical pharmacology*. 2007;63(8):725-31.
23. **M.L. Laroche et al.** Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. *La Revue de médecine interne*. 2009;30(7):592-601.
24. **T. Desmidt, V. Camus.** Psychotropes et sujet âgé. *Psychotropes*. 2011;8(2):1-13.
25. **S. Allouetteau et al.** Les médicaments potentiellement inappropriés en gériatrie. *Actualités pharmaceutiques*. 2011;50(511) :24-29.
26. **R.M. Leipzig, R.G. Cumming, M.E. Tinetti.** Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1999;47(1):30-9.

27. **B. Takkouche et al.** Psychotropic medications and the risk of fracture : a meta-analysis. *Drug Safety*. 2007;30(2):171-84.
28. **K. Alagiakrishnan, C. Wiens.** An approach to drug induced delirium in the elderly. *Postgraduate Medical Journal*. 2004;80(294):388-393.
29. **J. Calop, S. Limat, C. Fernandez.** Pharmacie Clinique et Thérapeutique. Paris : Masson, 2008.
30. **C. Devoddere.** La pratique de la pharmacie clinique au Québec : à propos d'une expérience personnelle. 2012. Thèse d'exercice.
31. **V. Siranyan.** Les soins pharmaceutiques en pratique au Québec. *Tous pharmaciens*. N°3. Septembre 2017.
32. **Société Française de Pharmacie Clinique.** Les Statuts [En ligne]. 2017. Disponible sur : <http://sfpc.eu/fr/la-sfpc/les-statuts.html> [Consulté le 22.09.2017].
33. **A. Spinewine.** La pharmacie clinique, une nouvelle orientation pharmaceutique au service des patients : réalisations à l'étranger et possibilités en Belgique. *Louvain Médical*. 2003;122:137-139.
34. **Société Française de Pharmacie Clinique.** Présentation [En ligne]. 2017. Disponible sur : <http://sfpc.eu/fr/la-sfpc/presentation.html>. [Consulté le 14.09.2017].
35. **American College of Clinical Pharmacy.** The definition of clinical pharmacy. *Pharmacotherapy*. 2008;28(6):816-7.
36. **European Society of Clinical Pharmacy.** ESCP Mission & Vision [En ligne]. Disponible sur : <http://www.escpweb.org/content/escp-mission-vision>. [Consulté le 14.09.2017].
37. **L.L. Leape et al.** Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. *JAMA*. 1999;282(3):267-70.
38. **A. Arnaud.** La conciliation médicamenteuse en psychiatrie : expérience pratique au centre hospitalier Gerard Marchant. 2016. Thèse d'exercice.
39. **C. Kausch et al.** Impact économique et intégration d'un pharmacien clinicien dans un service de chirurgie digestive. *Journal de Pharmacie Clinique*. 2005;24(2):90-7.
40. **H.L. Neville et al.** Clinical benefits and economic impact of post-surgical care provided by pharmacists in a Canadian hospital. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2014;22(3):216-22.
41. **V. Caillavet-Bachellez.** Le parcours de soins du patient : un dispositif fédérateur pour les Communautés Hospitalières de Territoire. 2010.
42. **T. Dornan.** An in depth investigation into causes of prescribing errors by foundation trainees in relation to their medical education. 2011.
43. **Haute Autorité de Santé.** Rapport d'expérimentation sur la mise en oeuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français. 2015.

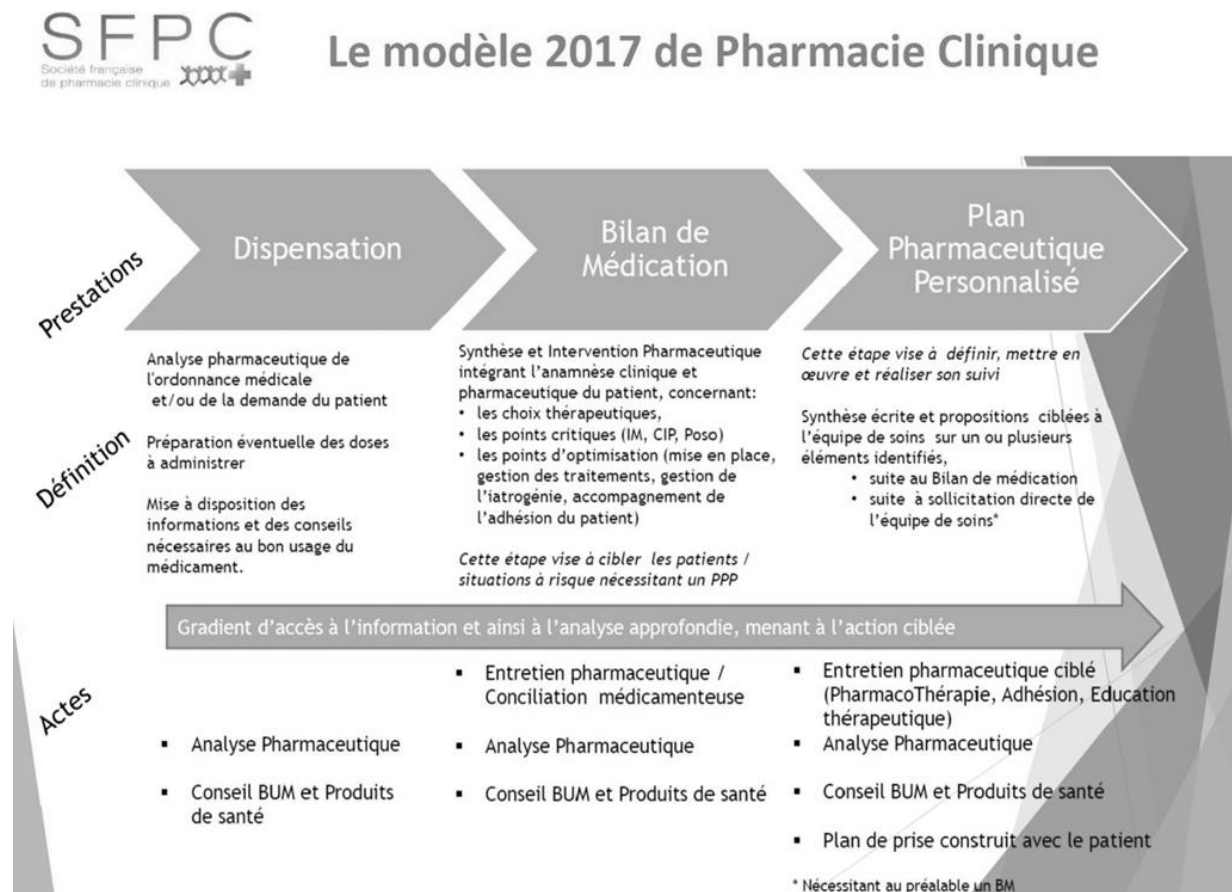
44. **J.D. Wong et al.** Medication Reconciliation at hospital discharge : evaluating discrepancies. *The Annals of pharmacotherapy*. 2008;42(10):1373-9.
45. **J.Y. Lee et al.** Medication Reconciliation during internal hospital transfer and impact of computerized prescriber order entry. *The Annals of Pharmacotherapy*. 2010;44(12):1887-95.
46. **B. Allenet, P. Arnauld, Y.Y. Azizi.** Réaliser une conciliation des traitements médicamenteux à l'admission du patient hospitalisé [En ligne].
47. **E. Dufay et al.** Conciliation des traitements médicamenteux: Détecter, intercepter et corriger les erreurs médicamenteuses à l'admission des patients hospitalisés. *Risques et Qualité*. 2011;13(2):130-8.
48. **The High 5S Project.** Implementation Guide. Assuring medication accuracy at transitions in care : medication reconciliation. 2014.
49. **E. Dufay et al.** The clinical impact of medication reconciliation on admissions to a French hospital : a prospective observational study. *European Journal of Hospital Pharmacy*. 2016;23:207-212.
50. **A. Phatak et al.** Impact of pharmacist involvement in the transitional care of high-risk patients through medication reconciliation, medication education, and postdischarge call-backs (IPITCH Study). *Journal of hospital medicine*. 2016;11(1):39-44.
51. **S. Legrain et al.** A new multimodal geriatric discharge-planning intervention to prevent emergency visits and rehospitalizations of older adults: the optimization of medication in AGEd multicenter randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2011;59(11):2017-2028.
52. **Centre Hospitalier Guillaume Régnier.** Plaquette Chiffres Clés. [En ligne]. 2015. Disponible sur : <http://www.ch-guillaumeregnier.fr/sectorisation/interface/PLAQUETTE%20CHIFFRES%20CLES.pdf> [Consulté le 10.10.2017].
53. **Legifrance.** [En Ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/Informations/A-propos-du-site#ancre3721_0_4 [Consulté le : 15.10.2017].
54. **Ameli.** Convention Nationale des pharmaciens titulaires d'officine. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/Ille-et-vilaine/pharmacien/textes-referance/textes-conventionnels/convention-nationale> [Consulté le 15.10.2017].
55. **Fondation Concorde.** Pharmacie d'officine : quelles évolutions pour répondre aux défis de demain ? La qualité, levier de la transformation. 2016.
56. **G. Bonnefond, P. Gaertner, J.L. Fournival, A. Delgutte, B. Berthelot-Leblanc, Paresys-J. Barbier, C. Grenier, P. Louis, L. Filoche, A. Mascle, A. Dumas.** Manifeste pour la pharmacie française. Union des Syndicats de Pharmaciens

- d'Officine (USPO). [En ligne]. 5 juillet 2016. Disponible sur : <http://www.uspo.fr/wp-content/uploads/2016/07/2016-07-05-Manifeste-pour-la-pharmacie-fran%C3%A7aise.pdf> [Consulté le : 07.10.2017].
57. **M. Clausener, L. Lefort.** PLFSS 2018 : baisses de prix des médicaments et remboursements. *Le moniteur des pharmacies*. [En ligne]. 28 septembre 2017. Disponible sur : <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/plfss-2018-baisses-de-prix-des-medicaments-et-deremboursements.html> [Consulté le : 06.10.2017].
58. **Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine** . Avenant n°11 à la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance Maladie. [En ligne]. 20 juillet 2017. Disponible sur : <http://www.uspo.fr/wp-content/uploads/2017/07/2017-77-Avenant-11-Convention-Pharmaceutique-sign%C3%A9.pdf> [Consulté le : 07.10.2017].
59. **M. Mazière.** La pharmacie de demain : Oui aux nouveaux services, mais rémunérés. *Le Quotidien du Pharmacien*. N° 3383. 26 octobre 2017.
60. **OMEDIT Aquitaine.** La conciliation médicamenteuse en ville. [En ligne]. Novembre 2016. Disponible sur : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/Medicaments_plaquette_Concil_med_ville_12_2016.pdf [Consulté le : 29.10.2017].
61. **Haute Autorité de Santé.** Parler avec son pharmacien. [En ligne]. Juillet 2014. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/brochure_parler_avec_son_pharmacien.pdf [Consulté le : 29.10.2017].
62. **Ordre National des Pharmaciens.** Le déploiement du Dossier Pharmaceutique progresse en établissement de santé. *Tous pharmaciens*. N°3. Septembre 2017.
63. **Ordre National des Pharmaciens.** Communiqué de Presse. Démographie pharmaceutique au 1^{er} janvier 2017. [En ligne]. 8 juin 2017. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/342100/1683041/version/1/file/CP+d%C3%A9mo+2017+Vdef.pdf> [Consulté le 01.11.2017].
64. **France Assos Santé.** Le Dossier Médical Partagé. [En ligne]. 2017. Disponible sur : <http://www.leciss.org/sites/default/files/Dossier-medical-partage-DMP.pdf> [Consulté le 24.10.2017].
65. **Le Dossier Médical Partagé.** [En ligne]. Disponible sur : <http://www.dmp.gouv.fr/> [Consulté le 24.10.2017].
66. **FranceInfo.** Le dossier médical partagé en test dans neuf départements. [En ligne] 22.03.2017. Disponible sur : http://www.francetvinfo.fr/sante/patient/droits-et-demarches/le-dossier-medical-partage-en-test-dans-neuf-departements_2109650.html [Consulté le 01.11.2017].

67. **Ministère des Solidarités et de la Santé.** Les principales mesures de la loi (Loi de modernisation de notre système de santé). [En ligne]. 26.01.2017. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/loi-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante/article/les-principales-mesures-de-la-loi>. [Consulté le 01.11.2017].

ANNEXES

Annexe 1 : Le modèle 2017 de Pharmacie Clinique se la Société Française de Pharmacie Clinique



Annexe 2 : Fiche de recueil des informations par source pour concilier (40).


Annexe 2. Fiche de recueil des informations par source pour concilier

NOM : _____ Prénom : _____ Date de naissance : / / IPP : _____ Nom du service : _____ N° de chambre : _____ Date d'admission : / / Adresse : _____ Téléphone : _____	Personne à contacter : _____ Médecin traitant : _____ Pharmacien d'officine : _____ Infirmier à domicile : _____ EHPAD : _____ Dossier Pharmaceutique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Allergies : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non /scuées/ : _____ Phytothérapies : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non /scuées/ : _____ Automédication : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Crèmes/pommades : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Collants : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Injections : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Patchs : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
---	--	--

Information datée de	Sources d'information	Patient	Pharmacien d'officine	Médecin traitant	Urgences	Ordonnance(s) avec laquelle/lesquelles le patient est admis	Médicaments rapportés lors de l'hospitalisation
Medicament	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Forme/Voie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

NB : si l'information est incertaine, le noter entre parenthèses.

Annexe 4 : Guide d'entretien avec le pharmacien d'officine pour l'obtention du bilan médicamenteux optimisé.

 <p>Centre Hospitalier Guillaume RÉGNIER</p>	<h2 style="margin: 0;">GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LE PHARMACIEN D'OFFICINE POUR L'OBTENTION DU BILAN MEDICAMENTEUX OPTIMISE (BMO)</h2>
---	--

Introduction :

- **Présentation et profession :** Camille GUEGUEN - Pharmacien - Thèse d'exercice en Officine
- **Objectif de l'entretien :** Obtention de la liste des médicaments consommés par le patient avant son admission au CHGR en vue de la réalisation de la conciliation rétroactive de ses traitements.
- **Proposition de transmission du protocole ACEPNCIL**

Informations patient :	Informations pharmacie d'officine :
Nom :	Nom :
Prénom :	Adresse :
DDN :	
Service :	
Dates du séjour :	Numéro de téléphone :

Recueil des données : Date de l'entretien : _____ Durée de l'entretien : _____

→ **Objectif :** recueillir le dosage, la voie d'administration et la fréquence de tous les médicaments pris par le patient, pendant les 3 derniers mois minimum.

- « Pourriez-vous m'indiquer les **traitements** de M/Mme X ? » « Quelles sont les **posologies** et les **fréquences** de prise »
- « Serait-il possible de remonter à 3 mois voire plus ? »

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- « Est-ce que le patient a des **collyres, injections, formes cutanées** ? » **NON** **OUI** → Si oui, lesquels :

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____


- « Le patient prend il des **médicaments autres que ceux prescrits** par un médecin ? » : phytothérapie, aromathérapie, homéopathie, automédication, compléments alimentaires... » **NON** **OUI** → Si oui, lesquels :

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- **Informations complémentaires :**

Conclusion : « Merci pour ces informations et pour le temps consacré à cette enquête. »

Annexe 5 : Guide d'entretien avec le médecin traitant pour l'obtention du bilan médicamenteux optimisé.

 <p>Centre Hospitalier Guillaume RÉGNIER</p>	<h2 style="margin: 0;">GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LE MEDECIN TRAITANT POUR L'OBTENTION DU BILAN MEDICAMENTEUX OPTIMISE (BMO)</h2>
---	--

Introduction :

- **Présentation et profession** : Camille GUEGUEN - Pharmacien - Thèse d'exercice en Officine
- **Objectif de l'entretien** : Obtention de la liste des médicaments consommés par le patient avant son admission au CHGR en vue de la réalisation de la conciliation rétroactive de ses traitements.
- **Proposition de transmission du protocole ACEPCONCIL**

Informations patient :	Informations médecin traitant :
Nom : Prénom : DDN : Service : Date d'entrée :	Nom : Adresse : Numéro de téléphone :

Recueil des données : Date de l'entretien : _____ Durée de l'entretien : _____

→ **Objectif** : recueillir le dosage, la voie d'administration et la fréquence de tous les médicaments pris par le patient, pendant les 3 derniers mois minimum.

- « Pourriez-vous m'indiquer les **traitements** de M/Mme X ? » « Quelles sont les **posologies** et les **fréquences** de prise »

- « Est-ce que le patient a des **collyres, injections, formes cutanées...** ? » **NON** **OUI** → Si oui, lesquels :


- « Y a-t'il eu récemment une **modification** ou un **arrêt** de traitement ? » **NON** **OUI** → Si oui, le(s)quel(s) et pour quelle(s) raison(s) ?

- « Quels sont les **antécédents** du patient ? »

- **Informations complémentaires** :

Conclusion : « Merci pour ces informations et pour le temps consacré à cette enquête. »

Annexe 6 : Fiche descriptive de l'étude ACEPCONCIL

 <p>Centre Hospitalier Guillaume RÉGNIER</p>	
TITRE	ACEPCONCIL Apport de la Communication Entre Professionnels de santé dans le processus de CONCILiation des traitements médicamenteux
PROMOTEUR	Centre Hospitalier Guillaume Régnier, 108 avenue du Général Leclerc BP 60321 35703 Rennes Cedex 7
INVESTIGATEUR COORDINATEUR	Dr Bastien Langrée, Centre Hospitalier Guillaume Régnier, 108 avenue du Général Leclerc BP 60321 35703 Rennes Cedex 7
CO-INVESTIGATEURS	Camille Gueguen, pharmacien, Dr Marie, pharmacien PH, Service de pharmacie, Pr Burgot, pharmacien PUPH, Chef du service pharmacie.
VERSION DU PROTOCOLE	N°2 du 02 novembre 2017
JUSTIFICATION / CONTEXTE	<p>La sécurité des soins est légitimement au cœur des préoccupations des professionnels de santé depuis que les études ENEIS 2004 et 2009 ont évalué le nombre des événements indésirables liés aux soins entre 270 000 et 390 000 par an, dont 95 000 à 175 000 évitables. En plus du risque bien évidemment insupportable pour les patients, cela représente un coût qui pourrait être évité de 500 à 900 millions d'euros par an.</p> <p>La conciliation des traitements médicamenteux est une technique de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient. Son principe repose sur une collaboration pluriprofessionnelle qui permet de reconstituer la juste liste de traitements que doit recevoir le patient. Elle permet d'améliorer la sécurité des soins, notamment aux interfaces entre les intervenants du parcours de soins (lors d'hospitalisations par exemple). Son efficacité a été établie lors d'une étude promue par l'OMS dont le résultat a été publié en 2015 (High 5's). Il s'en est suivi un soutien institutionnel avec la création d'équipes dédiées (CHU Nîmes) ou encore d'appel à projet de la DGOS.</p> <p>Toutefois, ces efforts, s'ils sont notables, sont insuffisants pour faire entrer la pratique de la conciliation dans la routine hospitalière, tant les équipes sont confrontées aux tensions de personnel et à la rigueur budgétaire. En effet, la conciliation est un processus que tous les pratiquants reconnaissent très chronophage.</p> <p>Il est donc important de penser les évolutions possibles du concept, qui sans en perdre la nature profonde permettraient de le généraliser à tous les patients, pour la sécurité de tous.</p>
OBJECTIF PRINCIPAL	Evaluer l'apport relatif d'informations issues de l'entretien oral entre professionnels de santé par rapport aux données recueillies uniquement par des moyens documentaires.
OBJECTIFS SECONDAIRES	Evaluer l'apport respectif des différentes méthodes de recueil des informations vis-à-vis de la prévention des divergences non documentées non intentionnelles.
CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL	Nombre de ligne de traitements de la juste liste après l'entretien
CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES	Nombre de divergences non intentionnelles après l'entretien

METHODOLOGIE / SCHEMA DE L'ETUDE	Etude rétrospective, observationnelle, monocentrique avec anonymisation des données. Preuve de concept.
CRITERES D'INCLUSION DES SUJETS	<ul style="list-style-type: none"> - Patients de plus de 75 ans ou de plus de 65 ans polypathologiques. - Patients pour lesquels a été réalisé une conciliation médicamenteuse d'entrée, entre le 1^{er} juin 2016 et le 1^{er} juin 2017 au Centre Hospitalier Guillaume Régnier de Rennes.
CRITERES DE NON-INCLUSION DES SUJETS	<ul style="list-style-type: none"> - Patients pour qui la révélation du statut d'hospitalisation peut s'avérer gênante. - Non accord du patient au processus de conciliation
TRAITEMENT	- Aucune intervention
PROCEDURES	<p><u>Conciliation d'entrée à l'hôpital :</u> A l'arrivée du patient dans l'unité de soins, l'équipe soignante prévient la pharmacie. Le pharmacien (éventuellement assisté d'externes en pharmacie) se déplace dans le service pour réaliser le recueil documentaire (ordonnances, compte-rendu d'hospitalisation etc.) et relève les coordonnées des professionnels de santé intervenants auprès du patient. Les informations sont confrontées à l'ordonnance informatique prescrite par le médecin de l'hôpital à l'admission. Un document de conciliation relevant les divergences est remis au médecin hospitalier. Aucun contact n'est pris avec les équipes de ville.</p> <p><u>Appel des professionnels ambulatoires :</u> Un autre pharmacien est chargé de réaliser les appels téléphoniques aux professionnels de santé de ville (médecins généralistes, pharmaciens d'officine, infirmiers libéraux etc.). Il établit la liste des médicaments pris par le patient indépendamment du recueil réalisé par l'équipe hospitalière.</p> <p><u>Confrontation des résultats :</u> Les données recueillies par le pharmacien hospitalier et par le pharmacien d'officine sont ensuite confrontées pour mesurer les apports de cette confrontation.</p> <p><u>Comparaison des données :</u> Les données sont ensuite comparées selon le schéma suivant</p> <p>1- pourcentage du nombre de lignes recueillies / nombre de lignes de l'Ordonnance à l'Admission:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Appels téléphoniques b) Recueil documentaire c) Données confrontées

PROCEDURES	<p>2-pourcentage de divergences non intentionnelles / nombre de lignes de l'Ordonnance à l'Admission</p> <p>a) Appels téléphoniques b) Recueil documentaire c) Données confrontées</p> <p>Les données seront comparées à l'aide d'un test non paramétrique de Kruskal-Wallis (logiciel R).</p>
NOMBRE DE PATIENTS	13 patients
DUREE DE LA RECHERCHE	<p>Durée de la période d'inclusion : 1 an Durée totale de l'étude : 18 mois</p>
RETOMBES ATTENDUES	<p>Optimiser les différentes étapes du processus de conciliation, trouver de nouvelles voies de collaboration entre professionnels de santé pour permettre de développer la conciliation à une échelle plus importante qu'à l'heure actuelle, en s'appuyant sur de nouvelles catégories de professionnels (ex : pharmacien d'officine).</p>

PERMIS D'IMPRIMER

FACULTÉ DE PHARMACIE



n° 4

NOM et Prénom : CAMILLE GUEGUEN

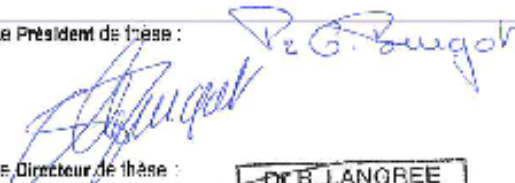
TITRE DE LA THESE

Rôle de du pharmacien clinicien d'officine
dans le processus de conciliation des
traitements médicamenteux en gériatrie psychiatrie

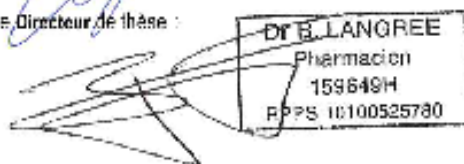
10 NOV. 2017

Rennes le 02 novembre 2017

Le Président de thèse :



Le Directeur de thèse :


Dr B. LANGRÉE
Pharmacien
159649H
PPPS 10100525780

VU et Permis d'imprimer

Le Président de l'Université de Rennes 1.



Serment de Galien

En présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples, je jure :

- D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

GUEGUEN, Camille - Rôle clé du pharmacien clinicien d'officine dans le processus de conciliation des traitements médicamenteux en gérontopsychiatrie.

91 feuilles, 10 illustrations, 7 tableaux, 30 cm.- Thèse : Pharmacie ; Rennes 1; 2017 ; N° .

La conciliation médicamenteuse est une activité de pharmacie clinique centrée sur le patient permettant de prévenir les erreurs médicamenteuses aux points de transition du parcours de soins, notamment entre la ville et l'hôpital. Son efficacité et son intérêt ont été démontré à travers le projet High 5S de l'Organisation Mondiale de la Santé, pour des patients polypathologiques et polymédiqués tels que les personnes âgées et notamment celles souffrant de troubles psychiatriques. L'étude ACEPCONCIL a donc étudié cette population gérontopsychiatrique et a permis de mettre en évidence des difficultés de mise en place de la conciliation médicamenteuse à l'hôpital mais aussi l'intérêt potentiel du pharmacien d'officine dans ce processus. Le déploiement de la conciliation médicamenteuse en ville, grâce aux atouts du pharmacien d'officine, offre de réelles perspectives d'évolution du métier de pharmacien. En effet, l'officine française aujourd'hui en pleine mutation entend jouer un rôle dans des nouvelles missions pour revaloriser son rôle en santé publique et démontrer son caractère indispensable dans la prise en charge médicamenteuse des patients, dans un souci de coopération entre professionnels de santé et de décloisonnement entre la ville et l'hôpital.

Medication reconciliation is a patient-centered clinical pharmacy activity that helps prevent medication errors at transition points of the healthcare system, especially between outpatient care and hospital care. The High 5S project of the World Health Organization has demonstrated its effectiveness and interest for polypathological and polymedicated patients such as the elderly, and especially those suffering from psychiatric disorders. The ACEPCONCIL study has highlighted for geriatric psychiatric population the difficulties of setting up medication reconciliation at the hospital but also the potential interest of pharmacists in this process. The development of medication reconciliation in ambulatory care, thanks to pharmacists' strengths, offers real prospects for the evolution of the profession of pharmacist. In fact, the French pharmacy, which is currently undergoing major changes, intends to play a key role in new missions to enhance its role in public health and to demonstrate its key role in the medical management of patients, in a spirit of cooperation between professionals and defragmentation between ambulatory and hospital care.

Rubrique de classement :

Mots-clés : pharmacie clinique, conciliation médicamenteuse, erreur médicamenteuse, iatrogénie, pharmacien, gériatrie, psychiatrie.

Mots-clés anglais MeSH : clinical pharmacy, medication reconciliation, medication errors, pharmacist, geriatry, psychiatry

JURY :
Président : Madame le Professeur Gwenola BURGOT

Assesseurs : Monsieur le Docteur Bastien LANGREE [Directeur de thèse]
Monsieur le Docteur Yann DESERT [Juge]