



HAL
open science

Accompagnement de la première expérience de la conciliation de sortie au CHU de Rouen

Pauline Seurot

► **To cite this version:**

Pauline Seurot. Accompagnement de la première expérience de la conciliation de sortie au CHU de Rouen. Sciences pharmaceutiques. 2018. dumas-01927739

HAL Id: dumas-01927739

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01927739v1>

Submitted on 20 Nov 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.

UNIVERSITE DE ROUEN
UFR DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2018

N°

THESE
pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN
PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 7 juin 2018

par

SEUROT Pauline

Née le 15 juin 1993 au Havre

**Accompagnement de la première expérience de la
conciliation de sortie au CHU de Rouen**

Président du jury : VARIN Rémi, Professeur de Pharmacie Clinique
Membres du jury : CHENAILLER Catherine, Docteur en Pharmacie PU-PH, CHU de Rouen
GUERARD-DETUNCQ Cécile, Docteur en Pharmacie, Professeur associé, UFR santé Rouen
GROULT Marie-Laure, Maître de conférences en Botanique et Mycologie, UFR santé Rouen
PALASSET Eric, Docteur en Pharmacie

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

REMERCIEMENTS

A Catherine CHENAILLER : Je tiens à vous remercier infiniment de m'avoir soutenue, accompagnée et d'avoir consacré tant de temps à la construction et à la réalisation de mon travail. Merci pour la qualité de vos conseils, de votre écoute, de votre patience et de votre amabilité.

A monsieur VARIN, monsieur PALASSET, madame GROULT et madame GUERARD-DETUNCQ : Merci à vous de me faire l'honneur d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

A ma Maman, Maryse et Tristan : Merci à vous d'avoir consacré du temps pour m'aider dans la relecture de ma thèse.

A mes parents : Un grand merci à vous de m'avoir aidée, accompagnée durant toutes mes années d'études et de m'avoir soutenue à traverser les événements difficiles. Merci d'avoir cru en moi depuis le début.

A mes frères : Vous êtes ma force pour avancer. Pierre tu m'as toujours encouragé en me disant que j'étais capable de réussir ce que j'entreprenais. Mon Nico, au début de mes études tu étais présent et tu m'encourageais à réussir. Depuis ton absence je me bats tous les jours pour que tu sois fier de moi.

A ma famille et mes amis : Je vous remercie de m'avoir soutenue, d'avoir été là et d'être toujours là pour moi.

A toute l'équipe de la pharmacie : Merci de m'avoir fait évoluer et tant appris dans la bonne humeur et la convivialité.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>)	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW (<i>surnombre</i>)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie

Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GULLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie

Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoît MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>sumombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>sumombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>sumombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

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

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie

Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
---------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Anaïs SOARES	Bactériologie
------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Anne-Sophie CHAMPY	Pharmacognosie
M. Jonathan HEDOUIN	Chimie Organique
Mme Barbara LAMY-PELLETER	Pharmacie Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PH-PH) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-PH) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINE** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

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

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	3
Partie I : Introduction	21
1. Définition de la conciliation des traitements médicamenteux	21
2. Historique de la conciliation des traitements médicamenteux	22
2.1. La conciliation médicamenteuse aux Etats-Unis	22
2.2. La conciliation des traitements médicamenteux au Canada	23
2.3. La conciliation des traitements médicamenteux en France	26
3. Processus de la conciliation des traitements médicamenteux.....	33
3.1. La recherche active	34
3.2. L'entretien pharmaceutique avec le patient ou l'entourage	35
3.3. La synthèse des informations permettant la réalisation du bilan médicamenteux.....	35
3.4. La validation du bilan médicamenteux d'entrée	36
3.5. Le partage et l'exploitation du bilan médicamenteux	37
3.6. Actualisation de la prescription, transmission d'informations et archivage	37
4. Les objectifs de la conciliation des traitements médicamenteux.....	38
4.1. Favoriser la continuité médicamenteuse.....	38
4.2. Diminuer les erreurs médicamenteuses et les événements indésirables médicamenteux.....	39
4.3. Diminuer les recours aux hospitalisations.....	49
Partie II : Matériel et méthode.....	52
1. Etat des lieux des outils et méthodes déployés et plan d'action de la conciliation médicamenteuse d'entrée	52
1.1. Bilan des activités de la pharmacie clinique déployée.....	52
1.2. Formation des externes et internes à la conciliation.....	54
1.3. Procédure et mode opératoire	54
2. Etat des lieux des outils et méthodes déployées et plan d'action de la conciliation médicamenteuse de sortie	57
2.1. Bilan médicamenteux de sortie	58
2.2. Création de nouveaux outils.....	58
3. Evaluation de la satisfaction	59
3.1. Patients	59
3.2. Prescripteurs hospitaliers.....	60
3.3. Pharmaciens d'officine	61
Partie III : Résultats	64
1. Conciliation médicamenteuse d'entrée (CTME)	64
1.1. Révision du guide d'entretien.....	64
1.2. Création d'un bilan médicamenteux d'entrée.....	66
1.3. Traçabilité du circuit de la carte vitale	68
1.4. Courrier de transmission aux officines.....	69

1.5.	Révision de la fiche de conciliation des traitements médicamenteux.....	69
1.6.	Traçabilité de la synthèse pharmaceutique.....	70
1.7.	Bilan d'activité de la CTME de Janvier 2017 à Juin 2017	71
2.	Bilan d'activité de l'analyse pharmaceutique.....	72
3.	Conciliation des traitements médicamenteux de sortie	73
3.1.	Description du déploiement de la CTMS dans le service.....	73
3.2.	Bilan d'activité de la CTMS de Janvier 2017 à Juin 2017.....	77
4.	Evaluation de la satisfaction	77
4.1.	Patients	77
4.2.	Prescripteurs	78
4.3.	Officines	79
Partie IV :	Discussion.....	82
5.	Premier objectif : mise en place d'actions correctives concernant la conciliation d'entrée	82
5.1.	Le guide d'entretien.....	82
5.2.	Fiche d'enquête.....	85
5.3.	Feuille de Circuit de la Carte Vitale	87
5.4.	Courrier de transmission aux officines.....	89
5.5.	Fiche de conciliation des traitements médicamenteux.....	89
5.6.	Feuille de synthèse pharmaceutique.....	90
6.	Deuxième objectif : élaborer une méthode accompagnée d'outils pour déployer la conciliation médicamenteuse de sortie dans la service de Rhumatologie.....	91
6.1.	Check-list de la conciliation des traitements médicamenteux de sortie	92
6.2.	Bilan médicamenteux	93
6.3.	Le guide d'entretien.....	94
7.	Troisième objectif : évaluer la satisfaction du patient, du prescripteur, et du pharmacien de ville.	95
CONCLUSION.....		98
ANNEXES		101
BIBLIOGRAPHIE		123
SITOGRAFIE.....		125

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Niveau de réalisation de l'erreur médicamenteuse initiale (sauf risque d'erreurs)- (d'après AFSSAPS, 2010).....	43
Tableau 2 : Nature de l'erreur (D'après le guichet de l'erreur médicamenteuse (AFSSAPS, 2010))	44

Liste des figures :

- Figure 1 : Relation entre erreurs médicamenteuses, événements iatrogènes médicamenteux et effets indésirables médicamenteux- d'après "une prescription sur mesure" (Claeys, 2013)40
- Figure 2 : Histogramme du nombre de CTME et DVNI de décembre 2016 à juin 2017..... 72
- Figure 3 : Histogramme du nombre de CTMS et DVNI de janvier 2017 à juin 2017 77

ANNEXES :

Annexe 1 : Guide d'entretien avec le patient à son entrée par l'équipe pharmaceutique.....	101
Annexe 2 : Feuille d'enquête pour le bilan médicamenteux d'entrée	103
Annexe 3 : Bilan pharmaceutique de médication.....	104
Annexe 4 : Circuit de la carte vitale du patient hospitalisé pour la lecture du dossier pharmaceutique	105
Annexe 5 : Courrier de transmission aux officines	107
Annexe 6 : Fiche de conciliation des traitements médicamenteux.....	108
Annexe 7 : Feuille de synthèse pharmaceutique	110
Annexe 8 : Bilan médicamenteux de sortie	111
Annexe 8: Check list de la conciliation des traitements médicamenteux de sortie.....	112
Annexe 10 : Guide d'entretien patient en sortie d'hospitalisation par l'interne	114
Annexe 11 : Guide d'entretien patient en sortie d'hospitalisation par un externe en pharmacie	116
Annexe 12 : Questionnaire de satisfaction des patients	118
Annexe 13 : Questionnaire de satisfaction des prescripteurs	119
Annexe 14 : Questionnaire de satisfaction des pharmaciens d'officine	120

Abréviations

ADELI : Automatisation DEs Listes

AP-HP : Assistance Publique- Hôpitaux de Paris

ARS : Agence Régional de Santé

ATU : Autorisation Temporaire d'Utilisation

ASIP Santé : l'Agence des Systèmes d'Information Partagé de Santé

BMC : Bilan Comparatif des Médicaments

BMO : Bilan Médicamenteux Optimisé

BMS : Bilan Médicamenteux de Sortie

CERP : Coopérative d'Exploitation et de Répartition Pharmaceutique

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLCC : Centre de Lutte Contre le Cancer

CPS : Carte Professionnelles de Santé

CRPV : Centre Régional de Pharmacovigilance

CTM : Conciliation des Traitements Médicamenteux

CTME : Conciliation des Traitements Médicamenteux d'Entrée

CTMS : Conciliation des Traitements Médicamenteux de Sortie

CV : Carte Vitale

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DP : Dossier Pharmaceutique

DVNI : Divergences Non Intentionnelles

EIG : Evénement Indésirable Grave

EIM : Evénement Indésirable Médicamenteux

EM : Erreurs Médicamenteuses

FAST : Fourniture d'Accès Sécurisé au Traitement

GEDI : Gestion Electronique des Documents et de l'Information

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAS : Haute Autorité de Santé

ICIS : l'Institut Canadien d'Information sur la Santé

ICSP : l'Institut Canadien pour la Sécurité des Patients

IDE : Infirmière Diplômé d'Etat

IP : Intervention Pharmaceutique

ISMP Canada : Institut For Safe Medication Practices Canada

LAD : Logiciel d'Aide à la Dispensation

LAP : Logiciel d'Aide à la Prescription

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

OCP : Office Commercial Pharmaceutique

OMÉDIT : Observatoire du Médicament, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique

PASS : Permanence d'Accès aux Soins

POR : Programme Organisationnel Requisites

PREPS : Protocole de Recherche en Performance de Soins

PU-PH : Professeur des Universités- Praticien Hospitalier

OMA : Ordonnance Médicamenteuse d'Admission

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

REMED : Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et Dispositifs Médicaux Associés

RPPS : Répertoires Partagé des Professionnels de Santé

SAU : Service d'Accueil et d'Urgence adulte

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

UF : Unité Fonctionnelle

U.H.C.D: Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

U.H.A : Unité d'Hospitalisation d'Aval

UNCAM : Union National de la Caisse d'Assurance Maladie

URPP : Unité de Recherche en Pratique Pharmaceutique

USI: Unité de Soins Intensifs

Partie I : Introduction

1. Définition de la conciliation des traitements médicamenteux

La dénomination française précise de ce concept est la « conciliation des traitements médicamenteux ». L'usage a également consacré l'expression « conciliation médicamenteuse ».

Il s'agit d'une démarche qui structure l'organisation de la prise en charge médicamenteuse du patient aux points de transition de son parcours de soins. Elle contribue à la continuité des traitements médicamenteux du patient ambulatoire, résident ou hospitalisé.

En mars 2015, la Haute Autorité de Santé (HAS) en a donné une définition consécutivement à l'expérimentation initiative High 5S, « Medication Reconciliation » nommé Med'Rec, sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par 9 établissements en France :

« La conciliation des traitements médicamenteux est un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient, 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, les transferts et la sortie. »

La conciliation des traitements médicamenteux est un processus de recherche et d'interception des erreurs médicamenteuses ayant pour but de favoriser la continuité médicamenteuse, la prévention des erreurs médicamenteuses afin de diminuer le risque de recourir à l'hospitalisation (HAS, 2015c).

La qualité des informations transmises à la sortie de l'hospitalisation du patient dépend de la qualité du bilan médicamenteux d'entrée, de la traçabilité des changements de thérapeutiques en cours de séjour ainsi que de la qualité de la synthèse réalisée au moment de la sortie, à partir de l'ensemble des informations traitées sur les traitements médicamenteux.

Le service de Rhumatologie bénéficie d'une informatisation des prescriptions et des administrations. Les données biologiques et cliniques sont également informatisées. L'analyse pharmaceutique clinique des prescriptions ainsi que la conciliation d'entrée sont déjà en place au moment de la réalisation de ce travail.

2. Historique de la conciliation des traitements médicamenteux

2.1. La conciliation médicamenteuse aux Etats-Unis

Les Etats-Unis ont pris en compte dès le début des années 1990 l'importance non négligeable de la iatrogénie médicamenteuse pouvant causer des événements indésirables graves. Dès 1997, certains établissements de santé initient une démarche d'analyse des erreurs médicamenteuses, mettant en avant la part prépondérante des erreurs aux points de transition. En 1999, le rapport « To err is Human » de l'Institute of medicine rapporte que la cause des événements indésirables graves est le plus souvent liées à des erreurs médicamenteuses (Forster *et al.*, 2003).

Suite à ces constats, des procédures de standardisation concernant le recueil et la traçabilité des informations aux différents points de transition se mettent en place dans les années 2000 (prémices de la conciliation médicamenteuse) (John D. Rozich *et al.*, 2011). Cela consiste à lister dans un tableau l'ensemble des médicaments pris par le patient. Chaque modification du traitement du patient doit être listée dans ce tableau. Cette liste est également présente lors du transfert dans une autre unité de soins ainsi que lors de la sortie du patient.

Une étude américaine sur l'analyse de la conciliation des traitements médicamenteux et les facteurs de risques lors de l'admission à l'hôpital a montré que 85% des erreurs médicamenteuses (EM) proviennent de l'historique médicamenteux du patient, dont la moitié est liée à des omissions. Les médicaments les plus en causes dans ces EM sont les médicaments cardiovasculaires qui représentent 29,1% (Gleason *et al.*, 2010).

Ce n'est qu'en 2001 que le terme « medication reconciliation » apparaît pour désigner la conciliation des traitements médicamenteux (DAQSS, SDC, *et al.*, 2014).

Les Etats-Unis et le Canada font partis des pays fondateurs du projet High 5S initié par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dès 2006. Ce projet a pour objectif de réduire significativement et durablement cinq éléments fondamentaux sur la sécurité du patient, dont les erreurs médicamenteuses aux points de transition. Ce projet High 5S est à l'origine du sous projet « Med Rec' » (World Health Organization, 2013, HAS, 2015c).

2.2. La conciliation des traitements médicamenteux au Canada

La conciliation des traitements médicamenteux au Canada est intitulée bilan comparatif des médicaments (BCM). En 2011, l'Unité de Recherche en Pratique Pharmaceutique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Sainte-Justine de Montréal (URPP) lance le site impactpharmacie.org qui recense de nombreux articles et évalue les retombées des interventions pharmaceutiques présentées sous formes d'indicateurs. Au travers de ces interventions pharmaceutiques on peut observer que l'action du pharmacien a un impact positif grâce à son action par la conciliation des traitements médicamenteux (M. Bertonière et Le Moniteur des pharmaciens, 2015 ; URPP CHU Sainte-Justine 2017).

En 2012 une étude a été menée rapportant que l'utilisation du BCM par les infirmières et le pharmacien a permis de prévenir 81 événements indésirables sur 290 patients (Feldman *et*

al. 2012). De même sur une durée de six mois, le nombre de patients présents dans une Unité de Soins Intensifs (USI) présentant une erreur médicamenteuse a été réduit de 94% à quasiment 0% grâce au BMC de transfert (Pronovost *et al.*, 2003).

En 2012, quatre grands organismes pancanadiens ont émis un rapport concernant l'état des lieux du BMC et son évolution dans le temps. Ces quatre grands organismes sont l'Agrément Canada (ou Accreditation Canada), l'Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS), l'Institut Canadien pour la Sécurité des Patients (ICSP) ainsi que l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada : Institut For Safe Medication Practices Canada).

Pour l'ICSP, le bilan comparatif des médicaments constitue une priorité organisationnelle. C'est l'une des trois principales priorités en matière de sécurité des patients (Agrément Canada *et al.*, 2012, My-Lan et ISMP-Canada, 2010, ISMP-Canada 2018).

Pour Agrément Canada c'est également une priorité de mise en place. Agrément Canada est un organisme canadien développé à l'international. Il est présent dans plus de 7000 établissements de santé répartis dans au moins 20 pays du monde. L'objectif d'Agrément Canada est d'apporter et d'améliorer les soins de santé et services sociaux pour les patients, d'aider à renforcer la qualité, la sécurité des soins et de réduire les risques pour les organismes accrédités. Cet organisme va permettre aux établissements offrant des soins de santé et des services sociaux accrédités, une évaluation continue selon le programme d'accréditation Qmentum. Ce programme comprend une évaluation par rapport à des normes de classe mondiale mises au point par l'organisation de norme de santé HSO (Accreditation Canada 2018).

Il existe plusieurs normes HSO, l'HSO 3001: 2015 concerne la gestion des médicaments. Cette norme a pour objectif de réduire les erreurs et les accidents liés aux médicaments. Elle aide à avoir une gestion à tous les niveaux du médicament (ordonnance, préparation, remise et

administration des médicaments au patient ...) ainsi qu'une assurance de la qualification du personnel impliqué dans la gestion des médicaments. Cette norme expose l'importance du BCM pour Agrément Canada (Health Standards Organization, 2017).

Le BCM a été introduit en 2005 à des fins d'évaluation dans le programme d'Agrément Canada sous forme de Programme Organisationnel Requisites (POR) au nombre de 2 : le bilan comparatif des médicaments à l'admission et le bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé. Ces POR seront inclus dans les services pour agir sur les étapes détaillées de la mise en place du BCM comme l'obtention du meilleur schéma thérapeutique possible ou la relation avec le prestataire de soins pour lui transmettre la liste mise à jour des médicaments pris par le patient.

L'Agrément Canada met à jour le programme d'accréditation *Qmentum 2008* concernant la norme du BCM pour permettre la facilité de sa mise en œuvre. Les POR ont été réévaluées et modifiées. La POR bilan comparatif des médicaments à l'admission après modification en 2010-2011 inclus les exigences propres aux soins ambulatoires et aux services de consultations externes, aux soins et services à domicile, aux services communautaires et aux services d'urgence. En 2011-2012, une amélioration du POR Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé a été réalisée pour clarifier les importantes étapes du processus pour les soins de courte et de longue durée, les soins ambulatoires et les services de consultations externes, les soins et services à domicile ainsi que les services communautaires.

L'Agrément Canada prévoit une évolution du BCM au cours du temps. Sa mise en œuvre est une stratégie prioritaire. Pour cela il prévoit une aide supplémentaire dans la mise en place du BCM pour les organismes accrédités mais également une évaluation des organismes, par les visiteurs, dans tous les secteurs quelle que soit leur structure, leur taille et l'étape de mise en place du BCM. De plus, les outils et les ressources du BCM sont réévalués

et adaptés pour permettre leur utilisation par les usagés, les familles et les prestataires de soins non réglementés du milieu communautaire.

Les études des professions de santé canadienne (médecine, pharmacie, soins infirmiers) les intègrent au programme de formation du BCM pour une connaissance par tous les professionnels de santé. La mise en place d'une collaboration entre les partenaires et les associations de patients est réalisée pour créer une stratégie de communication dans le but d'appuyer les efforts liés au BCM au Canada.

2.3. La conciliation des traitements médicamenteux en France

2.3.1. Expérience OMS « Med'Rec »

En 2006 l'OMS lance une démarche internationale, initiative *High 5S*, en association avec la Commonwealth Fund, la Joint Commission International et le Canada qui coordonne cette démarche. Les pays fondateurs sont l'Australie, les Etats Unis, le Royaume-Uni, l'Allemagne, la Nouvelle-Zélande et les Pays-Bas (HAS, 2015c).

Cette démarche internationale est initiée dans le but d'améliorer la sécurité du patient en prévenant les accidents évitables à l'hôpital grâce à des solutions standardisées. La standardisation des processus est un élément clé du projet.

Cinq thèmes sont ciblés par l'initiative *High 5S*:

- « la précision de la prescription des médicaments aux points de transition du parcours de soins ;
- la prévention des erreurs de site en chirurgie ;
- l'utilisation des médicaments concentrés injectables ;
- les défaillances dans les transmissions infirmières ;
- les infections associées aux soins »

L'efficacité et la faisabilité de la standardisation seront évaluées dans l'attente d'obtenir une diminution de pratiques variables, des erreurs ainsi qu'une amélioration de la sécurité des patients.

La France rejoint le projet *High 5S* en 2009. Parmi ces cinq thèmes, la France met en priorité les projets sur « la sécurité de l'opéré ou la prévention des erreurs de site et de procédure en chirurgie ainsi que la « sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins » Ce dernier projet est renommé « réconciliation médicamenteuse » pour *Med' Rec* (DAQSS, SDC, et A. Broyart 2014).

Le projet *Med' Rec* est coordonné par l'HAS, Observatoire du Médicament, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMÉDIT) Aquitaine, et est déployé dans 9 établissements de santé. L'établissement pilote de ce projet en France est le Centre Hospitalier (CH) de Lunéville. L'objectif du projet est de recueillir la totalité des médicaments, posologies, voies et formes d'administrations, pris par le patient avec ou sans ordonnance, au moment de son admission dans un établissement de santé. Cela constitue le bilan médicamenteux optimisé. Les patients pouvant être inclus dans ce projet sont des patients de plus de 65 ans admis dans des services d'urgence et de courts séjours.

Le déroulement du projet se fait en 4 étapes consécutives : la « recherche active d'informations sur les médicaments pris par le patient », « la formalisation et la validation du bilan médicamenteux optimisé », « la comparaison du bilan médicamenteux optimisé et de l'ordonnance d'admission », ainsi que « la prévention et la correction des divergences non documentées ». Les résultats obtenus ont montré que la conciliation est réalisée de façon efficace, car très peu de divergences n'ont pas été résolues après la conciliation (HAS, 2015c). Durant les 5 années d'expérimentation (2010-2015) le nombre de patients conciliés a augmenté de 2258 à 6470. Les données ont été collectées jusqu'en juillet 2014. Elles ont montré une variation de 0,2 à 5,8 du nombre de divergences non documentées intentionnelles

par patient et une variation de 0,4 à 2,7 divergences non intentionnelles par patient. Au total 46188 divergences ont été documentées pour 27447 patients soit 1,7 divergences documentées entre le bilan médicamenteux et la prescription hospitalière. Le nombre d'erreurs médicamenteuses par patient est en moyenne de 0,8. Une variation de 2 à 19 erreurs médicamenteuses par patient a été observée au travers des 9 établissements (HAS 2015c)

2.3.2. Projet Med Rec

Ce projet est dirigé par les hôpitaux universitaires de Strasbourg et le centre hospitalier de Lunéville. Il est constitué de 3 phases dont la phase 1 du projet est de créer et valider des outils de cotation de gravité des erreurs médicamenteuses.

Une étude a été menée sur 145 erreurs médicamenteuses interceptées chez 70 patients durant 3 ans (2012 à 2014) dans 7 des 9 établissements participant au projet Med Rec. Les erreurs médicamenteuses de gravité potentiellement considérées comme majeures concernent 17% des erreurs soit 12 patients sur les 70, évaluées sur la durée de l'hospitalisation. Sans tenir compte de la durée d'hospitalisation, le nombre d'erreurs de gravité considérées comme majeure s'élève à 57% soit 40 patients sur 70.

2.3.3. Etat des lieux en France 2015

En 2015, 4133 établissements de santé sont implantés sur le territoire Français. 2537 d'entre eux ont été sollicités par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) pour répondre à une enquête sur la conciliation des traitements médicamenteux. 1688 établissements de santé ont répondu. 90% d'entre eux (1520) déclarent avoir une activité de pharmacie clinique dont 22% (338) réalisent la conciliation des traitements médicamenteux (DGOS, 2016). Suite à cette enquête, la DGOS a mené un appel à projet en 2016 pour

favoriser le déploiement de la pharmacie clinique. La pharmacie du CHU de Rouen a alors proposé le projet RMSAge. Celui-ci n'a finalement pas été sélectionné parmi les 10 candidats retenus. Un deuxième appel à projet sur cette même thématique a été proposé fin 2017 aux établissements de santé pour lequel le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Rouen Cœur de Seine a répondu. Les résultats sont attendus mi-2018. D'autre part, la région Normandie a soutenu également le déploiement de la conciliation médicamenteuse au travers d'appel à projet régionaux en 2016 et 2017 pour lesquels le GHT Rouen Cœur de Seine a proposé les projets RMSORTIE et RMSORTIE 2.

2.3.3.1. La conciliation des traitements médicamenteux au CHU de Rouen - l'expérience de Saint Julien

Au CHU de Rouen la conciliation d'entrée a été initiée pour la première fois en 2012 dans les services de soins de gériatrie aigue et médecine polyvalente de Saint Julien (contenant 104 lits médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)). Cette expérience a permis d'aboutir à 2 thèses de DES en pharmacie Hospitalière.

La première thèse est celle de Marie Dufour réalisée en 2013 intitulée « La conciliation médicamenteuse : étude rétrospective chez 200 patients et réflexion sur la mise en place au CHU de Rouen ». Ce travail réalisé sur une période de sept mois en 2012 relève 200 conciliations d'entrée et 118 divergences non intentionnelles (M.Dufour *et al.*, 2013).

La seconde thèse est celle de Marion Arthur, épouse Cordier, réalisée en 2015 concernant « L'évaluation de l'impact clinique et économique des activités de pharmacie clinique dans un service de médecine interne gériatrie thérapeutique du CHU de Rouen ». Ce travail réalisé entre mars 2013 et avril 2014, relève 196 conciliations d'entrée (13,7% des admissions) et 94 divergences non intentionnelles. En 2017, la conciliation d'entrée a été

réalisée pour 458 patients, 323 divergences non intentionnelles ont été interceptées et corrigées, la conciliation de sortie a été initiée depuis juin 2017 et réalisée pour 33 patients.

2.3.3.2. Participation à des projets de recherche

Le CHU de Rouen a participé en 2016 au Protocole de Recherche en Performance de Soins (PREPS) MEDREV 2014, portant sur l'impact de la mise en œuvre d'un suivi pharmaceutique collaboratif, dans la prise en charge médicamenteuse à l'admission des patients d'au moins 65 ans. Il s'agit d'une étude multicentrique randomisée en cluster de type « stepped wedge » coordonnée par le Dr KINOWSKI Jean-Marie (CHU de Nîmes), comprenant la conciliation d'entrée et la révision des thérapeutiques médicamenteuses.

L'étude présente comme hypothèse : « dans le système de soins français, une diminution de la fréquence et de la gravité des effets indésirables majeurs évitables peut-être réalisée lors de la prise en charge des patients au moment de leur admission à l'hôpital ».

Cette étude a été menée dans six unités de soins de six hôpitaux français. Sur la période de mi-septembre 2016 à décembre 2016, 104 patients du service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques du Pr. Hervé Lefebvre, ont été inclus par un pharmacien présent dans l'équipe de soins, dont 90 patients en phase interventionnelle. Le principal objectif de cette étude a été d'évaluer l'impact des actes pharmaceutiques sur le taux d'erreurs médicamenteuses évitables. Le second objectif a été d'évaluer le taux d'acceptation des interventions pharmaceutiques, les coûts induits, ainsi que la satisfaction de l'équipe soignante. Les résultats sont en cours d'analyse (Leguelinel-Blache *et al.*, 2018).

En 2017, 20 centres hospitaliers de France ont participé au PREPS CONCIPAGE pour une durée de 25 mois. L'étude a été coordonnée par le professeur Fernandez Christine de l'hôpital Saint-Antoine (Assistance Publique- Hôpitaux de Paris (AP-HP)). Il s'agit une étude

multicentrique randomisée nationale réalisée dans les services de gériatrie, médecine interne et chirurgie orthopédique.

L'étude a été réalisée chez des sujets hospitalisés et âgés de plus de 65 ans, le but étant d'évaluer l'impact de la conciliation médicamenteuse d'entrée sur la iatrogénie médicamenteuse à l'aide du dossier pharmaceutique présent sur la Carte Vitale (CV). Il y a 2000 patients âgés à inclure. La pharmacie et le service de médecine interne du Professeur Hervé Levesque du CHU de Rouen participent actuellement à ce PREPS, sur la période de mai 2017 à octobre 2018. Il est attendu 100 inclusions de patients. La phase interventionnelle a été réalisée entre mai 2017 et octobre 2017. Sans préjuger des critères d'évaluation de l'étude, les premiers résultats de l'évaluation en interne indiquent que sur la période interventionnelle du 17 mai au 11 septembre 2017 (4 mois), 387 patients d'au moins 65 ans ont été accueillis sur les deux unités de médecine interne (Unité Fonctionnelle (UF) 5104 et 5105) participant à l'étude. 69 patients présentaient tous les critères d'inclusion mais 19 n'ont pu être inclus du fait de leur état de confusion, ou parce qu'ils ont refusé l'étude, ou encore parce qu'ils sont sortis plus rapidement que le délai nécessaire pour mettre en place la conciliation médicamenteuse. 50 patients ont été inclus, avec une moyenne d'âge de 76,8 ans. 48 % des patients ont été pris en charge par l'équipe pharmaceutique dans les 48h de leur arrivée dans le service. 23 divergences non intentionnelles ou interventions pharmaceutiques ont été réalisées par l'équipe pharmaceutique, ce qui concernait 16 patients (32%). Le Dossier Pharmaceutique (DP) était contributif dans 62,5% des cas. Nous avons observé 51% de taux d'acceptation par les prescripteurs (10 patients).

La phase observationnelle est attendue sur la période de mai 2017 à octobre 2018.

2.3.3.3. Participation sur le Service d'Accueil des Urgences et l'Unité d'Hospitalisation d'Aval

Le Service d'Accueil et d'Urgence adulte (S.A.U) du CHU de Rouen accueille 105 000 personnes par an. Il prend en charge majoritairement des urgences relatives. Depuis les dernières décennies son activité augmente, principalement avec l'évolution des passages non suivis d'hospitalisation, puisque le S.A.U dispose d'une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (U.H.C.D) sur le site de Charles Nicolle. Cette U.H.C.D présente une capacité de 16 lits d'une durée moyenne de séjour de 24h avec un passage d'un peu plus de 5000 patients par an.

La conciliation médicamenteuse d'entrée et l'analyse des prescriptions médicamenteuses ont été déployées sur cette U.H.C.D à partir de novembre 2016, avec l'affectation d'un interne en pharmacie, et depuis novembre 2017 de 3 externes en pharmacie. Les capacités actuelles ne permettent pas de réaliser la conciliation médicamenteuse de transfert de tous les patients de l'U.H.C.D. Des critères prioritaires ont été définis. En 2017, la conciliation d'entrée a été réalisée pour 524 patients, 1346 divergences non intentionnelles ont été interceptées et corrigées, la conciliation de transfert a été initiée depuis mars 2017 et réalisée pour 379 patients. Il semble intéressant de préciser que cette unité de soins ne bénéficie actuellement pas de logiciel d'aide à la prescription.

En novembre 2017, les conciliations médicamenteuses d'entrée et de transfert ont été initiées sur la nouvelle Unité d'Hospitalisation d'Aval (U.H.A) avec la présence d'un pharmacien à 60% grâce au financement accordé par l'OMÉDIT, l'Agence Régionale de Santé (ARS) dans le cadre du projet RMSORTIE. Cette U.H.A composée de 20 lits a pour objectif de fluidifier les hospitalisations suite à l'accueil au S.A.U. La durée moyenne de séjour est de 24 à 48 h, avec un accueil estimé à 3500 patients par an. Les capacités actuelles ne permettent pas d'effectuer la conciliation de transfert pour tous les patients présents dans l'U.H.A. Des

critères de priorité sont en cours de définition. Entre décembre 2017 et mars 2018, la conciliation d'entrée a été réalisée pour 158 patients, 52 conciliations médicamenteuses ont notamment été réalisées de manière proactive. 80 divergences non intentionnelles ont été interceptées et corrigées pour les 106 conciliations réalisées en rétroactif.

2.3.3.4. Déploiement sur la Rhumatologie

Le service de Rhumatologie est dirigé par le Professeur Olivier Vittecoq chef de service (PU-PH). Il est composé d'une unité d'hospitalisation continue comprenant 18 lits, et d'un hôpital de jour composé de 10 lits. Notre travail est centré sur l'hospitalisation continue, accueillant en moyenne deux entrées de patients par jour. Un interne en pharmacie et un externe en pharmacie sont présents à temps complet depuis plusieurs années.

A partir de février 2016, l'informatisation des prescriptions, associée à l'activité d'analyse pharmaceutique des prescriptions a été mise en place. Les données biologiques et cliniques ont été également informatisées. La conciliation médicamenteuse d'entrée y a été débutée dès mars 2016, suivie de la conciliation médicamenteuse de sortie à partir de décembre 2016 (Cousin *et al.*, 2017).

3. Processus de la conciliation des traitements médicamenteux

Il s'agit d'une démarche principalement menée par les établissements de santé et médico-sociaux, mais impliquant fortement les professionnels de soins de ville. La conciliation favorise l'implication du patient, de son entourage et des aidants.

Ce bilan partagé de médication comprend la conciliation d'entrée, l'entretien patient à l'entrée, ainsi que l'évaluation de ses besoins, l'analyse pharmaceutique clinique (les ordonnances, les comorbidités, l'analyse biologique) et la revue de prescription.

3.1. La recherche active

Elle constitue la première étape de la conciliation médicamenteuse. Elle peut être réalisée par n'importe quel professionnel de santé, médecin, pharmacien (praticien, interne ou externe), préparateur en pharmacie, infirmier, sage-femme, etc...).

Il faut rechercher la juste liste des traitements médicamenteux pris par le patient, en ayant la liste la plus exacte possible des médicaments que prenait le patient juste avant son hospitalisation (nom des molécules, dosages, posologies).

Un maximum de sources d'informations doit être obtenu dans le but d'avoir une conciliation fiable. Pour qu'il soit fiable, le bilan médicamenteux d'entrée doit comporter au minimum trois sources différentes. Selon une étude réalisée par E. Dufay et ses collaborateurs, la consultation de cinq sources d'information différentes permet d'avoir des résultats de plus haute qualité (E.DUFAY, 2014).

Il existe plus de 14 sources d'informations possibles (entretien avec le patient, entretien avec le pharmacien référent, entretien avec le médecin traitant, dossier pharmaceutique, entretien avec l'infirmière à domicile, avec les aidants, avec la personne de confiance, dossier médical, dossier de soins, médecin spécialiste, prescriptions du patient, ATU, rétrocession (hôpital de jour), essai clinique, PASS...) (SFPC, 2015). A partir des différentes sources, les noms commerciaux, les génériques, les formes, les posologies et les dosages peuvent changer d'une source à l'autre car certaines sources peuvent être plus anciennes que d'autres. Il est donc important d'être attentif aux dates figurant sur les sources, pour réaliser une synthèse la plus exacte possible de l'ensemble des traitements pris par le patient (Bonhomme et al. 2013, HAS, 2018c).

3.2. L'entretien pharmaceutique avec le patient ou l'entourage

La réalisation d'un entretien pharmaceutique est indispensable au cours de la conciliation médicamenteuse. Il s'effectue dès que possible avec le patient concerné, ou avec son entourage (dans le cas où le patient n'est pas en capacité de répondre aux questions et qu'il a défini une personne de confiance). Tout professionnel de santé peut réaliser l'entretien. Cependant lorsqu'il est réalisé par le pharmacien, cet entretien est aussi le moment d'effectuer une évaluation de la gestion des médicaments avec le patient. Au cours de cet entretien, l'objectif va être de rechercher d'éventuelles mauvaises adhésions à un ou plusieurs médicaments, ainsi que le niveau de compréhension dans l'autogestion du traitement ou les éventuelles difficultés rencontrées par le patient dans la préparation et/ou à l'administration de ses médicaments. Il constitue une source fiable dans la recherche des traitements (HAS, 2018c).

Cet entretien va permettre d'évaluer les besoins que présente le patient sur son traitement en terme d'indications sur le médicament, de prises, de posologies... mais aussi d'évaluer des prises de médicaments en automédication, de phytothérapie ou de compléments alimentaires. (SFPC, 2015). C'est également l'occasion de déterminer un risque de mésusage, d'oublis, d'allergies médicamenteuses ou d'effets indésirables dus à certains traitements.

Au cours de l'entretien, la carte vitale du patient pourra être récupérée pour accéder au dossier pharmaceutique si ce dernier a été ouvert, ainsi que l'adresse de la pharmacie de ville où le patient va régulièrement, ainsi que le numéro de téléphone de son infirmière à domicile, tout ceci avec l'accord du patient.

3.3. La synthèse des informations permettant la réalisation du bilan médicamenteux

La synthèse des informations va permettre de regrouper l'ensemble des informations recueillies sous forme de bilan médicamenteux. Lors de la recherche active d'informations,

les traitements recueillis ne sont pas toujours tous sous la même forme ou le même dosage. La réalisation de ce bilan médicamenteux est plutôt confié au pharmacien dans le but d'avoir une synthèse la plus exacte et réaliste possible (HAS, 2018c). Si elle est réalisée par des professionnels de santé autres que le médecin ou le pharmacien (interne ou sénior) alors la synthèse doit être suivie d'une étape de validation.

3.4. La validation du bilan médicamenteux d'entrée

Le bilan médicamenteux n'est ni une prescription, ni une ordonnance. Il renseigne la liste complète des médicaments pris par le patient avant son hospitalisation, cette liste était obtenue à partir des différentes sources de recherche.

L'objectif est d'obtenir un bilan médicamenteux :

- exhaustif : c'est-à-dire comprenant l'ensemble des médicaments pris par le patient, y compris les médicaments pris en automédication, l'homéopathie, la phytothérapie, les gaz à usage médicaux ou les thérapeutiques administrées en hôpital de jour (par exemple les chimiothérapies anticancéreuses) ;
- exact: c'est-à-dire précis et fiable sur le dosage du médicament, la posologie journalière, le rythme et les moments de prise ;
- pertinent : c'est-à-dire ne retenant que les médicaments actuels (contrairement à un historique médicamenteux) et prenant en compte l'observance.

Lorsque le bilan médicamenteux est terminé, une validation doit être réalisée par un pharmacien ou un médecin, (interne *a minima*). Si la validation est faite par un pharmacien, une analyse pharmaceutique des traitements devra obligatoirement être faite, avec la prise en compte des données cliniques et biologiques du patient (SFPC, 2015).

Une fois validé, le caractère officiel du bilan médicamenteux lui permet d'être utilisé et mis à jour tout au long du parcours de soins du patient.

3.5. Le partage et l'exploitation du bilan médicamenteux

Une fois le bilan médicamenteux fait, il sera comparé avec l'ordonnance médicamenteuse d'admission (OMA). L'OMA constitue la première prescription des médicaments réalisée par le médecin à l'entrée du patient dans le service de soins. Il faut déterminer la présence de divergences médicamenteuses entre les traitements pris quotidiennement à domicile et la prescription hospitalière (ordonnance médicamenteuse) (SFPC, 2015; HAS, 2018c).

Une divergence est un écart non documenté entre la prescription et les traitements de ville. Cela peut être un ajout, une modification de posologie, de forme, de dosage ou la suppression d'un médicament. Elle peut être de deux types : intentionnelle ou non intentionnelle. Les divergences intentionnelles sont des modifications réalisées volontairement par le prescripteur mais non inscrites dans le dossier du patient. Les divergences non intentionnelles ou aussi appelées erreurs médicamenteuses sont des modifications non volontaires de la prescription hospitalière pouvant être à l'origine d'événements médicamenteux indésirables (SFPC, 2015). On parle alors d'erreurs médicamenteuses par défaut de transmission d'information et non d'erreurs de prescription (SFPC, 2015) .

Lorsque le pharmacien est impliqué dans la réalisation de la conciliation des traitements médicamenteux, cette analyse de divergences est partagée entre le médecin et le pharmacien, au cours d'échanges collaboratifs. Pour le pharmacien, c'est aussi l'occasion d'apporter ses connaissances sur le médicament ainsi que de réaliser une analyse de la prescription, enrichie de la prise en compte des données biologiques et cliniques, des comorbidités et des antécédents médicamenteux.

3.6. Actualisation de la prescription, transmission d'informations et archivage

Une fois le bilan médicamenteux validé et l'analyse pharmaceutique faite, la prescription peut être actualisée en fonction des divergences observées. Les divergences non

intentionnelles représentent un risque de provoquer des événements indésirables. Les divergences intentionnelles représentent un risque de commettre des erreurs médicamenteuses lors des prochains points de transition du parcours de soins du patient (HAS, 2018c). Une fois la nouvelle prescription mise à jour, les informations concernant la conciliation des traitements médicamenteux seront transmises entre les professionnels de santé des services de soins et/ou des établissements de santé en contact avec le patient. Les modifications apportées au traitement du patient devront également lui être expliquées.

Les documents de la conciliation d'entrée des traitements médicamenteux du patient seront ensuite archivés dans son dossier médical, pour pouvoir à nouveau être utilisés et mis à jour lors d'un transfert s'il y a lieu et de la sortie du patient. La traçabilité de l'ensemble de ces bilans médicamenteux d'entrée, de transfert et de sortie, représente une étape essentielle à la pérennisation du partage de l'information (HAS, 2018c).

4. Les objectifs de la conciliation des traitements médicamenteux

4.1. Favoriser la continuité médicamenteuse

La continuité médicamenteuse est essentielle lors d'un transfert quel qu'il soit (ville-hôpital, hôpital-hôpital, hôpital-ville). Certains médicaments ne doivent en aucun cas être arrêtés brutalement sous peine de conséquences graves, comme les bêtabloquants ou les benzodiazépines. La communication de la conciliation médicamenteuse de sortie en secteur de ville doit permettre une continuité médicamenteuse des traitements du patient sans qu'il y n'y ait de modifications involontaires de ses traitements médicamenteux (HAS, 2018c).

4.2. Diminuer les erreurs médicamenteuses et les événements indésirables médicamenteux

La conciliation médicamenteuse consiste à sécuriser et optimiser la prise en charge médicamenteuse du patient dans le but d'augmenter sa sécurité tout au long du parcours de soins. L'un des principaux objectifs de la conciliation médicamenteuse est la réduction des erreurs médicamenteuses (VIDAL, 2017 ; HAS, 2018). L'erreur médicamenteuse peut devenir un événement indésirable médicamenteux. En déployant la conciliation médicamenteuse, 75% des erreurs médicamenteuses aux points de transition du patient peuvent être corrigées (Vira *et al.*, 2006).

La figure 1 (Claeys, 2013) permet de bien faire la différence entre ce qu'est une erreur médicamenteuse et un événement indésirable médicamenteux.

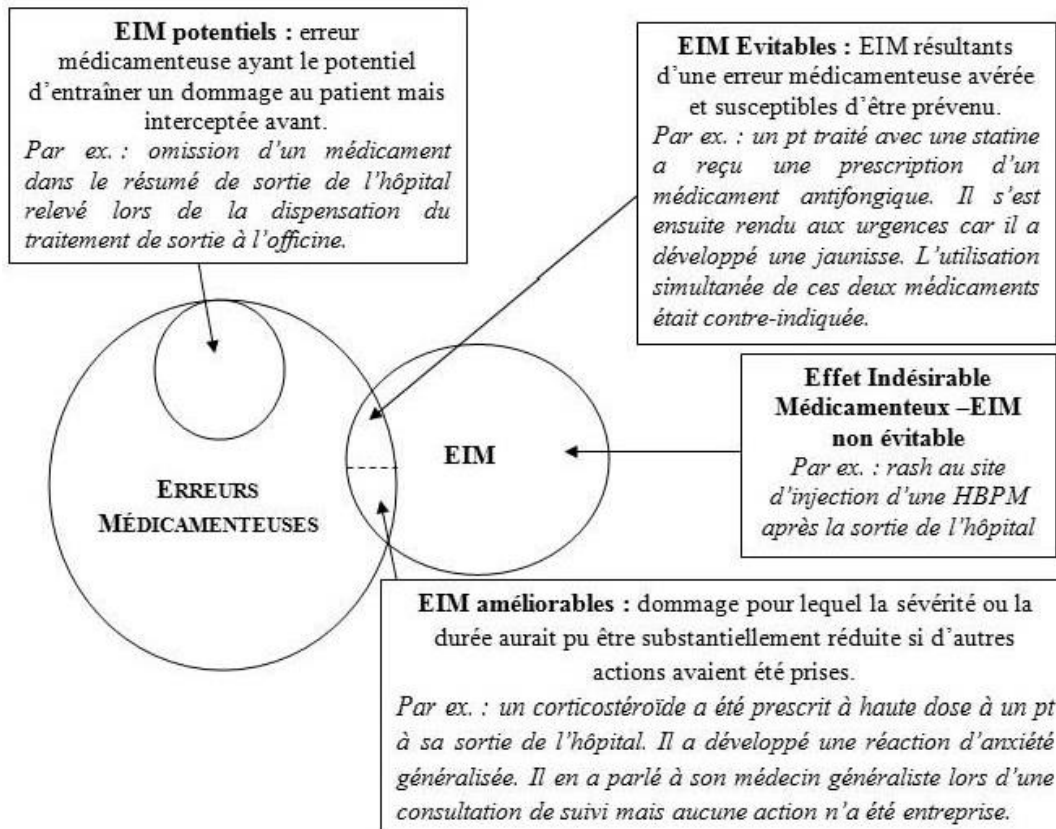


Figure 1 : Relation entre erreurs médicamenteuse, événements iatrogènes médicamenteux et effets indésirables médicamenteux- d'après "une prescription sur mesure" (Claeys, 2013)

Légende : HBPM : héparine de bas poids moléculaire ; pt : patient

EIM : Evénement iatrogène médicamenteux

L'effet indésirable médicamenteux ou l'événement iatrogène médicamenteux (EIM) peut provenir d'une erreur médicamenteuse avérée. Celle-ci est dite avérée lorsqu'elle s'est produite et qu'elle est parvenue jusqu'au patient. Tous les effets indésirables médicamenteux sont des événements indésirables médicamenteux.

L'événement indésirable médicamenteux peut être évitable ou améliorable. Par contre, même si un effet indésirable médicamenteux est prévisible, il est inévitable. Tous les événements indésirables médicamenteux potentiels, évitables ou améliorables sont des erreurs médicamenteuses.

4.2.1. Définition de l'erreur médicamenteuse

« L'erreur médicamenteuse est l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte de soins mettant en cause un médicament qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient. Elle peut s'effectuer à différents niveaux du circuit du médicament, tels que la sélection des médicaments détenus à l'hôpital, la prescription, la dispensation, l'analyse des ordonnances, la préparation galénique, le stockage, la délivrance, l'administration, l'information, le suivi thérapeutique; mais aussi ses interfaces, telles que les transmissions ou les transcriptions ».

L'erreur médicamenteuse peut être différente de part sa nature, son type, la gravité des conséquences cliniques pour le patient ou encore l'organisation du processus de prise en charge thérapeutique. Par définition l'erreur médicamenteuse est évitable (SFPC 2006, AFSSAPS 2009).

4.2.2. Les principaux facteurs de risque de l'erreur médicamenteuse

La SFPC a mis en œuvre une méthode « d'amélioration de la qualité des soins et de prévention du risque iatrogène médicamenteux » désignée Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et Dispositifs médicaux associés (REMEDI). Cette méthode a permis de mettre en évidence les principaux facteurs de risque des erreurs médicamenteuses. Ceux-ci sont divers, nombreux, et augmentent le risque que l'erreur médicamenteuse devienne avérée. Selon la REMEDI de la SFPC les facteurs de risques que l'on peut retrouver sont :

- les produits de santé
 - o les médicaments de par leurs propriétés, leurs aspects galéniques, leurs gamme, le conditionnement, l'étiquetage, leur dénomination, l'information ainsi que les conditions d'emploi ;

- les dispositifs médicaux de par leurs propriétés intrinsèques, le conditionnement, leur étiquetage et leur dénomination, l'information et les conditions d'emploi;
- le patient
 - son comportement, sa personnalité, sa fragilité, son type de pathologie et la comorbidité associée, son environnement social et familial, ainsi que l'expression, la communication et l'aptitude aux soins ;
- les professionnels de santé
 - leurs qualifications, leurs compétences, leurs aptitudes techniques, leur état physique ou psychologique, leurs capacités relationnelles, leur motivation et leur adaptation ;
- les pratiques et procédures organisationnelles réalisées dans l'unité de soins
 - les pratiques générales, les protocoles et procédures, les pratiques logistiques des produits de santé, les pratiques liées à la prescription, la dispensation, l'administration/l'implantation, liées au suivi clinique, aux transitions et également à l'éducation thérapeutique ;
- l'équipe médicale
 - sa communication, son dynamisme et ses interactions, son encadrement et sa supervision sont également des facteurs de risques ;
- l'environnement de travail
 - les charges et conditions de travail, les locaux et le mobilier, les fournitures et équipements, l'hygiène et maintenance, l'informatique avec l'architecture, la conception, la fonctionnalité, l'ergonomie, la fiabilité et les mises à jour ;
- l'organisation et le management :
 - l'attribution des responsabilités, la gestion des compétences et des effectifs, la formation continue et l'apprentissage, la planification des tâches, l'organisation de proximité, la culture, la qualité, les risques et la sécurité ;
- le contexte institutionnel :
 - contexte réglementaire, économique, gestion du personnel, politique de sécurité des soins, liens avec d'autres structures (SFPC, 2013).

4.2.3. Nature de l'erreur médicamenteuse

L'erreur médicamenteuse peut être réalisée tout au long du circuit de dispensation du médicament. Selon le guichet de l'erreur médicamenteuse, la nature de l'erreur médicamenteuse peut être observée au moment de la prescription du médicament, de la transcription, de la lecture de l'ordonnance, de la préparation, de la délivrance, de l'administration, du suivi thérapeutique du patient, du rangement des boîtes de médicaments, etc... (Cf tableau 1).

**Tableau 1 : Niveau de réalisation de l'erreur médicamenteuse initiale
(sauf risque d'erreurs)- (d'après AFSSAPS 2010)**

	2005	2006	2007	2008	2009	Soit en %	Total	Soit en %
Erreur de prescription	8	9	15	19	63	9.3	114	8.0
Erreur de transcription	1	1	1	3	3	0.5	9	0.6
Erreur de lecture d'ordonnance	0	0	4	3	1	0.1	8	0.6
Erreur de délivrance	8	23	31	47	61	9.0	170	12.0
Erreur de préparation	14	35	7	31	92	13.6	179	12.6
Erreur d'administration	25	91	101	206	409	60.3	832	58.7
Erreur de suivi thérapeutique	4	3	0	0	1	0.1	8	0.6
Autres	0	8	27	7	34	5.0	76	5.3
Non spécifié	1	0	0	8	14	2.1	23	1.6
Total	61	170	186	324	678	100	1419	100

Plus l'erreur est réalisée vers la fin du circuit du médicament, moins elle peut être interceptée. C'est ce que nous observons dans le tableau 1 où plus de 58% des erreurs observées relèvent d'une erreur d'administration du médicament (AFSSAPS, 2009 ; AFSSAPS, 2010). En fonction du niveau de réalisation initiale de l'erreur médicamenteuse, la nature de celle-ci peut différer. L'erreur peut être due à l'omission de produit, une mauvaise forme galénique, une mauvaise technique d'administration, de voie d'administration, de débit, de durée d'administration, de moment de prise, d'identité du patient, mais aussi due à des produits périmés ou détériorés.

La nature de l'erreur la plus souvent observée entre 2005 et 2009, selon le guichet de l'erreur médicamenteuse, est l'erreur du médicament qui représente 40,9% des erreurs (cf tableau 2).

Tableau 2 : Nature de l'erreur (d'après le guichet de l'erreur médicamenteuse (AFSSAPS, 2010))

	2005	2006	2007	2008	2009	Soit en %	Total	Soit en %
A Erreur d'omission	0	0	0	1	0	0	1	0,1
B Erreur de dosage	10	13	19	12	99	14,6	153	10,8
C Erreur de posologie ou de concentration	7	39	53	106	119	17,6	324	22,8
D Erreur de médicament	28	77	62	143	270	39,8	580	40,9
E Erreur de forme galénique	0	3	2	0	13	1,9	18	1,3
F Erreur de technique d'administration	2	4	7	5	11	1,6	29	2,0
G Erreur de voie d'administration	2	8	8	23	22	3,2	63	4,4
H Erreur de débit d'administration	0	1	6	6	17	2,5	30	2,1
I Erreur de durée d'administration	0	0	1	3	1	0,1	5	0,4
J Erreur de moment d'administration	0	0	4	3	2	0,3	9	0,6
K Erreur de patient	0	5	2	4	9	1,3	20	1,4
L Erreur de suivi thérapeutique et clinique	5	4	1	0	1	0,1	11	0,8
M Médicament périmé ou détérioré	3	0	1	2	14	2,1	20	1,4
Autre								
Erreur de technique de préparation	3	1	8	3	66	9,7	81	5,7
Ne sait pas	1	5	8	1	3	0,4	18	1,3
Autre	0	14	0	12	31	4,6	57	4,0
Total	81	170	186	324	678	100	1419	100

4.2.4. L'erreur avérée/ potentielle/ latente

Selon l'HAS, l'erreur médicamenteuse peut être définie en 3 niveaux en fonction de son niveau d'interception. Elle peut être :

- avérée : l'erreur est réalisée par une administration incorrecte du médicament, que ce soit par une mauvaise administration de dose, de la voie d'administration ou du schéma thérapeutique et est parvenue jusqu'au patient sans avoir été interceptée ;
- potentielle : l'erreur est arrêtée avant que le médicament ne soit administré au patient ;
- latente : l'erreur venant d'être arrêtée pouvait être dangereuse pour le patient. Elle peut se manifester lors d'une association avec d'autres facteurs restant souvent silencieux pendant longtemps. (SFPC, 2006 ; HAS Santé ,2013).

Une étude a été réalisée dans diverses villes de France, entre mars 2005 et décembre 2007(30 mois), sous la responsabilité de binômes : Centres régionaux de Pharmacovigilance (CRPV) et Pharmaciens hospitaliers. Au cours de cette étude, les professionnels de santé, sur la base du volontariat, ont déclaré les erreurs médicamenteuses observées durant ces 30 mois. Il a été mis en évidence que plus de 60% (646) des signalements effectués par les professionnels de santé concernaient une erreur avérée. Parmi ces erreurs avérées, il a été signalé que 411 erreurs étaient la cause d'un effet indésirable parmi lesquelles 265 étaient des erreurs graves ayant entraîné un décès pour 25 patients, dont 10 décès étaient en lien direct avec l'erreur. 32% des signalements concernaient des erreurs latentes et 9% des erreurs potentielles (AFSSAPS 2009).

4.2.5. Evaluer l'impact de l'erreur médicamenteuse

L'erreur médicamenteuse est présente tout au long du parcours de soins du patient. Lors de la conciliation médicamenteuse, la détection de l'erreur médicamenteuse est effectuée au moment d'une étape de transition (entrée, transfert, sortie) du patient. Celle-ci est due à des défauts de transmission des informations entre les professionnels de santé (Canadian Society of Hospital Pharmacists, 2004).

Environ la moitié des patients ayant été hospitalisés présenteraient au moins une divergence entre les traitements pris à domicile et ceux prescrits lors de l'hospitalisation. Ils pourraient être responsable dans 18 à 59% des cas d'événements indésirables médicamenteux (DGOS, 2015).

L'impact clinique de l'erreur médicamenteuse varie en fonction des conséquences qu'elle a pour le patient. Elle peut être plus ou moins grave et est répartie parmi 5 classes selon l'HAS (F. Chabord *et al.*, 2017) :

- mineure : elle n'a aucune conséquence pour le patient ;

- significative : elle nécessite une surveillance du patient mais n'a pas de conséquences cliniques pour celui ci ;
- majeure : elle engendre une atteinte physique/psychologique réversible pour le patient ;
- critique : elle engendre une atteinte physique/psychologique irréversible pour le patient avec des conséquences cliniques pour lui ;
- catastrophique : elle engendre une mise en jeu du pronostic vital voire un décès du patient (HAS, 2015b).

4.2.6. Définition de l'événement indésirable médicamenteux

Un événement indésirable médicamenteux est un événement survenant au cours des soins, ou de la prise en charge thérapeutique d'un patient. Il est dû à des soins inappropriés ou faits incorrectement et dont la cause n'est pas la maladie du patient. Il peut engendrer une aggravation de la pathologie, une poursuite d'hospitalisation, la survenue d'une nouvelle pathologie, l'altération d'une fonction ou d'un organe et l'absence d'amélioration de l'état de santé du patient. (DRESS 2005, SFPC 2006, AFSSAPS 2009, E.DUFAY 2014)

Un événement indésirable médicamenteux peut s'avérer secondaire à un effet indésirable médicamenteux. Il doit donc faire l'objet d'une déclaration après du centre régional de pharmacovigilance (CRPV). Ce recueil renseigne l'ensemble des informations déclarées par les professionnels de santé concernant les médicaments, en particulier les effets indésirables médicamenteux déclarés lors d'un événement indésirable grave associé aux soins. « La pharmacovigilance a pour objet la surveillance, l'évaluation, la prévention et la gestion du risque d'effet indésirable résultant de l'utilisation des médicaments et produits mentionnés aux articles L.5121- 1 et R.5121-150 du CSP » (ANSM Santé, 2018).

4.2.7. Les causes et conséquences de l'événement indésirable médicamenteux

Ces événements indésirables présentant des conséquences sanitaires, économiques et judiciaires, il s'agit une préoccupation majeure. Les principaux facteurs de risque des événements indésirables sont l'âge, la prise d'anticoagulant, les comorbidités, les troubles cognitifs et la polymédication (≥ 5) (DRESS, 2010).

L'événement indésirable médicamenteux est considéré comme grave (EIG) lorsqu'il est à l'origine d'une incapacité, d'une hospitalisation ou de la mise en jeu du pronostic vital. La moitié des événements indésirables graves est dû à une erreur médicamenteuse (HAS, 2015d). Une enquête nationale nommée ENEIS, sur les événements indésirables graves liés aux soins a été réalisée entre avril 2009 et juin 2009. Les résultats de cette enquête ont mis en évidence qu'en moyenne pour 1000 jours d'hospitalisation, 6,2 EIG sont détectés. Sur l'ensemble des EIG obtenus, les EIG liés aux médicaments représentent 32,9%. Ces EIG liés aux médicaments, sont évitables dans 51,2% des cas et dans 54,5% des cas ont nécessité une hospitalisation.

Les EIG qui surviennent pendant l'hospitalisation sont plus fréquents en chirurgie 9,2 EIG contre 4,7 EIG pour 1 000 jours d'hospitalisation. La proportion d'admissions causées par un EIG est significativement plus élevée en médecine qu'en chirurgie (5,3 % contre 3,4%) (DRESS, 2011).

Selon le guichet des erreurs médicamenteuses de l'AFSSAPS (ANSM depuis 2012), un EIG sur deux est une erreur médicamenteuse, et 57% des erreurs médicamenteuses déclarées sont des erreurs d'administration (HAS, 2015e).

4.2.8. L'impact de la Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM) sur les erreurs médicamenteuses

Plusieurs études soulignent à quel point la conciliation est indispensable. En France et au Canada, des études ont montré que son absence, pouvait avoir des conséquences graves pour le patient (Saint-Germain *et al.*, 2016). Un tiers des erreurs médicamenteuses seraient à risque et pourraient entraîner des conséquences néfastes à graves pour le patient (Cornish *et al.*, 2005 ; HAS, 2015e).

La conciliation des traitements médicamenteux permet d'intercepter et de corriger 75% des erreurs médicamenteuses ayant un impact clinique aux points de transition (Vira *et al.*, 2006).

La proportion de patients conciliés au Canada présentant au moins une erreur médicamenteuse varie de 38,3% (Vira *et al.*, 2006) à 53,6% (Cornish *et al.*, 2005). Le nombre d'erreurs médicamenteuses corrigées par patient concilié au Canada varie de 0,93 (Cornish *et al.*, 2005) à 1,2 (Vira *et al.*, 2006).

Ces EM ont été interceptées lors de la réalisation de la conciliation des traitements médicamenteux. L'étude montre que sur les 122 patients ayant bénéficié de la conciliation des traitements médicamenteux, 26,2% ont présenté au moins une EM majeure ou critique selon l'échelle de Doerper *et al.*. Ces EM majeures ou critiques représentaient 1,1% des EM totales et 8,5% si elles n'étaient pas interceptées au cours de l'hospitalisation. Aucune erreur de gravité catastrophique n'a été détectée au cours de l'étude (Chabord *et al.*, 2017).

Au cours de l'étude *Med'Rec*, il a été montré que la conciliation médicamenteuse a permis d'intercepter de 2 à 19 erreurs médicamenteuses pour un patient selon les différents établissements participant au projet. En moyenne, 0,8 erreur médicamenteuse par patient ont été interceptées et corrigées grâce à la conciliation des traitements médicamenteux. Celle-ci a un impact direct sur la diminution des erreurs médicamenteuses. Selon l'HAS, le taux

d'erreurs médicamenteuses pouvant avoir des conséquences cliniques graves en l'absence de conciliation des traitements médicamenteux à l'admission est de 5% (HAS 2015, 2018c).

4.3. Diminuer les recours aux hospitalisations

La diminution du recours à l'hospitalisation est un enjeu important concernant l'économie, la qualité et la sécurité des patients. Une ré-hospitalisation aura un impact négatif sur la qualité de vie du patient (DGOS-ATIH, 2017). La mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse de sortie permet de réduire le taux de ré-hospitalisation chez les patients (HAS 2013).

Selon l'étude Med'Rec, la conciliation médicamenteuse permet une diminution du taux de ré-hospitalisation. En effet, sur 136 patients non conciliés, il a été observé 17 ré-hospitalisations (12,50%) alors que sur les 215 patients conciliés il a été observé seulement 19 ré-hospitalisations (8,84%) au bout de 30 jours (HAS 2015c). Le bilan comparatif des médicaments peut réduire certains cas de réadmissions non planifiées, par la prévention des interactions médicamenteuses et des effets secondaires (Agrément Canada *et al.*, 2012).

Il a été démontré au travers de différentes études citées ci-dessus que la conciliation médicamenteuse d'entrée permet une diminution du nombre d'erreurs médicamenteuses lors de la prise en charge d'un patient hospitalisé. La volonté de la mise en place de la conciliation médicamenteuse est bien présente au CHU de Rouen de par son instauration à l'hôpital de St Julien mais également au Service d'Accueil des Urgences, l'Unité d'Hospitalisation d'Aval et dans le service de Rhumatologie.

Ce travail a pour premier objectif de réaliser un état des lieux de la méthode et des outils déployés pour la conciliation des traitements médicamenteux d'entrée sur le service de Rhumatologie. Le but est aussi de mieux définir la place de l'externe en pharmacie au sein de la réalisation de la conciliation des traitements médicamenteux d'entrée. Au cours de la 5ème année hospitalo-universitaire, l'externe en pharmacie est amené à réaliser des stages de 3 mois en services de soins. Il s'agit d'une première expérience hospitalière. C'est une occasion importante de mettre en application les connaissances magistrales en lien direct avec les équipes médicales et soignantes, mais aussi avec les patients. Le rôle de l'externe présent en Rhumatologie a évolué depuis mars 2016, date à laquelle a débuté la conciliation des traitements médicamenteux. Suite à la réalisation de cet état des lieux, nous tâcherons de répondre aux problématiques soulevées lors de cette évaluation.

Le second objectif de ce travail est d'élaborer une méthode permettant de déployer la conciliation des traitements médicamenteux de sortie dans le service d'hospitalisation complète de Rhumatologie et de créer des outils pour la mettre en place. Divers outils sont à élaborer afin d'apporter une aide et une meilleure répartition des tâches pour le démarrage de la conciliation des traitements médicamenteux de sortie.

Le troisième objectif est d'évaluer le niveau de satisfaction du patient, du prescripteur et du pharmacien d'officine. Pour réaliser une bonne conciliation des traitements médicamenteux d'entrée et de sortie, il apparaît en effet important de connaître la satisfaction des patients mais aussi des professionnels de santé (médecins prescripteurs hospitaliers et pharmacies de ville) avec qui l'échange sera le plus important. Cela a pour but également d'améliorer nos méthodes à long terme. Cependant ce travail n'a pas pour objectif d'évaluer la satisfaction des médecins traitants et des infirmières à domicile.

Partie II : Matériel et méthode

Pour répondre au mieux à l'ensemble de ces objectifs, plusieurs axes méthodologiques ont été mis en place.

Lors de mon stage en rhumatologie durant la période de Janvier à Mars 2017, deux étapes ont été réalisées. Dans un premier temps, un état des lieux de l'ensemble des outils et méthodes déjà déployés a été réalisé puis dans un second temps la mise en place d'actions d'amélioration a été déployées. Le renforcement de la méthodologie et des outils a pour but d'aboutir à un bilan de médication d'entrée complet. L'obtention d'informations plus précises à l'entrée doit permettre la réalisation d'une meilleure conciliation de sortie.

Au cours de mon travail avec l'équipe de la pharmacie, des outils déjà déployés ont ainsi été améliorés et de nouveaux outils ont été créés pour faciliter le démarrage de la conciliation des traitements médicamenteux. Les enquêtes de satisfaction ont ensuite été réalisées.

D'autres actions d'amélioration ont nécessité plus de temps et ont été réalisées alors que j'étais dans d'autres services, où la conciliation des traitements médicamenteux d'entrée (CTME) était déjà déployée. Ce travail présente l'ensemble des actions qui ont été mises en place au moment de l'édition de ce présent travail.

1. Etat des lieux des outils et méthodes déployés et plan d'action de la conciliation médicamenteuse d'entrée

1.1. Bilan des activités de la pharmacie clinique déployée

Au moment du présent travail, la CTME et l'analyse pharmaceutique avaient déjà été mises en place dans le service de rhumatologie.

La CTME est présente dans le service depuis février 2016 et elle est réalisée par un interne et un externe en pharmacie présents dans le service.

Le bilan d'activité de la CTME du mois de décembre 2016, (mois qui précède le début de ce travail) montre que 43 conciliations d'entrée ont été réalisées. Cela correspond à 97,7% des entrées. La seule entrée n'ayant pu être conciliée était liée à un patient accueilli la nuit et transféré le matin même dans une autre unité de soins.

Sur ces 43 patients, 37 patients (86%) présentaient au moins une erreur médicamenteuse non intentionnelle. Dans 95% des cas une modification de la prescription a été réalisée.

Le bilan d'activité de l'analyse pharmaceutique au cours du mois de décembre 2016 montre que 43 prescriptions ont été analysées, soit 97,7% des entrées. Pour 27 prescriptions analysées, une intervention pharmaceutique (IP) a été faite, soit au moins une IP pour 62% des prescriptions analysées. Sur les 27 IP réalisées, 22 ont été acceptées par le prescripteur soit un taux d'acceptation de 81%.

Au vu de l'état des lieux, il n'était pas apparu nécessaire d'agir sur des critères de priorisation de la CTME ainsi que sur l'analyse pharmaceutique, car l'activité apparaît quasi-exhaustive. Quasiment tous les patients bénéficient d'une CTME et d'une analyse pharmaceutique. Une sélection de patients prioritaire n'est donc pas nécessaire.

Les éléments qui nous ont semblé nécessaires à améliorer sont l'entretien patient et l'évaluation de ses besoins. Notre plan d'action a compris la révision du guide d'entretien, l'implémentation d'un véritable bilan de médication d'entrée, une fiche de recueil de recherche active d'information et une check-list des étapes de la réalisation de la conciliation.

1.2. Formation des externes et internes à la conciliation

Dans les premiers mois de la mise en place de la conciliation médicamenteuse d'entrée, dans les services de soins du CHU, la formation des nouveaux arrivants se limitait à une transmission orale entre l'interne en place et le nouvel interne. Ainsi au changement des internes en pharmacie, l'externe en pharmacie en place dans le stage expliquait la méthode et les outils. A l'inverse, lors du changement des externes, c'est l'interne en place qui transmettait l'expérience. Cette transmission d'informations entre internes/externes ne contenait pas de méthode ni de description précise de l'ensemble des étapes à réaliser au cours de la CTME. Or, pour beaucoup d'entre eux, c'était une première expérience qui se mettait en place.

Ces transmissions orales ont été révisées. En novembre 2016, une formation d'accueil a été mise en place avant le commencement de ce travail pendant mon stage en rhumatologie.

Cette formation se fonde sur une méthode élaborée par la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) comprenant un module en e-learning intitulé FORMACONCIL. Une formation présentielle de 3h a été réalisée pour les externes/internes par le pharmacien responsable de l'unité de conciliation. Ce pharmacien participe à la formation des établissements de santé dans le cadre du déploiement régional OMÉDIT de la conciliation. Au cours de mon travail, cette formation interne au CHU, n'a pas fait l'objet d'évaluation ni d'adaptation.

1.3. Procédure et mode opératoire

Au moment de l'état des lieux, il n'y avait pas de procédure générale de conciliation de disponible. L'action à mettre en place a été la réalisation d'une procédure ou a minima d'un mode opératoire du déroulement de la conciliation médicamenteuse d'entrée.

1.3.1. Guide d'entretien

L'état des lieux montre que la principale difficulté que pouvait rencontrer l'externe en pharmacie dans la CTME était l'entretien patient. Au cours de cet entretien, il est en effet nécessaire d'avoir une méthode d'investigation de façon à être à la fois précis et simple dans ses paroles avec le patient au sujet de ses traitements médicamenteux. La mise en place d'un guide d'entretien pharmaceutique avec le patient a permis d'aider l'externe dans sa démarche face à ce dernier, ainsi que dans son recueil d'informations. Ce guide d'entretien a pu être considéré comme un mode opératoire. Il était composé au moment de l'état des lieux de 9 pages et reprenait toutes les étapes de la conciliation médicamenteuse sous forme d'un questionnaire. Il a été décidé d'engager une révision de ce guide d'entretien pour le rendre moins long et plus synthétique (*cf annexe 1*).

1.3.2. Feuille d'enquête pour le bilan de médication

La feuille d'enquête pour la réalisation du bilan de médication n'existait pas au moment de la réalisation de l'état des lieux. En effet, lors de la recherche active d'informations faite par l'externe en pharmacie, l'ensemble des informations obtenues sur le traitement était inscrit sur la fiche de CTME. Cette fiche est surtout utile pour comparer le bilan médicamenteux d'entrée à l'ordonnance médicale d'admission lors de l'analyse des divergences. Or cette fiche, ne présente qu'une étroite colonne qui permet d'identifier la nature de la source, avec par conséquent un risque de confusion possible entre les sources. Toutes les sources justificatives disponibles accompagnent cette feuille d'enquête.

1.3.3. Circuit de la carte vitale

Au moment de l'état des lieux, il n'existait pas de méthode pour l'utilisation du DP puisque le logiciel de Fourniture d'Accès Sécurisé au Traitement (FAST) n'était pas installé dans le service, mais le projet de déploiement était bien avancé puisque la mise en place était prévue pour avril 2017. Il a été envisagé au cours de ce travail d'élaborer des outils et un mode opératoire pour le circuit de la CV (*cf annexe 4*). Il est en effet nécessaire d'emprunter la CV du patient (surtout sans l'égarer) pour accéder au DP, et ainsi lire les informations contenues dessus. Pour les patients n'ayant pas de DP ouvert, ou ne connaissant pas ce qu'est le DP, une brochure d'explication de celui-ci venant de l'Ordre des Pharmaciens leur était expliquée et remise en mains propres.

1.3.4. Courrier de transmission

L'obtention des traitements pris par le patient avant son entrée fait l'objet d'une recherche auprès de son pharmacien de ville, si nécessaire. Pour cela il convient d'informer et d'obtenir l'accord du patient de notre recherche auprès de son pharmacien. Si le patient donne son accord, un courrier de conciliation est transmis à sa pharmacie de ville.

L'état des lieux indique que l'entête des pharmaciens de ce document n'était plus à jour. Les étudiants en pharmacie ne pouvaient pas accéder facilement à ce document puisqu'il n'était pas formalisé dans le système documentaire qualité du CHU (GEDI). Il a été décidé de mettre à jour ce document et de l'enregistrer en format qualité (*cf annexe 5*).

1.3.5. Fiche de conciliation des traitements (FCT))

L'état des lieux a montré qu'aucune fiche de recueil n'était mise en place. Les outils mis à la disposition des étudiants avant mon travail avec l'équipe pharmaceutique, montraient la présence d'une fiche de conciliation des traitements. Celle-ci comparait le bilan

médicamenteux d'entrée avec l'ordonnance médicale d'admission et trace les divergences. Elle servait aussi à la recherche active d'informations et au recueil des données obtenues au cours de l'entretien patient.

Les informations contenues sur cette fiche étaient limitées à 4 items : identification de la pharmacie de ville du patient, de ses allergies, de l'évaluation de l'autonomie du patient concernant ses médicaments, ainsi que des renseignements sur l'automédication. De ce fait, aucune traçabilité des sources d'informations recueillies n'était réalisée.

Notre plan d'action a porté sur la création d'un bilan permettant une synthèse des informations importantes, recueillies auprès du patient lors de l'entretien pharmaceutique. Cet outil a été établi lors de mon stage en rhumatologie et sera détaillé dans les résultats (*cf annexe 6*). Les objectifs étant de mieux prendre en compte les besoins du patient ainsi que la gestion de son traitement à domicile.

1.3.6. Feuille de synthèse pharmaceutique

Lors de l'état des lieux, aucun document type pour tracer la synthèse pharmaceutique ne permettait de proposer les interventions pharmaceutiques réalisées lors de l'entretien collaboratif.

2. Etat des lieux des outils et méthodes déployés et plan d'action de la conciliation médicamenteuse de sortie

- Le projet de conciliation de sortie a démarré en **novembre 2016** dans le service de rhumatologie. Il s'agissait de la première expérience de Conciliation des Traitements Médicamenteux de Sortie (CTMS) sur le site du CHU de Rouen. Des premiers outils et éléments méthodologiques ont été élaborés. La méthode et la fiche « bilan médicamenteux de sortie » ont été élaborées en novembre 2016 (*cf annexe 8*).
- Au mois de **décembre 2016**, ces premiers outils ont été testés.

- Le déploiement effectif de la conciliation de sortie s'est effectué à partir du mois de **janvier 2017**.
- Au cours du mois de **décembre 2016**, nous avons réalisé un état des lieux à l'issue de la phase test sur le bilan médicamenteux de sortie d'hospitalisation. Nous nous sommes appuyés sur le retour exprimé par les prescripteurs et les patients dans le but de l'améliorer.
- Enfin, la période d'analyse du présent travail porte sur la période de **décembre 2016 à juin 2017**.

2.1. Bilan médicamenteux de sortie

A mon arrivée dans le service, le bilan médicamenteux de sortie d'hospitalisation comportait l'identité du patient, du service d'hospitalisation de celui-ci, la date du document, la date d'hospitalisation dans le service, les noms et prénoms des internes en pharmacie et en médecine ayant réalisés la CTMS ainsi que leurs signatures. Des informations obtenues lors de l'admission, ainsi que leur origine étaient indiquées sur ce document. Nous trouvions également un tableau comparant les traitements pris par le patient avant son hospitalisation, et les traitements prescrits à la sortie de son hospitalisation. Ce tableau permettait d'expliquer les divergences entre les deux traitements et donnait des indications sur les traitements prescrits à la sortie du patient.

Ce document était édité en 3 exemplaires identiques : un pour le patient, un pour le médecin traitant et un à l'attention du pharmacien de ville remis au patient.

2.2. Création de nouveaux outils

Parmi les outils mis en place au cours de ce travail, une « check-list de la CTMS » a été réalisée (*cf annexe 9*). Un guide d'entretien patient de la CTMS concernant l'interne et l'externe était également mis en place (*cf annexe 10*) (*cf annexe 11*).

Une enquête a été réalisée pour connaître les besoins sur la CTMS ainsi que sur la messagerie sécurisée des pharmaciens de ville. Un certain nombre d'outils et d'éléments de méthodes ont été élaborés au cours de mon stage d'externat. Ceux-ci sont présentés dans la partie III (Résultats).

La transmission de la CTMS des patients a été réalisée de façon directe avec le médecin traitant, via la lettre de liaison écrite par le rhumatologue.

Pour les pharmaciens, nous avons attendu de faire une communication auprès des pharmaciens de ville lors de la soirée ville-hôpital du 21 septembre 2017, avant de faire les transmissions.

3. Evaluation de la satisfaction

Aucune évaluation de satisfaction n'avait été réalisée sur le CHU avant le début de mon stage, que ce soit pour les externes/internes en pharmacies, les patients bénéficiant de la conciliation médicamenteuse d'entrée, les médecins hospitaliers, les internes en médecine participant à la CTME, les équipes soignantes, les professionnels de santé de ville du patient (principalement les pharmaciens d'officines, les médecins traitants et les infirmières diplômées d'état).

Le présent travail s'est axé sur la création d'outils et leur mise en place pour les patients, les prescripteurs du service de rhumatologie et les pharmaciens d'officine.

3.1. Patients

Pour connaître l'avis des patients sur la présence des pharmaciens dans le service de rhumatologie réalisant la CTME et la CTMS, un questionnaire de satisfaction a été mis en place. Il a été remis aux patients ayant bénéficié de la CTME, ainsi que de la CTMS, au cours

de leur hospitalisation sur la période de janvier 2017 à juin 2017. Il cible les patients de tous âges en mesure de répondre à des questions, et de comprendre les informations sur les traitements de sortie. Il a pour objectif de déterminer leur niveau de satisfaction face à notre activité dans le service.

Ce questionnaire regroupe dix questions divisées en quatre parties.

Une première partie regroupant six questions repose sur l'information donnée au cours de l'entretien pharmaceutique et sur les médicaments du patient. Une seconde partie de deux questions porte sur des informations données à propos des changements de thérapeutiques réalisés en cours d'hospitalisation.

Ensuite, deux parties (une question pour chacune) s'intéressent à la satisfaction du patient concernant l'entretien pharmaceutique et l'utilité du pharmacien dans le service de rhumatologie (*cf annexe 12*).

A la fin de l'entretien avec le patient, l'interne ou l'externe ayant réalisé la conciliation médicamenteuse du patient, propose à ce dernier de remplir un questionnaire anonyme de satisfaction sous format papier et est invité à le laisser dans sa chambre après sa sortie. L'équipe pharmaceutique le récupèrera par la suite.

3.2. Prescripteurs hospitaliers

Un questionnaire de satisfaction a été remis aux prescripteurs du service de rhumatologie de janvier 2017 à avril 2017, afin de cibler l'ensemble des médecins séniors et internes présents dans l'unité d'hospitalisation complète de rhumatologie. Son objectif a été d'évaluer le niveau de satisfaction des prescripteurs face à notre activité dans le service.

Ce questionnaire a présenté douze questions réparties en trois parties. La première partie concernant « les activités de la pharmacie clinique au sein du service de rhumatologie », la deuxième concernant l'impact de la conciliation vis-à-vis du patient et la troisième partie étant

liée aux « documents et informations délivrés au patient » au moment de sa sortie (*Cf Annexes 13*).

3.3. Pharmaciens d'officine

Les pharmaciens d'officine ont un rôle clé dans la conciliation médicamenteuse, puisqu'ils sont le point de liaison entre les prescripteurs et le patient. Pour connaître leurs besoins à propos de la conciliation médicamenteuse de sortie, une enquête sous forme de questionnaire de besoins a été réalisée au cours de ce travail (*cf annexe 14*). Ce questionnaire a été fait en 2 temps.

Le premier temps, s'est effectué du 1^{er} au 14 septembre 2017 (où les réponses au questionnaire ont été obtenues lors d'appels téléphoniques auprès des pharmaciens de ville de Rouen et ses alentours)

Le second temps, s'est effectué lors de la soirée ville-hôpital du 21 Septembre 2017. A l'initiative du CHU, Hôpitaux de Rouen, et du conseil de l'Ordre des pharmaciens, cette soirée a été réalisée afin de sensibiliser les acteurs de ville à la conciliation médicamenteuse, d'assurer la collaboration ville/hôpital, ainsi que présenter les résultats et communiquer sur les évolutions de la pharmacie clinique.

Pour pouvoir avoir accès aux adresses et aux numéros de téléphone des pharmaciens de Rouen et ses alentours, nous nous sommes servis de l'annuaire de santé. Cet annuaire recense tous les professionnels de santé enregistrés auprès des autorités chargées de leur enregistrement aux Répertoires Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) et à l'Automatisation DEs Listes (ADELI).

L'annuaire de santé est destiné aux acteurs des secteurs de santé et médico-sociaux et est destiné uniquement un usage professionnel. L'annuaire est disponible à partir de l'Agence des

Systemes d'Information Partagée de Santé (ASIP Santé). Cette agence est sous l'autorité du Ministère de la Santé, en partenariat avec les ordres professionnels, dans le but de favoriser le développement des systèmes d'information partagés dans les secteurs de la santé et du médico-social.

ASIP Santé est donc une source officielle et fiable. Le fait d'utiliser l'annuaire de santé nous permet d'avoir des coordonnées fiables et mises à jour. Nous avons consulté le site ASIP Santé annuaire de santé en juillet 2017 pour Rouen et ses alentours (Annuaire.sante 2017, ASIP Santé 2017, esante.ca 2017). Nous avons décidé de ne retenir qu'un seul pharmacien/pharmacienne par officine, la sélection s'étant faite par le premier pharmacien disponible pour l'entretien téléphonique.

La communication de cette soirée a été réalisée par :

- l'Ordre des pharmaciens (2 mails envoyés : un fin juin et l'autre courant août 2017),
- la distribution de flyers,

l'intermédiaire des grossistes-répartiteurs au moment de la livraison des médicaments dans les pharmacies de ville de l'Eure et de la Seine Maritime (Coopérative d'Exploitation et de Répartition Pharmaceutique (CERP), l'Office Commercial Pharmaceutique (OCP) et Alliance santé),

la mailing liste des étudiants mise à disposition par la faculté et celle des pharmaciens hospitaliers mise à disposition par l'OMÉDIT.

Ainsi le programme comportait; une présentation intitulé « La pharmacie clinique en officine : évolutions à venir » présentée par le professeur Rémi Varin, en tant qu'ancien Président de la SFPC (2013-2017) ; une présentation intitulé « Le projet de pharmacie clinique en Normandie » porté par l'Observatoire du Médicament, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique « OMÉDIT » présentée par Doreya Monzat et Marie Lefebvre-Caussin, pharmaciens de l'OMÉDIT de Normandie ; une présentation intitulé « le projet et les premiers résultats RMSORTIE du GHT Cœur de Seine et du Centre de Lutte Contre le

Cancer (CLCC) Henri Becquerel » présentée par Catherine Chenailler, pharmacien au CHU Hôpitaux de Rouen et Marion Artur-Cordier, pharmacien au CLCC Henri Becquerel ; une présentation « Messagerie sécurisée de santé : bilan, perspectives et compatibilité Apicrypt » présentée par Icham Séfion, directeur adjoint de la Direction des Systèmes d'Information du CHU Hôpitaux de Rouen. La soirée était animée par Bernard Dieu, pharmacien responsable du pôle de Pharmacie au CHU de Rouen, accompagné d'Isabelle Roussel, Présidente du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens de Haute-Normandie et de Carine Wolf, Présidente du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens.

L'ensemble des réponses a été obtenu sous forme d'un auto-questionnaire distribué lors de la soirée. Ce questionnaire était composé de dix questions divisées en trois parties. La première partie (trois questions) portait sur le niveau de connaissance des participants sur la conciliation médicamenteuse, la deuxième partie comprenait une évaluation des contacts pharmacien/médecin hospitalier existant au sujet des traitements des patients à l'entrée de leur hospitalisation, et enfin la troisième partie (six questions) regroupait différents sujets, tels que la transmission d'informations, les tableaux de la CTMS, et les adresses mails sécurisées, ainsi que les logiciels utilisés dans les officines.

Partie III : Résultats

1. Conciliation médicamenteuse d'entrée (CTME)

La CTME est indispensable pour la réalisation de la CTMS. Le but de la CTME est d'obtenir un maximum d'informations sur les traitements médicamenteux usuellement pris par le patient au moment de son arrivée dans le service de soins. Pour cela les différentes étapes de la CTME doivent être correctement réalisées afin d'avoir une conciliation et une évaluation des besoins du patient optimales. Le bilan de médication doit être réalisé le plus tôt possible après l'entrée du patient dans le service dans l'objectif d'éviter les erreurs de prescription.

Suite à l'état des lieux réalisé au cours de ce travail, il a été décidé d'améliorer la qualité des informations obtenues dans le bilan de médication. Des outils ont été revus et d'autres ont été créés. Un mode opératoire a été formalisé dans le système de documents qualité du CHU et mis également à disposition sur l'intranet et donc très facilement disponible pour les étudiants.

1.1. Révision du guide d'entretien

Pour la réalisation de l'entretien pharmaceutique avec le patient, l'interne ou l'externe en pharmacie s'appuie sur un guide d'entretien d'entrée regroupant un ensemble de questions et d'informations à recueillir auprès du patient (*cf annexe 1*). Ce guide d'entretien n'a pas pour but d'être suivi à la lettre mais d'orienter et faciliter l'entretien par l'interne ou l'externe en pharmacie.

Ce guide était divisé initialement en 10 parties comprenant la présentation de l'entretien, des informations sur le médecin traitant, et les éventuels spécialistes du patient, la (les)

pharmacie(s) du patient, les médicaments prescrits, les médicaments pris en dehors des ordonnances (automédication), les allergies médicamenteuses, la recherche de signes d'intolérance et de signes cliniques sources d'automédication, une évaluation de l'observance avec l'échelle de Girerd (Girerd *et al.*, 2001) et la finalisation de l'entretien.

Le nouveau guide que nous avons réalisé comporte 2 pages au format de poche. Dans ce guide d'entretien plusieurs éléments ont été modifiés par rapport à l'ancien guide. Ce nouveau guide comporte une description et une explication de l'utilisation du guide.

Il a été demandé dans l'ancien guide de répondre aux questions directement sur le guide d'entretien, ce qui n'est plus le cas avec la nouvelle version. Cela permet de réduire le format et surtout de fluidifier l'entretien avec le patient en limitant la prise de notes sur le bilan médicamenteux d'entrée. Par contre, il faut connaître le guide avant l'entretien avec le patient. L'objectif est de réaliser un entretien avec des questions ouvertes et de laisser le patient s'exprimer sur sa maladie et ses traitements. La présentation des objectifs au patient a été renforcée. Ce guide comprend en plus de l'ancienne version, une sécurité sur l'identification du patient en posant la question « Pourriez-vous SVP me préciser votre nom ? ». Il y a également une partie concernant l'histoire et le vécu de la maladie, comment le patient gère sa maladie au quotidien ainsi qu'avec ses proches. Cela permet de mieux connaître le patient et de comprendre ses habitudes de vie avec son traitement.

Dans la collecte d'informations sur le traitement du patient, nous trouvons à présent dans ce guide une question permettant de savoir si le DP du patient a été ouvert. Dans le cas contraire une explication concernant le DP est faite au patient.

Une recherche d'éventuelles difficultés de prise des médicaments est également présente ainsi que la recherche du suivi de certains traitements chroniques comme l'insuline ou les anticoagulants. La recherche d'une intolérance ou d'effets indésirables dus au traitement est approfondie avec la question « Avez-vous récemment arrêté ou modifié tout traitement

prescrit ?». L'évaluation de l'observance de la prise des médicaments a été en remplaçant l'échelle de Gired Xavier Presse 2001 comprenant 6 questions par le questionnaire de Morisky en 4 questions.

1.2. Création d'un bilan médicamenteux d'entrée

Un outil, nommé « bilan médicamenteux d'entrée » a été créé afin d'assurer la traçabilité de la recherche active d'informations et la synthèse du bilan médicamenteux lors de l'entrée du patient (*cf annexes 2*).

Le rôle de chacun apparaît clairement et en conformité avec le guide HAS (HAS, 2018c).

L'externe peut faire la recherche active d'informations, l'entretien patient, et la synthèse du bilan médicamenteux pris par le patient avant son hospitalisation dans l'unité de soins.

Ce travail doit être validé par l'interne (en pharmacie ou en médecine) ou par un sénior (pharmacien ou médecin). En pratique, dans le service de rhumatologie c'est en priorité l'externe en pharmacie et l'interne en pharmacie qui réalisent ce travail. En cas d'absence de l'interne en pharmacie, l'externe en pharmacie présente son travail à un médecin (interne ou sénior).

L'outil « bilan médicamenteux d'entrée » est composé d'une face *recto* permettant de tracer la recherche active d'informations et la synthèse du bilan médicamenteux, nommé « feuille d'enquête pour le bilan médicamenteux d'entrée » (*cf annexe 2*).

La « feuille d'enquête pour le bilan médicamenteux d'entrée » contient des éléments d'identité du patient, ainsi que le nom et la fonction de l'externe ayant réalisé cette recherche active d'informations, également le nom et la fonction de l'interne ayant validé le bilan médicamenteux d'entrée. Au cours de ce travail il y a eu plusieurs versions de ce document, validées et mises à jour avec la participation de nombreux externes et internes en pharmacie. Il y a eu différentes versions, incluant un aide-mémoire d'informations à demander au patient

avec des signes cliniques d'intolérance (constipation, diarrhées, acidité gastrique, anxiété, moral, insomnie, antécédent de fractures) ou des sources d'automédication (aromathérapie, phytothérapie, oligoéléments) ou des médicaments personnels qui peuvent être oubliés (collyres, patchs, crèmes, contraception). Ces éléments ne font désormais plus parties de la dernière version validée et présentée dans ce travail.

Un tableau inséré dans ce document, permet de tracer l'ensemble des informations obtenues. Chaque source utilisée pour obtenir des informations est notée dans une colonne. Pour chaque source utilisée, la date de l'enquête, le nom de l'enquêteur, le type de source, la date de référence de la source et le rédacteur ou l'interlocuteur de la source sont notés. Il y a 5 colonnes dans le document dont le but est d'utiliser en moyenne cinq sources d'informations afin d'obtenir une conciliation précise.

Chaque traitement obtenu est associé à sa source pour une meilleure compréhension et traçabilité. On note également le dosage, la forme et la voie d'administration de chaque traitement. À la fin du tableau, une colonne permet de faire une synthèse la plus exhaustive et juste possible de l'ensemble des traitements donnant lieu au bilan médicamenteux d'entrée final, celui-ci étant ensuite validé par l'interne en pharmacie.

Sur la face *verso* de l'outil « bilan pharmaceutique de médication », nous retrouvons l'« entretien pharmaceutique d'entrée avec le patient et/ou ses proches» (*cf annexe 3*) où sont tracées les informations recueillies au cours de l'entretien avec le patient, voire avec ses aidants.

Cet « entretien pharmaceutique d'entrée» est constitué d'un tableau de recueil d'informations dans lequel nous retrouvons des informations sur le mode de vie du patient, l'histoire de sa maladie, des informations concernant sa pharmacie, son médecin traitant et l'infirmière à domicile mais également des informations concernant l'organisation et la gestion des

médicaments au domicile du patient (modalités d'organisation à la maison, éventuelles difficultés dans la préparation et/ou l'auto administration de ces prises, éventuelles difficultés dans la compréhension des indications), des besoins d'informations du patient, une évaluation de la gestion de la douleur, ses éventuelles allergies, intolérances, mésusages, un point sur la vaccination et sur l'évaluation de l'observance du traitement sont tracées dans ce tableau.

De plus, la date de réalisation de l'entretien et la personne avec qui il a été réalisé (patient et/ou proche) figure au bas de ce document.

Ce document doit être signé par le pharmacien (externe, interne, senior) ayant réalisé l'entretien et contresigné par le médecin avec la date de réalisation.

1.3. Traçabilité du circuit de la carte vitale

Lors de l'entretien avec le patient, l'externe demande son autorisation pour emprunter sa carte vitale, pour la lecture de son dossier pharmaceutique (DP), si celui-ci est éventuellement ouvert. Dans le cas où le patient répond qu'il ne sait pas si son DP est ouvert, voire qu'il ne sait pas ce qu'est le DP, l'externe en pharmacie lui remet la brochure d'information du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens, en lui décrivant de manière simple les principaux objectifs du DP.

Au cours de ce travail (au mois d'avril 2017) nous avons créé un document traçant le suivi de la carte vitale depuis le moment où le patient la remet à l'externe jusqu'à sa restitution, ceci afin de s'assurer de l'absence de perte (*cf annexe 4*). Ce document comprend une check-list des différentes étapes à respecter que va suivre la carte vitale du patient depuis sa chambre, en passant par sa lecture via le lecteur de carte, jusqu'à la restitution à son propriétaire. Ce document est rempli par l'externe en pharmacien et signé par le patient ou la personne de

confiance. La date, l'heure, le nom et la fonction de l'externe (ou de l'interne) qui utilise la carte vitale, ainsi que sa signature sont également inscrits sur ce document.

1.4. Courrier de transmission aux officines

Ce document a pour objectif d'être transmis à l'officine, seulement en cas de demande du pharmacien de ville, afin de pouvoir récupérer l'ensemble des traitements pris à l'officine (*cf annexe 5*). Ce document permet d'officialiser la demande du pharmacien hospitalier auprès du pharmacien de ville, dans le cas où celui-ci ne dispose pas de messagerie sécurisée et souhaite s'assurer de la bonne identité de l'interlocuteur qui lui demande par téléphone des informations sur les traitements d'un patient, en l'occurrence du pharmacien hospitalier. Il est transmis par fax et comprend les adresses mail sécurisées du CHU ainsi que le numéro de fax mis à jour.

1.5. Révision de la fiche de conciliation des traitements médicamenteux

L'état des lieux a démontré qu'il n'y avait pas besoin de révision des outils d'analyse des divergences entre le bilan médicamenteux d'entrée et l'ordonnance médicale d'admission.

L'interne en pharmacie réalise cette comparaison et détermine les divergences (*cf annexes 6*).

L'analyse des divergences, leur intentionnalité ou non et la présentation des interventions pharmaceutiques se fait en collaboration avec le médecin prescripteur, si nécessaire à l'aide de la feuille de synthèse.

1.6. Traçabilité de la synthèse pharmaceutique

Au cours du travail, un document permettant de tracer la synthèse pharmaceutique a été créé (*cf annexe 7*). Ce document est à l'attention de l'interne en pharmacie ou du pharmacien senior.

Une fois que l'interne en pharmacie dispose du bilan médicamenteux d'entrée validé et des informations issues de l'entretien avec le patient et/ou ses aidants, l'interne va réaliser une analyse d'ordonnance, en prenant en compte également les données biologiques, les antécédents et les comorbidités du patient. Il évalue tout d'abord les divergences entre le bilan médicamenteux d'entrée et l'ordonnance médicale d'admission. Puis il évalue les choix thérapeutiques, et les points critiques (interactions médicamenteuses, contre-indications pharmacologiques, posologies). Il recherche les éventuels points d'optimisation à mettre en place (gestion des traitements, gestion de l'iatrogénie, accompagnement de l'adhésion du patient). Enfin, il évalue les éventuels médicaments potentiellement inappropriés et les éventuelles indications non traitées. L'objectif est d'aboutir à un véritable bilan partagé de médication.

Pour certains patients, des problématiques de fond se dégagent à l'issue de ce bilan partagé de médication. Il pourra alors être envisagé, en collaboration avec le médecin, l'infirmière du patient et le patient, des objectifs communs à déployer sous forme de plan pharmaceutique personnalisé. Nous avons souhaité créer un document intitulé « synthèse pharmaceutique », afin de pouvoir tracer l'ensemble des observations qui seront proposées par le pharmacien à l'équipe médicale et soignante. L'objectif n'est pas de l'utiliser de manière systématique, mais dans le cas où il y a beaucoup de propositions pharmaceutiques à discuter au cours de l'entretien collaboratif avec l'équipe médicale et soignante. Cette feuille permet de recenser

l'ensemble des interventions pharmaceutiques faites sur une prescription, et est utilisée pour faciliter l'entretien collaboratif.

Notre feuille de synthèse pharmaceutique se présente en 1 feuille *recto* composée de 3 colonnes. La première colonne présente des informations sur le bilan de médication. La 2^{ème} colonne est l'endroit où sont inscrites les interventions pharmaceutiques et les préconisations faites par l'interne en pharmacie. La 3^{ème} colonne est le résultat de l'entretien collaboratif avec le prescripteur et éventuellement l'infirmière, à propos des interventions pharmaceutiques et des préconisations.

1.7. Bilan d'activité de la CTME de Janvier 2017 à Juin 2017

De janvier à juin 2017, 322 conciliations d'entrée ont été réalisées soit 96,4% des entrées (Figure 1). Seulement sept entrées n'ont pas pu bénéficier de conciliation. Dans quatre cas, les conciliations se sont faites la nuit et les patients sont sortis le matin même. Une conciliation a été refusée par un patient. Pour deux autres, les patients sont sortis avant que l'interne n'ait pu les rencontrer. Des divergences non intentionnelles (DVNI) ont été recensées au nombre de 389. En moyenne, 93,3% des prescriptions ayant des DVNI ont été modifiées par les prescripteurs.

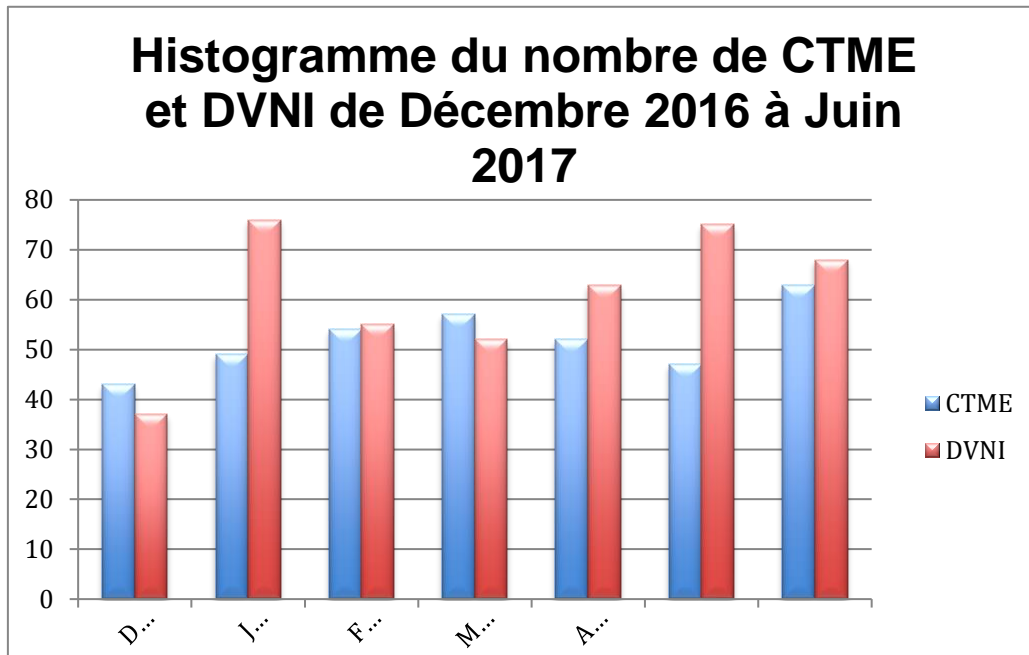


Figure 2 : Histogramme du nombre de CTME et DVNI de décembre 2016 à juin 2017

2. Bilan d'activité de l'analyse pharmaceutique

Il n'y a eu aucune révision des procédures et outils au niveau de l'analyse pharmaceutique au cours de mon travail. Cependant nous avons recensé les analyses pharmaceutiques couvrant la période de Janvier à Juin 2017. Celles-ci se sont effectuées sur des prescriptions pouvant avoir été réalisées lors d'une entrée, d'un transfert ou d'une sortie d'un patient au sein du service. L'objectif a été de réaliser *à minima* au moins une analyse d'ordonnance à l'entrée du patient et une analyse à la sortie, en lien avec la validation de la conciliation. Dans la mesure du possible, d'autres analyses ont été réalisées au cours du séjour en cas de changement de prescription, avec les difficultés que cela comporte.

Dans le service, 333 patients ont eu leurs ordonnances analysées au moins une fois, ce qui représente 100% des patients accueillis sur la période de l'étude. 177 interventions pharmaceutiques (IP) ont été réalisées soit une IP pour 53% des patients. Un total de 168 IP ont été acceptées par les prescripteurs, soit un taux d'acceptation de 94%.

3. Conciliation des traitements médicamenteux de sortie

3.1. Description du déploiement de la CTMS dans le service

Lorsque l'hospitalisation se termine, la CTMS se met en place. Sa réalisation se fait à partir de la CTME. Pour cela le bilan médicamenteux d'entrée est repris, avec l'ensemble des traitements du patient prescrits pendant l'hospitalisation, le tout comparé avec l'ordonnance de sortie, préalablement obtenue auprès du prescripteur. L'analyse pharmaceutique est faite par le pharmacien ou l'interne en pharmacie. Il est évident qu'une bonne conciliation de sortie ne peut être réalisée que si la conciliation d'entrée a été préalablement effectuée.

Au cours de celle-ci, plusieurs étapes doivent être réalisées :

- La comparaison de l'ordonnance de sortie avec le bilan médicamenteux d'entrée, et l'ordonnance en cours d'hospitalisation pour déterminer la présence de divergence(s) ;
- L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance ;
- La vérification de la conformité de l'ordonnance de sortie du patient (nom, prénom, n°RPPS et finess du médecin, nom complet du libellé du prescripteur avec l'adresse et le numéro de téléphone professionnel, la signature du prescripteur, le nom, prénom, poids (si nécessaire) du patient, et la date de réalisation de l'ordonnance);
- Les informations aux patients ;
- Le lien ville-hôpital.

3.1.1. Création de la check-list

Pour la réalisation complète de la CTMS, une check-list de méthodologie a été mise en place pour aider l'interne et l'externe en pharmacie (*cf annexe 9*).

Cette check-list est constituée de 9 étapes allant de la préparation depuis la veille de la sortie du patient, à la transmission du courrier de conciliation de sortie à la pharmacie de ville. Parmi ces 9 étapes, certaines ne peuvent être réalisées que par l'interne en pharmacie car elles nécessitent un certain niveau de formation.

Dans le service de rhumatologie, la préparation de la conciliation médicamenteuse de sortie, se réalise le matin de la sortie du patient. La difficulté principale réside dans l'obtention de l'ordonnance de sortie du patient, puisque les internes en médecine la préparent juste avant sa sortie. En rhumatologie, c'est obligatoirement l'interne en pharmacie qui réalise une synthèse sous forme de tableau appelé « bilan médicamenteux de sortie », comme décrit précédemment.

3.1.2. Révision du bilan médicamenteux de sortie

La conciliation médicamenteuse de sortie a été sécurisée dès le début avec la signature du tableau de conciliation médicamenteuse de sortie par le pharmacien et le prescripteur (*cf annexes 8*). Il n'est pas apparu nécessaire d'apporter des modifications au moment de l'état des lieux puisque cela nous convenait.

Par exemple, nous indiquons le schéma posologique des médicaments, le statut des traitements ainsi que leurs indications. Cela permet d'expliquer au patient, le moment où il devra prendre ses nouveaux médicaments, à quoi ils servent, et s'il doit continuer ou non l'ensemble de ses traitements. Les signatures du médecin et du pharmacien sont également présentes. Cela permet d'authentifier la valeur du document et l'identification des professionnels de ville du patient. Des informations éventuelles obtenues lors du bilan pharmaceutique peuvent être inscrites sous ce tableau pour renseigner les professionnels de ville. Ce tableau est très complet, mais peut être un peu compliqué à lire pour certaines personnes âgées ou la personne de confiance si elle n'a pas assisté à l'entretien.

C'est au moment de l'enquête de satisfaction des prescripteurs que nous avons modifié notre document puisqu'un prescripteur n'était pas tout à fait satisfait de la clarté de ce document. Après discussion avec celui-ci il a été décidé de faire 2 exemplaires différents du bilan médicamenteux de sortie. Le premier exemplaire identique à la version initiale, à l'attention du médecin traitant et du pharmacien de ville, et le deuxième exemplaire en version plus allégée à destination du patient.

Le tableau de conciliation médicamenteuse de sortie est associé à la lettre de liaison du patient, à destination du médecin traitant. Pour la pharmacie d'officine ce document n'est remis que depuis la réalisation de la soirée ville-hôpital, après échange téléphonique avec le pharmacien de ville. Le document est transmis de préférence par messagerie sécurisée (adresse MSSAnté® ou Apicrypt® disponible depuis septembre 2017), ou à défaut par fax ou par téléphone.

La lettre de liaison destinée au médecin traitant a été mise en place sur le CHU de Rouen pendant la période où je réalisais mon stage. Celle-ci décrit le motif d'hospitalisation, ce qu'il s'est passé au cours de l'hospitalisation du patient ainsi que les changements médicamenteux entrepris. Il est donc nécessaire de vérifier la bonne concordance entre cette lettre de liaison et l'ordonnance de sortie du patient et le tableau de conciliation médicamenteuse de sortie.

3.1.3. Création d'un guide d'entretien de sortie

Un entretien de sortie avec le patient est effectué par l'interne ou l'externe en pharmacie. Celui-ci permet d'expliquer au patient les modifications de son traitement qui ont été faites au cours de son hospitalisation. Un guide d'entretien est mis en place pour aider à la réalisation de cette démarche. Ce guide d'entretien est présent sous 2 versions différentes :

l'une est destinée à l'interne en pharmacie (*cf annexe 10*) et l'autre à l'externe en pharmacie (*cf annexe 11*). Ces deux versions sont très similaires, la différence se situant principalement au niveau des observations et des questions de l'interne ou de l'externe. La première partie décrit toutes les étapes à réaliser avant l'entretien patient en se fondant sur la check-list de la CTMS. La seconde concerne l'entretien patient où nous retrouvons la présentation de l'interne ou de l'externe faite au patient, une présentation et une explication du courrier de conciliation de sortie, et la présence de remarques/questions pouvant être posées au cours de cet entretien. Dans cette partie nous trouvons également une présentation du dossier pharmaceutique au patient, ainsi que la remise de la conciliation de sortie et du questionnaire de satisfaction adressé au patient. La troisième partie concerne la fin de l'entretien patient.

Lorsque l'externe en pharmacie explique au patient les éléments de la sortie, il se limite aux informations écrites sur le tableau du bilan médicamenteux de sortie, ceci afin de ne pas être en difficulté sur d'éventuelles autres questions du patient. Si le patient a des questions importantes qui sortent du cadre du bilan médicamenteux de sortie, l'externe lui conseille d'en parler au médecin hospitalier avant sa sortie, et le rassure sur le fait qu'une fois chez lui, son pharmacien et son médecin traitant peuvent prendre le temps d'échanger avec lui en cas de besoin. En cas de difficulté importante signalée par le patient, l'externe sollicite son pharmacien binôme avant la sortie du patient pour évaluer la conduite à tenir. Dans le cas où l'entretien de sortie est réalisé par l'interne en pharmacie, ce dernier peut se permettre de donner en plus quelques consignes au patient, et répondre à certaines questions plus techniques.

3.2. Bilan d'activité de la CTMS de Janvier 2017 à Juin 2017

Un déploiement de l'activité a été réalisé dans un 1^{er} temps sous forme de phase test en décembre 2016, puis sous forme effective dès janvier 2017. De janvier à juin 2017, sur les 283 patients sortis du service, 182 ont été conciliés soit 64% des patients. 123 divergences non intentionnelles ont été détectées. Concernant les prescriptions, 119 d'entre elles ayant des divergences non intentionnelles ont été modifiées par les prescripteurs, soit un taux d'acceptation de 96%.

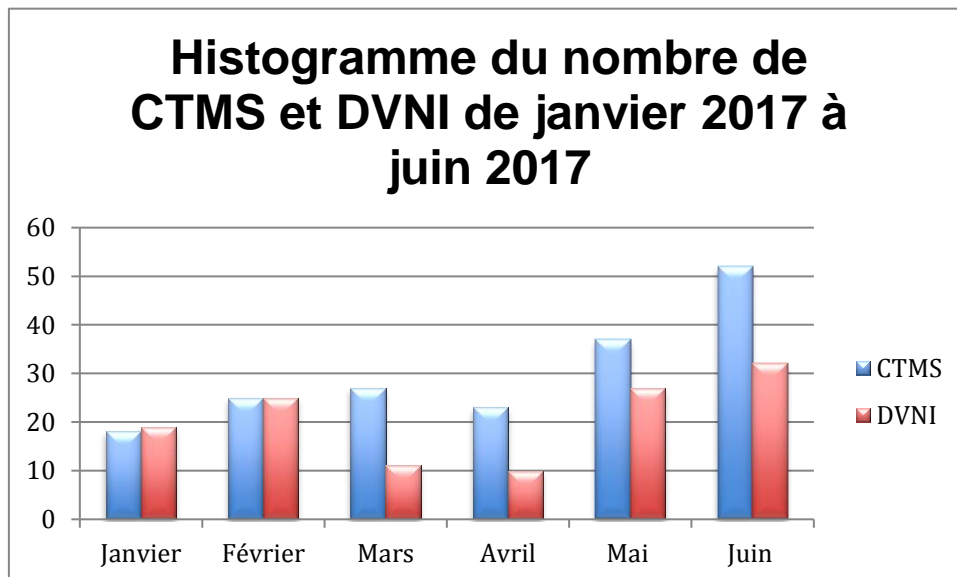


Figure 3 : Histogramme du nombre de CTMS et DVNI de janvier 2017 à juin 2017

4. Evaluation de la satisfaction

4.1. Patients

Pendant la période de janvier à juin 2017, des questionnaires de satisfaction ont été remis aux patients de rhumatologie ayant bénéficié de la CTME, ainsi que de la CTMS. Le questionnaire a été remis à 68 patients (30%). Les 68 patients ont tous répondu à l'intégralité du questionnaire.

En moyenne 65,5% des patients ont répondu être très satisfaits concernant l'information apportée sur leur traitement, 33,5% ont répondu être satisfaits et 1% être peu satisfaits.

De plus, en moyenne, 55% des patients se sont trouvés très satisfaits des explications apportées sur les effets des médicaments, prises et éventuelles interactions médicamenteuses, 37% des patients ont été satisfaits et 9% ont été peu ou pas satisfaits, ou n'ont pas donné d'avis.

Concernant l'écoute et le temps mis à la disposition des patients lors des entretiens pharmaceutique, ces éléments ont été jugés très satisfaisants pour 70% des patients et satisfaisants pour 29% des patients.

Concernant l'information donnée sur les changements des traitements médicamenteux du patient au moment de sa sortie, la compréhension a été jugée très satisfaisante pour 72% des patients et satisfaisante pour 29% des patients. La clarté du tableau de synthèse remis à la sortie a été évaluée très satisfaisante pour 61% des patients, satisfaisante pour 35% des patients, peu satisfaisante ou n'ayant pas d'avis pour 3% des patients.

Concernant la satisfaction globale des patients sur l'entretien pharmaceutique réalisé avec le pharmacien 74% ont été très satisfaits, 25% ont été satisfaits et 1% a été très peu satisfaits.

Finalement, 100% des patients ont répondu « Oui » sur l'utilité du pharmacien lors de la prise en charge d'un patient au cours de son hospitalisation.

4.2. Prescripteurs

Une étude de satisfaction concernant les prescripteurs a également été réalisée. Au total les 8 prescripteurs du service de rhumatologie présents sur la période de janvier 2017 à avril 2017 ont répondu au questionnaire de satisfaction.

Ils ont déclaré être très satisfaits de la qualité des informations recueillies lors de la CTME et de la pertinence apportée par la conciliation d'entrée et de sortie.

Concernant le délai de prise en charge du patient par le pharmacien lors de son entrée, 7 des 8 prescripteurs ont été très satisfaits de la prise en charge, et un prescripteur satisfait. Il a été pris en compte l'avis de ce prescripteur pour modifier le bilan médicamenteux de sortie.

Les 8 prescripteurs sont d'accord sur l'apport de la conciliation médicamenteuse en terme de sécurité du patient, 6 prescripteurs sont tout à fait d'accord quant à la bonne adhésion/observance aux traitements de sortie, et 2 prescripteurs sont d'accord.

7 prescripteurs trouvent tout à fait acceptable la clarté du document de conciliation donné à la sortie du patient, et 1 prescripteur est moyennement d'accord. Suite à une discussion avec ce dernier une deuxième version plus allégée a été créée comme décrit précédemment.

Les 8 prescripteurs sont tout à fait d'accord sur le bon lien ville-hôpital, et 6 prescripteurs sont tout à fait d'accord avec la transmission des informations au médecin traitant et à la pharmacie de ville du patient, 2 prescripteurs sont d'accord ou moyennement d'accord sur ce point. 100% des prescripteurs ont tous répondu « oui » à l'utilité du pharmacien dans la prise en charge du patient.

4.3. Officines

L'enquête réalisée au cours de ce travail s'est faite sous forme de questionnaire et a été répartie en 2 temps comme indiqué précédemment.

Concernant les résultats obtenus, nous avons eu un total de 34 pharmacien(ne)s d'officines ayant répondu au questionnaire. Un pharmacien a répondu à la fois au questionnaire téléphonique et à l'auto-questionnaire de la soirée ville/hôpital du 21 septembre 2017. Les réponses étant homogènes, elles n'ont été prises en compte qu'une seule fois avec le questionnaire téléphonique.

Plus de 85% de réponses au questionnaire ont été obtenus lors d'appels téléphoniques auprès des pharmaciens de ville de Rouen, Darnetal, et Bihorel (n=30) sur la période du 1^{er} au 14 septembre 2017, soit 75%. Les 15% restants ont été obtenus sous forme d'un auto-questionnaire lors de la soirée ville hôpital du 21 septembre 2017 (n=4).

Sur les 34 pharmacies ayant répondu, 30% d'entre elles avaient déjà reçu au moins une fois un tableau de conciliation de sortie et 70% n'en avaient jamais reçu.

La transmission d'informations au sujet de la conciliation médicamenteuse intéresse 97% des pharmacies avec seulement 3% (soit une pharmacie) non intéressée.

82% pharmacies n'ont pas de messagerie sécurisée mais 50% seraient prêtes à en créer une pour obtenir la conciliation de sortie.

Concernant la possibilité d'insertion de la conciliation sous format PDF dans le logiciel pharmaceutique au nom du patient, 35,5% des pharmacies peuvent le faire, 23,5% ne peuvent pas, les 41% des pharmacies restants ne savent pas s'ils peuvent introduire un format PDF dans le logiciel.

Nous avons pu identifier par les réponses des pharmaciens officinaux, que les logiciels Winpharma®, LGPI® et LEO® pourraient accueillir la conciliation sous format PDF, ce qui pourrait faciliter l'exploitation du bilan médicamenteux de sortie au moment de la venue du patient.

Enfin 70% des pharmacies ont signalé le besoin d'avoir plus d'informations au sujet de la conciliation médicamenteuse. Dans ce cas, il leur a été proposé de venir à la soirée ville/hôpital organisée le 21 septembre 2017, en leur envoyant la plaquette informative par mail à la pharmacie. Au total, cette dernière a été envoyée à 14 pharmacies sur les 30 pharmacies appelées.

Cette soirée a permis d'accueillir 110 personnes, dont 38 pharmaciens d'officine, 35 étudiants et enseignants de la faculté de Pharmacie de Rouen et 37 pharmaciens hospitaliers. Parmi les 38 pharmaciens d'officine, 8 d'entre eux avaient été contactés les jours précédents et participé au questionnaire téléphonique, soit 27% des pharmaciens ayant répondu au questionnaire téléphonique. 30 pharmaciens d'officine venaient d'une ville située en dehors du périmètre géographique ciblé par l'enquête téléphonique, et parmi eux 4 ont répondu à l'auto-questionnaire.

Partie IV : Discussion

5. Premier objectif : mise en place d'actions correctives concernant la conciliation d'entrée

L'HAS et la SPFC préconisent de structurer la démarche de la conciliation médicamenteuse grâce à un guide (HAS) et une fiche mémo (SFPC). L'HAS préconise également l'utilisation de différents outils tels que le guide d'entretien patient, le bilan médicamenteux optimisé ainsi que la fiche de recueil (SFPC 2015, HAS 2018c).

Au travers de notre état des lieux dans le service de Rhumatologie, nous avons observé que la démarche de conciliation médicamenteuse d'entrée commençait à se structurer, démarche à laquelle nous avons apporté un certain nombre d'actions correctives.

Tout d'abord un mode opératoire décrivant le processus a été validé dans logiciel de Gestion Electronique des Documents et de l'Information (GEDI). Il s'agit du support présenté au cours de la demi-journée de formation présentielle rappeler quand était cette journée permettant d'accompagner sa présentation. Le reste de la formation d'accueil n'a pas été modifié.

5.1. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien que nous avons révisé, présente la même organisation que la première version. Cependant contrairement à cette dernière, il représente juste une aide à la réalisation de l'entretien. Il présente des questions type ; sur uniquement 2 pages, alors que l'ancien guide en comportait 9, celui de l'HAS étant composé de 4 pages.

Cette taille réduite permet d'avoir un support tenant sur une page *recto-verso* avec malgré tout, un recueil d'informations plus exhaustif que celui de l'HAS, permettant d'évaluer plus finement les besoins du patient sur son traitement.

De fait, ce guide est plus dense, il doit être utilisé uniquement comme source d'inspiration pour poser les questions. Le but n'est pas de réaliser absolument l'entretien dans le même ordre que celui indiqué sur le guide, ni d'insister auprès du patient pour obtenir une réponse à l'ensemble des questions mais de réaliser un entretien naturel, fluide et adapté au patient. Cela permet également de ne plus passer l'entretien à lire le guide, ce qui favorise l'interaction avec le patient avec plus d'empathie.

La nouvelle version de notre guide présente à notre avis plusieurs avantages par rapport à la première version. Par exemple il comprend le respect de l'identito-vigilance, ceci a pour but d'éviter que l'externe ne dise par exemple : « vous êtes bien Mr X » qui est une source d'erreur. Certains patients âgés sont sourds et vont quand même répondre « oui » à la question même s'ils n'ont pas compris la question, ce type de phrase étant donc une réelle source d'erreur de l'identité.

De plus, les objectifs de l'entretien sont mieux expliqués au patient au début de l'entretien afin que le patient exprime ses besoins. Cela est renforcé par l'utilisation de questions ouvertes, qui favorisent une relation de confiance. Cela permet également d'aider l'interne ou l'externe en ayant l'ensemble des informations au début du guide.

Dans notre guide, nous abordons la possibilité d'appeler la pharmacie de ville, et recherchons la non opposition du patient, afin de mieux répondre à ses attentes, tout en se rapprochant des conditions imposées par le décret n°2016-1349 du 10 octobre 2016, relatif au consentement préalable au partage d'information, entre des professionnels de santé ne faisant pas partie de la même équipe de soins. En effet, ce décret impose au professionnel de santé issu d'une autre équipe de soins de «recueillir le consentement de la personne pour partager ses

données, par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, après qu'elle ait reçu les informations prévues ».

Le guide de l'HAS présente une partie « recueil de données » qui groupe l'ensemble des questions à poser au patient et cible certains médicaments particuliers (gouttes dans les yeux, antibiotiques pris dans les 3 derniers mois). Notre guide présente également un ciblage de médicaments particuliers et une partie « recueil de données », mais elle est scindée en plusieurs petites parties, en fonction du sujet abordé au cours de l'entretien.

Concernant l'évaluation de l'observance, dans le guide de l'HAS elle est évaluée par 3 questions telles que :

- « Que faites-vous lorsqu'il vous arrive d'oublier une prise de traitement ? »
- « Êtes-vous aidé au quotidien dans la gestion de votre traitement ? » Si oui par qui ? (Infirmière Diplômé d'Etat (IDE), entourage, pharmacien d'officine, etc.)
- « Avez-vous des outils d'aide à la gestion de votre traitement ? (Pilulier, alertes/alarmes téléphoniques, etc.) » (HAS 2015a)

Dans notre guide d'entretien nous avons choisi d'utiliser le questionnaire de Morisky en 4 questions (Morisky Medication Adherence Scale™ 2010), qui est un questionnaire en anglais validé lors d'une étude menée sur l'hypertension artérielle en 1986.

L'avantage de ce questionnaire, est qu'il présente une très bonne sensibilité, une spécificité modérée et n'est pas très long à réaliser. Or, nous avons déjà un guide d'entretien assez long et complet. L'inconvénient est, que ce test nécessite une autorisation d'utilisation, auprès de l'auteur Morisky Reseach LLC lors de la publication de résultats (Morisky Medication Adherence Scale™ 2018).

Pour cela il pourrait être préférable d'utiliser le questionnaire de Girerd (Girerd *et al.*, 2001) validation sur une population française dans le cadre de l'hypertension artérielle, qui, certes est composé en contrepartie d'un peu plus de questions (au nombre de 6).

5.2. Fiche d'enquête

Comme évalué au cours de l'état des lieux, il n'y avait pas de fiche d'enquête mise en place dans le service de rhumatologie. Au cours de ce travail, nous avons réalisé et utilisé une fiche d'enquête. Notre fiche présente plus de mots clés et plus d'informations recueillis que celle de l'HAS. Sa mise en place a permis une meilleure traçabilité des sources (type de source, date de référence, identité du rédacteur). Avant la fiche d'enquête, nous n'avions que les photocopies des ordonnances de ville dans les sources. Cette fiche permet également de tracer les contacts téléphoniques, la recherche papier comme le dossier médical et identifier ce qui a été obtenu en fonction de chaque type de source. Elle permet également de bien définir les rôles de chacun, externe et interne en pharmacie: recherche active d'informations, formalisation du bilan de médication, et recherche des besoins du patient. La conciliation apparaît plus structurée. Avant l'utilisation de la fiche d'enquête nous ne savions pas qui avait réalisé l'enquête. Pour le savoir nous avons donc tracé l'identité et la fonction de la personne ayant réalisé le recueil des informations et celle ayant validé le bilan médicamenteux, dans le but de pouvoir s'y référer si besoin. Le document de l'HAS ne permettait pas quant à elle d'identifier le nom de la personne réalisant l'étape et sa fonction.

L'inconvénient pour l'externe, c'est que ce document peut être fastidieux à utiliser, puisqu'il faut bien marquer l'ensemble des posologies, formes et voies d'administration pour chaque médicament. Il est en effet important que l'ensemble des informations recueillies soit correctement marqué, car si la conciliation est réalisée par plusieurs personnes, il y a un risque de perte d'informations ou de mauvaise compréhension des informations recueillies.

Depuis la fin de ce travail, ce document a été modifié et appelé « bilan médicamenteux d'entrée » (*cf annexe 8*). Dans ce document, certains éléments ont été supprimés comme par exemple ; signes cliniques d'intolérance (constipation, diarrhées, acidité gastrique, anxiété,

moral, insomnie, antécédent de fractures) ou des sources d'automédication (aromathérapie, phytothérapie, oligoéléments) ou des exemples de médicaments personnels qui peuvent être oubliés (collyres, patches, crèmes, contraception). Ces éléments ont été supprimés pour alléger ce document. En contrepartie ils ont été ajoutés dans le guide.

La dernière version présente un avantage supplémentaire par rapport à notre fiche initiale puisqu'elle peut être validée par un médecin. Cela permet de déployer une procédure dégradée, si un jour l'interne en pharmacie n'est pas présent dans le service, l'externe en pharmacie va se référer au prescripteur pour réaliser la conciliation.

La fiche d'enquête comprend également une partie de traçabilité de l'entretien réalisé avec le patient et/ou ses proches, à son entrée dans l'unité de soins. Ce document permet de tracer les informations recueillies avec le patient et ainsi avoir une meilleure transmission vers les autres professionnels. Au cours de son utilisation la fiche a été révisée plusieurs fois. L'objectif a été d'essayer d'aller au-delà de la conciliation, pour se rapprocher du récent bilan partagé de médication, validé en pharmacie de ville entre l'Union National de la Caisse d'Assurance Maladie (UNCAM) et les syndicats d'officine (La ministre des solidarités et de la santé *et al.*, 2018).

La dernière version (modifiée après mon stage) est intitulée « entretien pharmaceutique d'entrée avec le patient et/ou ses proches ». Il apparaît vraisemblable que cet outil sera encore révisé pour s'adapter à la mise en place des bilans partagés de médication à l'hôpital, tant sur son titre que sur son contenu. Le document est présenté de manière à recueillir des informations exhaustives tout en faisant un entretien le plus naturel possible avec le patient. Il apparaît simple, facile d'utilisation, et permet de noter les informations obtenues directement dans chaque case correspondante. Il regroupe un ensemble de mots clés retrouvés de manière détaillés dans le guide d'entretien.

Un encart est également aménagé pour la signature du prescripteur. L'inconvénient de ce document, est qu'il représente une contrainte supplémentaire de traçabilité, surtout quand il y a qu'un seul intervenant comme l'interne en pharmacie. Il peut ne pas avoir envie de remplir deux documents mais de se simplifier la tâche en ne remplissant uniquement que le document permettant la comparaison du BME et OMA. Cependant ceci n'est pas validé pour l'externe en pharmacie.

5.3. Feuille de Circuit de la Carte Vitale

Comme vu dans l'état des lieux, aucun document ne permettait de tracer l'utilisation de la carte vitale pour lire le DP. La carte vitale passe dans les mains de l'externe en pharmacie, or il y a beaucoup de personnels dans le service, c'est donc une étape à risques. L'HAS ne présente pas de document de traçabilité du circuit de la carte vitale.

Ce document permet de connaître l'ensemble des interlocuteurs ayant utilisé la carte vitale du patient puisque chaque personne utilisant la carte vitale du patient doit remplir cette fiche. Ce document est inspiré de la procédure du CH de Darnetal qui fait partie du GHT Rouen Cœur-de-Seine qui a déjà un bon retour d'expérience du bureau d'admission.

En rétrospectif, grâce aux fiches d'enquête, il serait possible de retrouver le nombre d'utilisations du DP.

Par ailleurs, ce document est une contrainte en plus car c'est un papier qu'il faut remplir et il y a déjà beaucoup de papiers à remplir pour la conciliation.

Pour permettre la lecture de la carte vitale plus aisément, le logiciel FAST a été installé dans les services de soins, ce qui autorise une dématérialisation de la CV. Cela a permis un gain de temps et une diminution du risque de perte, puisqu'il ne serait plus obligatoire de descendre lire la carte vitale à la pharmacie avec la Carte Professionnelles de Santé (CPS) du pharmacien

senior. Cependant, cela nécessite au préalable une démarche de communication et une phase de test avec les bureaux des admissions du CHU.

Une étude est actuellement menée dans le cadre du PREPS CONCIPAGE dans le service de médecine interne du CHU de Rouen. Durant la première période d'inclusion de 4 mois allant de mai à août 2017, il a été observé que chez 98 patients de plus de 65 ans avec une carte vitale, 69 d'entre eux avaient un DP ouvert, soit 70% des patients.

En rhumatologie, ce n'est pas la même population de patients qu'en médecine interne, il y a souvent des patients plus jeunes donc ce n'est pas forcément comparable, mais le DP reste une source très utile d'informations. Il pourrait être intéressant dans un prochain travail d'évaluer par un audit de terrain, le circuit de la carte vitale et la lecture du DP.

Nous n'avons pas chiffré le nombre d'utilisations du DP en rhumatologie. En pratique, le Conseil national de l'ordre des pharmaciens transmet trimestriellement un retour d'activités du DP à chaque établissement. Cependant l'activité est partagée entre le CHU de Rouen et l'unité des rétrocessions, ce qui ne permet pas de faire la distinction avec la conciliation.

L'avantage de la procédure mise en place, est qu'elle permet de former les pharmaciens et des externes à mieux expliquer au patient ce qu'est le DP avec la remise d'une brochure de l'Ordre, ce qui peut représenter un intérêt du fait que beaucoup d'entre eux auront plus tard une activité de ville. Par contre, la procédure actuelle donnée pour l'externe ne concerne pas une ouverture de DP, il y a en effet déjà beaucoup d'éléments de la conciliation d'entrée qui reposent sur les externes et la création d'un DP nécessite un temps important d'information dédiée et de recueil de consentement. Si le patient est insistant sur l'ouverture d'un DP, l'interne va se rapprocher d'un pharmacien senior pour ouvrir le DP du patient dans les meilleures conditions d'information.

5.4. Courrier de transmission aux officines

Un courrier de transmission aux officines a été créé suite à l'état des lieux initial pour permettre de répondre aux demandes éventuelles de justification de la part de pharmaciens d'officine. Ce document présente l'avantage d'être plus complet sur l'identification de l'équipe pharmaceutique du CHU de Rouen qu'une demande manuscrite réalisée au dernier moment. C'est un document pré-écrit ce qui permet un gain de temps, puisqu'il ne reste plus qu'à inscrire les informations adaptées à chaque patient. L'adresse mail sécurisée et le numéro de fax étant déjà indiqués sur le courrier, il y a moins de risque d'erreurs que par voie orale. Dans la mesure du possible il faut privilégier la transmission par messagerie sécurisée si le pharmacien d'officine est équipé. En pratique ce document n'est pas utilisé très fréquemment mais la demande ayant déjà été formulée à plusieurs reprises, il semble intéressant de le conserver en cas de besoin.

5.5. Fiche de conciliation des traitements médicamenteux

Concernant le document permettant l'analyse des divergences entre le bilan médicamenteux d'entrée et l'ordonnance médicale d'admission, notre état des lieux n'a pas conduit à réaliser une révision. En pratique, il n'est utilisé que lorsque l'interne en pharmacie ou le pharmacien sénior réalise la recherche active d'informations et l'analyse des divergences. Le pharmacien peut alors choisir d'utiliser soit la fiche d'enquête (bilan médicamenteux d'entrée + entretien pharmaceutique d'entrée avec le patient et/ou ses proches) ou ce seul document. Cela permet de soulager les retranscriptions manuscrites.

5.6. Feuille de synthèse pharmaceutique

Notre état des lieux a cependant conduit à la création d'un nouveau document de « synthèse pharmaceutique » pour aider à présenter les interventions pharmaceutiques, liées à la fois à la conciliation et à l'analyse pharmaceutique. Il est en effet fréquent d'avoir plusieurs interventions pharmaceutiques à réaliser pour un même patient. Leur présentation au prescripteur peut apparaître longue, celui-ci étant fréquemment dérangé, ce document permet alors de lui laisser après explication orale, une trace complète de l'intervention. Cela est également structurant car le pharmacien se doit de bien justifier par écrit son intervention. L'objectif est donc de faciliter les échanges entre le pharmacien et le prescripteur. La feuille de synthèse pharmaceutique permet également à l'interne en pharmacie de savoir exactement ce qu'il doit transmettre au prescripteur et d'aller à l'essentiel, avec un gain de temps pour l'entretien collaboratif. Il n'a pas vocation à être utilisé systématiquement, mais surtout lorsqu'il y a beaucoup d'éléments pertinents à discuter. Sinon, il est préférable de favoriser un entretien collaboratif par oral avec le prescripteur et/ou l'infirmière.

Finalement le document d'analyse des divergences et celui de synthèse pharmaceutique n'ont pas vocation à être utilisés de manière systématique, mais plus pour conserver une trace de l'intervention du pharmacien. Cela représente une charge de travail supplémentaire pour l'interne en pharmacie. Une nouvelle approche serait de pouvoir conserver dans le dossier médical papier du patient, l'outil de recherche active « bilan médicamenteux d'entrée et entretien pharmaceutique avec le patient et/ou ses proches » et de pouvoir tracer sous forme de « compte-rendu pharmaceutique » dans le dossier médical informatisé du patient tous les éléments de synthèse et d'intervention pharmaceutique. Certains logiciels d'aide à la prescription (LAP) comprennent un module de conciliation, qui permet de tracer le bilan médicamenteux d'entrée de la même manière que l'ordonnance médicale d'admission. Cela représente une étape supplémentaire à réaliser au moment de l'entrée, toutefois au cours des

différents transferts du patient et au moment de la préparation de sa sortie, ces éléments d'entrée sont disponibles immédiatement et peuvent ainsi faciliter la conciliation médicamenteuse de sortie. Cette possibilité informatique n'est actuellement pas envisageable au CHU de Rouen, mais reste un élément fort en cas de réévaluation des logiciels, d'aide à la prescription (LAP) ou à la dispensation (LAD).

6. Deuxième objectif : élaborer une méthode accompagnée d'outils pour déployer la conciliation médicamenteuse de sortie dans le service de Rhumatologie

Au vu des premiers résultats d'activité sur les six premiers mois du démarrage, 64% des patients sortis du service ont bénéficié de conciliation de sortie, ce qui est peut être considéré comme satisfaisant, d'autant que cette période est à cheval sur deux semestres d'internes en pharmacie et deux trimestres d'externes en pharmacie. Plusieurs facteurs de réussite peuvent être identifiés.

Tout d'abord la conciliation d'entrée a été réévaluée après l'état des lieux, et ajustée qualitativement. L'activité est quasiment exhaustive puisque sur les six mois de l'étude, 96,4% des patients accueillis en rhumatologie en ont bénéficié. De fait, c'est ainsi plus facile pour le pharmacien d'identifier les patients qui peuvent bénéficier de conciliation de sortie. Il nous semble également évident qu'on ne concilie bien à la sortie que si on a été bien concilié à l'entrée.

De plus, la réalisation de la conciliation des traitements médicamenteux de sortie est préférentiellement réalisée par l'interne ou l'externe ayant réalisé la conciliation des traitements médicamenteux d'entrée, ceci afin que le patient rencontre la même personne de l'équipe pharmaceutique. Cela est rassurant pour le patient et peut favoriser les échanges au moment de l'entretien de sortie. Cela permet également de gagner du temps, car les informations sont

mieux appréhendées lorsque c'est le même interne ou externe en pharmacie qui a réalisé le suivi du patient hospitalisé. Si ce n'est pas possible, c'est un autre interne et externe qui va réaliser la conciliation de sortie, mais un travail en amont de l'entretien de sortie devra être réalisé par celui-ci, pour bien prendre en compte les informations obtenues à l'entrée et limiter le risque d'erreur.

Il ne faut pas négliger le temps de préparation de l'entretien de sortie car c'est une étape importante pour le patient au cours de son hospitalisation. La présence du pharmacien dans le service de soin est en effet un facteur clé de la réussite.

Pour sécuriser cette étape, lorsque le document de sortie est préparé par un externe en pharmacie il est obligatoirement validé et signé par un interne en pharmacie. Dans tous les cas ce document est aussi signé par le prescripteur.

Il faut noter également un facteur essentiel dans la réussite du processus qui repose sur l'étroite collaboration avec l'équipe médicale. En effet, la préparation de la sortie du patient dans un service de soins MCO tel que celui de Rhumatologie est souvent très contraignante et est réalisée dans un temps très court. A titre d'information la durée moyenne du séjour en 2017 est de 9,1 jours. Malgré cela, les prescripteurs ont très naturellement accepté cette nouvelle étape, qui demande du temps et nécessite de réévaluer la prescription de sortie. Les prescripteurs ont ainsi très rapidement sollicité l'équipe pharmaceutique lors de la préparation de la sortie des patients. Le bilan médicamenteux de sortie est d'ailleurs co-validé avec le prescripteur. Enfin, nous pouvons citer l'impact positif des documents révisés pour le processus de la conciliation de sortie.

6.1. Check-list de la conciliation des traitements médicamenteux de sortie

La check-list de la conciliation des traitements médicamenteux de sortie apparaît être un outil clair et synthétique. Aucune bibliographie sur une check-list de sortie n'a été retrouvée.

Nous avons dû la créer. C'est un élément essentiel pour structurer la démarche de la conciliation de sortie. Ce document ne fait qu'une page *recto-verso*, facile d'utilisation, et détaille correctement l'ensemble des étapes permettant de distinguer celles pouvant réalisées par l'externe, de celles à réalisées uniquement par l'interne ou le pharmacien.

Il faudrait envisager un retour d'expérience des externes/internes sur le terrain pour pouvoir critiquer cette check-list et la faire évoluer. Actuellement, il n'a pas été nécessaire de faire évoluer ce document alors qu'il a été testé par 2 internes en pharmacie et 4 externes en pharmacie.

6.2. Bilan médicamenteux

Pour évaluer l'outil « bilan médicamenteux de sortie d'hospitalisation » créé et testé sur la période de décembre 2016 en Rhumatologie, nous nous sommes appuyés sur la recherche bibliographique. Trois instances ayant participé au projet Med Rec, le CH de Lunéville, l'OMÉDIT Aquitaine et le CHU de Strasbourg ont mis à disposition sur le site de l'HAS leurs documents contrairement aux documents utilisés en interne (HAS 2018a). Le document du CH de Lunéville trace la validation et la signature du pharmacien, mais pas celle du médecin, sans indications sur le traitement médicamenteux. Le document de l'OMÉDIT Aquitaine trace la validation par le médecin ayant réalisé la CTMS et celle du pharmacien ; les indications des médicaments prescrits ne sont pas présentes dans ce document, par contre des informations cliniques (comme la dernière clairance rénale par exemple) y sont précisées et les divergences apparaissent très détaillées, ce qui n'est pas le cas de notre document interne. Concernant le document des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, il est précisé quel acteur a réalisé chaque étape du processus de recherche active d'information, l'analyse des divergences et l'analyse pharmaceutique de la prescription, les indications des différents traitements prescrits, les différents professionnels de ville du patient y sont affichés, mais pas la signature du médecin

Finalement il a été décidé au cours de ce travail de s'inspirer de ces trois documents, même si notre feuille de conciliation n'est finalement pas strictement identique.

Il serait intéressant de vérifier la reproductibilité et la pertinence du bilan médicamenteux de sortie, en ayant le point de vue des internes et celui des externes, par exemple à l'aide d'un audit de terrain.

De plus, en février 2018, l'HAS a actualisé son guide « Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé ». Dans cette nouvelle version, nous retrouvons un outil intitulé « le volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie » (HAS 2018b).

Il pourrait être intéressant d'intégrer le bilan médicamenteux de sortie dans la lettre de liaison, ce qui permettrait d'avoir une validation médicale systématique, une traçabilité dans le dossier patient informatisé, et une meilleure transmission ville-hôpital.

6.3. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien de sortie a été élaboré sous deux formats différents mais très similaires pour distinguer ce qui peut être dit par l'externe ou par l'interne en pharmacie. Il faut donc bien faire attention pour l'externe à ne pas les confondre entre les deux exemplaires. Dans le guide d'entretien de l'interne il y a certaines questions que l'externe n'est pas en mesure de poser, compte tenu de son manque de connaissance. Celui-ci doit en effet se limiter aux informations écrites sur le bilan médicamenteux de sortie, tandis que l'interne peut éventuellement ajouter quelques éléments d'information complémentaires. Cependant il nous apparaît important de ne pas trop ouvrir l'entretien de sortie, celui-ci étant un temps d'échanges essentiellement pour bien expliquer le traitement de sortie, et de motiver le patient sur l'observance. Ces éléments nous semblent avoir plus vocation à être abordés au cours d'un entretien pharmaceutique dédié, soit en cours d'hospitalisation, soit en lien avec le pharmacien d'officine.

7. Troisième objectif : évaluer la satisfaction du patient, du prescripteur, et du pharmacien de ville.

Depuis l'été 2017, des entretiens pharmaceutiques en cours d'hospitalisation ont été mis en place à l'attention des patients chez lesquels des traitements morphiniques ont été initiés. De plus, depuis avril 2018, une phase test est en cours pour évaluer la faisabilité d'entretiens pharmaceutiques sur les biothérapies, pour les patients accueillis en hôpital de jour en rhumatologie.

Les questionnaires de satisfaction élaborés pour les patients et les médecins nous semblent d'utilisation reproductible pour d'autres équipes hospitalières.

Le biais du questionnaire patient repose sur le fait qu'il est donné juste après la réalisation de l'entretien pharmaceutique de sortie, ce qui peut influencer les résultats obtenus si l'entretien avec le patient s'est bien passé

Au cours de cette phase de déploiement de la conciliation de sortie, nous n'avons pas transmis le bilan médicamenteux de sortie aux pharmaciens d'officine, ni aux médecins traitants. Nous donnions ce document au patient pour qu'il le remette à son pharmacien et à son médecin traitant. Nous n'avons donc pas la certitude que ce document ait été bien transmis. Notre motivation portait sur le fait qu'il nous a semblé essentiel d'informer au préalable nos collègues de ville sur cette démarche et ce document. En ce sens, nous avons organisé une enquête d'évaluation des besoins des pharmaciens de ville. Notre travail n'a donc pas pu porter sur une évaluation de la satisfaction des pharmaciens de ville, mais a comporté cette phase préliminaire suivie d'une soirée ville-hôpital réalisée le 21 septembre 2017 et qui a permis de sensibiliser une bonne centaine de pharmaciens (de ville, étudiants ou hospitaliers).

L'évaluation des besoins des pharmaciens de ville a permis de solliciter l'avis de 75% des pharmacies de la ville de Rouen et ses alentours. Une très grande majorité d'entre elles

n'avaient jamais reçu de bilan médicamenteux de sortie (70%) et exprimaient un très vif intérêt pour recevoir ce document (97%) ainsi qu'un besoin d'information sur le processus de conciliation (70%), cependant seulement 8 (27%) d'entre eux ont eu la possibilité de venir à la soirée ville hôpital. Cette soirée ville hôpital avait pour objectif de répondre également au besoin d'information exprimé par la moitié des 82% de pharmacies n'ayant pas de messagerie sécurisée mais intéressées pour en créer une. Une présentation sur la « messagerie sécurisée de santé : bilan, perspectives et compatibilité Apicrypt » a été réalisée par le directeur adjoint de la Direction des Systèmes d'Information du CHU Hôpitaux de Rouen, Monsieur Icham Séfion. Cette enquête a également permis d'identifier que certains logiciels de dispensation de ville sont capables d'intégrer des documents pdf (Winpharma®, LGPI®, LEO®). Ceci pourrait permettre d'envisager dans un prochain travail s'il est faisable et pratique d'intégrer le bilan médicamenteux de sortie dans le logiciel du pharmacien de ville, avec une utilisation au plus près de l'accueil du patient. Notre étude montre qu'au moins 35,5% des pharmacies peuvent le réaliser.

La satisfaction apparaît très importante tant pour les patients que pour les prescripteurs de rhumatologie. Cette satisfaction révèle l'intérêt de la conciliation médicamenteuse d'entrée et de sortie, mais également celui de l'analyse pharmaceutique et donc *in fine* l'intérêt de la présence du pharmacien dans le service de soins. Ces résultats positifs nous incitent à poursuivre le déploiement des activités de pharmacie clinique.

Actuellement, nous appelons systématiquement le pharmacien d'officine pour lui proposer ce bilan médicamenteux de sortie, de préférence par messagerie sécurisée sinon par fax. Pour le médecin traitant ce document est glissé dans le courrier médical de liaison et remis au patient. Aujourd'hui aucune étude de satisfaction des médecins traitants n'a été réalisée. Concernant le pharmacien d'officine, nous ne sommes quasiment qu'en transmission par fax et non via

messagerie sécurisée MSSanté. Cette dernière serait plus souhaitable car plus rapide et plus sécurisée pour les données médicales transmises. Il apparaît donc important de poursuivre la communication auprès des pharmaciens de ville pour son déploiement.

CONCLUSION

La conciliation des traitements médicamenteux favorise la transmission d'informations entre les professionnels de santé, prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses aux étapes de transfert du patient, assurant en cela la continuité médicamenteuse. Elle permet ainsi de diminuer le recours aux hospitalisations. Les résultats énoncés dans la littérature à ce propos incitent les autorités de santé françaises à soutenir son déploiement dans les établissements.

Notre premier objectif a été la réalisation d'un état des lieux de la méthode et des outils de la conciliation des traitements médicamenteux d'entrée. La conciliation d'entrée nous semble être un facteur indispensable de réussite pour obtenir une bonne conciliation de sortie. Cela a permis de réviser ou créer six outils de travail au CHU de Rouen en prenant en compte le point de vue de l'externe et de l'interne en pharmacie, intervenants majeurs de ce processus sur le CHU Hôpitaux de Rouen.

Le second objectif de notre travail était la mise en place d'une méthode, ainsi que la création de trois outils permettant la réalisation de la conciliation de sortie. Notre travail a bien démarré puisque sur le premier semestre 2017, 54,5% des patients accueillis en hospitalisation conventionnelle de Rhumatologie ont bénéficiés, de cette conciliation. La méthode apparaît robuste malgré le changement de l'interne en pharmacie tous les semestres, et celui des externes en pharmacie tous les trimestres.

Le dernier objectif était l'évaluation du niveau de satisfaction des prescripteurs du service de Rhumatologie, ainsi que celui des patients, à la fois sur l'apport de la conciliation médicamenteuse, mais également de l'analyse pharmaceutique et donc *in fine* sur l'intérêt de la présence du pharmacien dans le service de soins. Les résultats sont très satisfaisants et, dans le cadre d'une démarche continue de la qualité, nous ont permis de réviser le bilan médicamenteux de sortie remis au patient afin d'en améliorer sa lecture.

L'évaluation de la satisfaction des pharmaciens de ville est également très importante puisque ce sont souvent les premiers professionnels de santé qui accueillent le patient à sa sortie d'hospitalisation. Cependant nous n'avons pas pu évaluer ce point au cours de notre travail, car le bilan médicamenteux de sortie ne leur a été transmis qu'après la soirée d'information ville-hôpital réalisée en septembre 2017. Notre travail s'est centré sur une enquête d'évaluation de leurs besoins. Nous avons pu nous entretenir avec 75 % des pharmaciens des secteurs de Rouen, Darnétal et Bihorel. 97% d'entre eux ont indiqué être intéressés par la transmission de la conciliation médicamenteuse de sortie, la moitié des pharmaciens non équipés de messagerie sécurisée seraient prêts à le faire pour obtenir cette information et 70% souhaitaient pouvoir disposer de plus d'informations sur ce processus.

Notre travail s'appuie sur de nombreux outils, actuellement utilisés sous format papier ce qui représente un risque non négligeable de perte d'informations. Un transfert informatique dans le dossier patient informatisé ou l'intégration d'un module de conciliation dans le logiciel de prescription/ dispensation sont des points majeurs d'amélioration de la qualité à envisager.

Les points forts de notre travail sont notamment :

- le fait d'avoir réalisé une conciliation d'entrée quantitativement et qualitativement solide, s'appuyant sur un processus et des documents structurés ;
- le fait que les deux conciliations (entrée/sortie) soient réalisées de préférence par le même binôme (interne et externe en pharmacie) ;
- la double signature du bilan médicamenteux de sortie par le pharmacien et le prescripteur ;
- la très bonne collaboration entre les équipes du service de Rhumatologie, le médecin est en effet très sollicité au moment de la sortie du patient et l'acceptation de notre démarche malgré un temps à consacrer un peu plus important est un point clé du succès du processus.

Il serait intéressant de poursuivre ce travail par un état des lieux de la conciliation de sortie un an après son début dans le service, comprenant un audit du bilan médicamenteux de sortie ainsi qu'une enquête de satisfaction des médecins traitants et des pharmaciens de ville.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien avec le patient à son entrée par l'équipe pharmaceutique



Guide d'entretien avec le patient à son entrée par l'équipe pharmaceutique

Ce document est un outil d'aide, il n'a pas vocation à être suivi à la lettre près, car une bonne communication ne peut être qu'individualisée. Cela permet de donner une idée de l'ensemble des éléments qui peuvent être abordés avec le patient, à adapter à ses besoins. L'objectif est la recherche de l'exhaustivité du traitement médicamenteux pris par le patient habituellement, la connaissance qu'il en a, l'usage qu'il en fait, l'observance, la détection d'effets indésirables médicamenteux, les éventuels mésusages, les attentes du patient en terme d'information sur le médicament. Si vous êtes externe, en cas de questions formulées par le patient sur le médicament, expliquez au patient que vous transmettez ce besoin aux médecins du service et que le patient est invité à formuler par lui-même aussi ce besoin.

1^{ère} étape : procéder à des questions préliminaires avec les équipes médicales et de soins

Le patient est-il interrogeable/informatif ? Le patient parle-t-il français ?

2^{ème} étape : procéder à des questions permettant la réalisation du bilan de médication, utiliser la fiche d'enquête pour tracer les informations obtenues

1/ Présentation

Bonjour, je suis XXXX, externe/interne en pharmacie je souhaiterais échanger avec vous au sujet des médicaments que vous prenez à la maison. Ceci à afin de faire un point ensemble sur comment cela se passe et puis également pour m'assurer que la liste des médicaments que nous avons aujourd'hui à notre disposition est exacte et à jour, être sûr qu'il n'y a pas un médicament non identifié par notre service de soins, que vous avez l'habitude de prendre et qui pourrait, par exemple, être source d'interaction médicamenteuse

Serait-il possible que je m'entretienne maintenant avec vous ou avec un de vos proches sur vos médicaments ?

Cela devrait durer environ 15 à 30 minutes

Pourriez-vous SVP me préciser votre nom ? (En cas d'étonnement du patient : on ne sait jamais, c'est pour être sûr, au cas où il y ait eu un changement de chambre...)

2/ Médecin traitant - spécialistes du patient

Avez-vous votre ordonnance de ville sur vous ? Si oui, expliquer que vous allez récupérer l(es) ordonnance(s) pour joindre une copie au dossier et lui redonner l'original par la suite

Quel est le nom et l'adresse de votre médecin traitant ?

Avez-vous un médecin spécialiste que vous avez récemment consulté (cardiologue ? ophtalmologue ? etc)

3/ Pharmacie du patient – médicaments personnels

Avez-vous vos médicaments sur vous ?

Si le patient vous montre ses médicaments personnels, listez ces médicaments dans la grille d'enquête.

Expliquez-lui qu'au cours de son séjour les médicaments seront fournis par la pharmacie de l'hôpital, que vous apporterez à la fin de l'entretien ses traitements personnels aux infirmiers, ils seront conservés dans le bureau des infirmiers et remis à sa sortie s'ils sont toujours d'actualité.

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

- Si non, est-ce un proche de votre entourage ?*
- Si non, qui est-ce ou comment cela se passe t'il ?*

Quelle est votre pharmacie ? (noms, quartiers, adresses). Expliquez-lui que vous la contacterez (sauf en cas de refus de sa part que vous notifierez sur le dossier).

Savez-vous si un Dossier Pharmaceutique a déjà ouvert à votre nom sur votre carte vitale ? Le Dossier Pharmaceutique nous permet de mieux identifier les médicaments que le pharmacien de ville vous a délivrés sur les 4 mois passés (lisez la brochure de l'ordre et remettez-là au patient). Avez-vous votre carte vitale sur vous ? Etes-vous d'accord pour que je vous l'emprunte quelques instants afin d'avoir accès à cette liste de médicaments ? Je dois utiliser pour cela un lecteur spécial qui se trouve dans un des bureaux à proximité. Je vous la rends rapidement, dans la journée.

4/ Collecte d'informations sur les médicaments prescrits

Les prises de médicaments sont-elles préparées :

- *Par vous-même ? Par un proche de votre entourage ? Par un(e) infirmier(e) ?*
- *Utilisez-vous un pilulier ?*

Pouvez-vous me citer tous les médicaments que vous prenez d'habitude ? Est-ce que vous arrivez à tous les reconnaître ? Est-ce que certains génériques vous posent des difficultés pour les identifier ?



Guide d'entretien avec le patient à son entrée par l'équipe pharmaceutique

Savez-vous à quoi vous servent ces médicaments ? Avez-vous besoin d'information sur certains de vos médicaments ?

Comment prenez-vous ce(s) médicament(s) ? Avez-vous certaines difficultés pour préparer les prises ? Pour les prendre (injection SC ? Inhalation ?). Etes-vous obligé d'écraser certains de vos médicaments parce que vous avez du mal à les avaler ?

Est-ce que les moments de prises prescrits sur l'ordonnance sont en accord avec votre rythme de vie ? Etes-vous obligé de décaler certaines prises ? Avez-vous programmé des rappels d'horloge pour ne pas les oublier ?

Avez-vous récemment arrêté ou modifié tout traitement prescrit ? Si oui, quelle était la raison de ce changement ?

Avez-vous un carnet de suivi du diabète ? Carnet de suivi de l'INR ?

Si vous constatez un mésusage ou une déviation dans l'utilisation d'un médicament, faire reformuler au patient comment il le prend à la maison et essayez d'identifier pourquoi il le prend ainsi sans porter de jugement « j'ai besoin de comprendre ... »

5/ Recherche de médicaments pris en dehors de la prescription courante du généraliste /automédication

En dehors de ces médicaments, prenez-vous d'autres produits qui pourraient vous apporter de l'aide ?

- Prenez-vous des vitamines ? oligo-éléments ? minéraux ? tisanes ? plantes ? gélules ? homéopathie ?
- Médecines complémentaires (ostéopathe, aromathérapeute...)
- Que pensez-vous que cela puisse vous apporter ?

Prenez-vous des médicaments qui ne sont pas sur votre ordonnance ?

Prenez-vous des collyres/gouttes pour les yeux, des gouttes oreilles/nez ? des médicaments en inhalation ? des crèmes ou pommades ? Des patchs qu'on colle sur la peau (substitut nicotinique, antalgique...) des suppositoires ?

Prenez-vous des médicaments injectables ? Avec une IDE à domicile ? en HDJ ? (hormonothérapie, EPO, biphosphonate IV, neuroleptiques retards...)

S'il s'agit d'une femme en âge de procréer : Avez-vous une contraception ?

Avez-vous pris des antibiotiques ces 3 derniers mois ? Si oui, lesquels ?

Etes-vous à jour sur vos vaccinations ? DTP ? grippe ? autre vaccin ?

6/ Allergies médicamenteuses

Souffrez-vous d'allergies médicamenteuses ?

Si oui, quel(s) médicament(s) ? A quelle date ? Que se passe-t-il quand vous le(s) prenez ?

7/ Tolérance / signes cliniques sources d'automédication

Avez-vous déjà ressenti des effets indésirables que vous pensez liés à un médicament ? Lesquels ?

Avez-vous déjà ressenti les signes cliniques suivants :

douleur/ acidité gastrique/ constipation ou troubles du transit intestinal/ anxiété/ insomnie... (cf fiche d'enquête)

Prenez-vous des médicaments pour limiter ces signes ou limiter des effets indésirables d'autres médicaments ?

Lesquels ? Comment ?

8/ Evaluation de l'observance

Morisky en 4 questions (MMAS-4)

OUI = 0 ; NON = 1

Il est possible et conseillé de poser les 4 questions de manière indépendante au fil de l'entretien

Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre traitement ? /1

Avez-vous parfois du mal à vous rappeler de prendre votre traitement ? /1

Quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter de prendre votre traitement ? /1

Si vous vous sentez moins bien lorsque vous prenez votre traitement, arrêtez-vous parfois de le prendre ? /1

Noter les médicaments qui présentent des difficultés d'observance pour le patient sur la fiche d'enquête

9/ Fin de l'entretien

- Remercier le patient *merci de nous avoir accordé de votre temps*
- Répondez à ses éventuelles questions *avez-vous d'autres questions sur le médicament ?*
- Faire reformuler en cas de conseils de bon usage prodigués
- Ouvrir sur votre disponibilité et celle de l'équipe de soins et médicale du service *si jamais suite à notre discussion vous voulez nous indiquer d'autres choses sur le médicament n'hésitez pas à informer le personnel soignant où à me faire demander*
- Quittez la pièce et n'oubliez pas de vous laver les mains (ou SHA)

Annexe 2 : Feuille d'enquête pour le bilan médicamenteux d'entrée

Feuille d'enquête pour le bilan médicamenteux d'entrée



ETIQUETTE - Nom :		Age :	Vit EHPAD / domicile / IDE à domicile			Allergies/ effets indésirables médicamenteux/ ATB ces 3 derniers mois		
Prénom :		Poids :	Boîtes médicaments apportées OUI / NON			Injections retards/ patches/ collyres/ suppositoires/ crème/ contraception...		
Date de naissance :		Taille :	Ordonnances personnelles apportées OUI/NON			Carnet suivi diabète/ anticoag oraux/ vaccin grippe-pneumo-tétanos/ ETP diabète-asthme...		
Date d'hospitalisation :		IMC :	Va lui-même à la pharmacie OUI / NON			Automédication/ aromathérapie/ phytothérapie/ vitamines/ oligo-éléments...		
Motif d'hospitalisation :			Quelle(s) pharmacie (s)			Gestion par patient douleur/ acidité gastrique/ constipation/ anxiété/ insomnie/ATCD fracture		
Date d'enquête						BILAN des MEDICAMENTS pris par le patient avant son hospitalisation dans l'unité de soins		
Enquêteur (nom + fonction)						Date de réalisation __ / __ / __		
Source d'info	Source (patient, pharmabag, ordonnance de ville récente, pharmacie de ville, DP...)					Rédaction par (Nom + fonction / équipe pharmacie) :		
	Source écrite / orale (original, mail MSS, tél, fax...)							
	Date de référence du document					Validation par (nom + interne /médecin /pharmacien) :		
	Rédacteur/ Interlocuteur de la source (Nom + fonction)							
Médicaments / Dosage/ Forme/ voie		Posologie	Posologie	Posologie	Posologie	Posologie	Médicaments pris en routine	Dosage / forme / voie / posologie

Annexe 3 : Bilan pharmaceutique de médication

BILAN PHARMACEUTIQUE DE MEDICATION	
Pharmacie (s) de ville identifiée(s) :	Besoin d'information sur le médicament exprimé par le patient / la personne de confiance :
Gestion des prises médicamenteuses	
- Le patient ne semble pas autonome dans la préparation de ses prises (erreurs de pilulier, difficultés d'identification/reconnaissance des médicaments, difficultés de préhension, prise des médicaments sur des moments différents de ceux indiqués par la prescription ...):	- Le patient présente des difficultés pour prendre un médicament (injection SC, mauvaise coordination du geste pour l'inhalation d'un médicament, besoin d'écraser des médicaments ...):
Intolérance / effets indésirables ressentis par le patient :	Allergie (préciser si documentée / probable / éventuelle) :
Observance - Echelle MMAS4 évaluée à ___ / 4 - quel(s) médicament(s) évalué(s) en difficulté d'observance :	Mésusage (utilisation par le patient non-conforme aux recommandations) :
Divers :	Vaccination à mettre à jour ou à vérifier (tétanos, grippe...):
Validation de la prise en compte du bilan médicamenteux et de médication par le médecin (sénior / interne, nom et date) :	

Annexe 4 : Circuit de la carte vitale du patient hospitalisé pour la lecture du dossier pharmaceutique



CIRCUIT DE LA CARTE VITALE DU PATIENT HOSPITALISE POUR LA LECTURE DU DOSSIER PHARMACEUTIQUE

OBJECTIF : accéder au dossier pharmaceutique « DP » du patient grâce à la lecture de sa carte vitale.

QUI : le pharmacien c'est-à-dire l'externe en pharmacie et/ou l'interne en pharmacie et/ou le pharmacien sénior.

QUAND : à l'entrée du patient dans l'unité de soins.

OU : dans l'unité de soins ou si nécessaire à la pharmacie, sur un ordinateur dédié ayant l'application de lecture du DP.

QUOI : circuit de la carte vitale depuis l'accueil du patient, via sa lecture sur le PC dédié jusqu'à sa remise au patient.

DOCUMENT de REFERENCE : Brochure DP du Conseil national de l'Ordre des Pharmaciens.

COMMENT : plusieurs étapes à tracer pour s'assurer de l'absence de perte de la carte vitale du patient.

- 1- Le pharmacien expose au patient hospitalisé que sa carte vitale est utile pour la réalisation des actes pharmaceutiques et lui demande son accord pour lui emprunter dans la journée sa carte vitale. Si le patient, ou la personne de confiance en est d'accord, le pharmacien lui remet la brochure DP éditée par le CNOP et lui en explique les points essentiels.
- 2- En cas de non opposition, le pharmacien procède à la lecture de la carte vitale. En aucun cas le pharmacien ne crée de DP sans la validation de l'accord du patient par un pharmacien sénior. En aucun cas le pharmacien ne supprime de DP ni ne l'alimente (hors patient accueilli sur l'unité de rétrocession).
- 3- Après lecture des informations, le pharmacien remet dans la journée la carte vitale au patient et fait signer par le patient le présent document, ou le cas échéant la personne de confiance voire le personnel soignant recueillant la carte vitale.
- 4- Le pharmacien trace les étapes réalisées dans le tableau ci-après.
- 5- L'interne ou le pharmacien sénior trace l'accès au DP dans Pharma® sous forme d'une fiche Mémo.
- 6- Le pharmacien archive ce document dans le dossier médical du patient, avec les autres éléments validés de conciliation d'entrée et conserve une copie dans le dossier de conciliation de la pharmacie.

**CIRCUIT DE LA CARTE VITALE DU PATIENT HOSPITALISE
POUR LA LECTURE DU DOSSIER PHARMACEUTIQUE**

Nom du patient étiquette administrative			
Carte vitale remise par le patient au cours de l'entretien pharmaceutique d'entrée + non opposition à la lecture du DP	Date - heure	Nom et fonction de l'externe en pharmacie / interne / pharmacien	Signature du pharmacien
OU Si le patient ne peut répondre : tracer ici quelle est la personne qui remet la carte vitale au pharmacien et son accord de non opposition à la lecture du DP nom : lien de parenté : N° de téléphone si utile :			
Lecture des informations pharmaceutiques utiles depuis la carte vitale			
Retour de la carte vitale au patient	Date - heure	Nom et fonction de l'externe en pharmacie / interne / pharmacien NOM du patient	Signature du pharmacien Signature du patient
OU Si le patient n'est pas en capacité de répondre : tracer ici quelle est la personne à qui est rendue la carte vitale (famille ou personnel du service de soins le cas échéant)	Date - heure	NOM du représentant/ de la personne de confiance ou du personnel soignant recueillant la carte vitale	Signature de la personne recueillant la carte vitale
Traçabilité de l'accès au DP dans Pharma®			
Archivage du présent document dans le dossier médical du patient (<i>conserver une photocopie dans le dossier de la pharmacie</i>)			

Annexe 5 : Courrier de transmission aux officines



Pôle de PHARMACIE

Hôpital Charles NICOLLE
Secrétariat Tél : 02.32.88.82.07
Fax : 02.32.88.81.83
e-mail : secretariat.pharmacie@chu-rouen.fr

Chef de Pôle

Pr Rémi VARIN

Cadre Supérieur de Pôle

Sylvie PIOT

Cadre Gestionnaire de Pôle

Emmanuelle DENEUX

Praticiens Hospitaliers

Dr Géraldine CANCHON
Dr Catherine CHENAILLER
Dr Aude COQUARD
Dr Bernard DIEU
Dr Nathalie DONNADIEU
Dr Charles HERVOUET
Dr Marc LAURENT
Dr Marie LEFEBVRE CAUSSIN
Dr Elise MORICHON
Dr Valérie PELLETIER
Dr Isabelle TIRET

e-mail : rgenom.nom@chu-rouen.fr

Praticien Hospitalier référent conciliation

Dr Catherine CHENAILLER

Nom du Pharmacien :

Adresse :

CP Ville :

Fax :

Rouen, le ____ / ____ / 20__

Objet : Conciliation médicamenteuse d'entrée à l'hôpital

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la conciliation médicamenteuse des traitements, nous aurions besoin de disposer des dernières ordonnances en cours et éléments d'automédication connus de votre part

pour le patient :

né le :

Nous vous remercions par avance de nous faire parvenir un exemplaire des documents en votre possession de préférence par messagerie sécurisée à l'adresse suivante :

analyse.pharmaceutique@chu-rouen.mssante.fr

analyse.pharmaceutique.chu-rouen@apicrypt.fr

sinon par fax, au numéro suivant : ____ . ____ . ____ . ____

Confraternellement,


Visa du pharmacien :


 CHU_Hôpitaux de Rouen

1 rue de Germont - 76031 Rouen cedex - tél. : 02 32 88 89 90 – www.chu-rouen.fr

GEDI 26285 - 002

Annexe 6 : Fiche de conciliation des traitements médicamenteux

Fiche de conciliation des traitements médicamenteux													
Nom :		Age :	Boîtes médicaments apportées :		Allergies / effets indésirables médicamenteux / ATB dans les 3 mois								
Prénom :		Poids :	Ordonnances personnelles apportées :		Injections retardés / patches / collyres / suppositoires / crèmes / contraception/ traitement pilé ...								
date de naissance :		Taille :	Va lui-même à la pharmacie :		Carnet suivi diabète / anticoag oraux / vaccin grippe - pneumocoque - tetanos / ETP diabète - asthme ...								
Date d'hospitalisation :		IMC :	Prépare seul ses médicaments : + pilluler		Automédication / aromathérapie / phytothérapie / vitamines / oligoéléments ...								
Motif d'hospitalisation / contexte :			vit EHPAD / domicile / IDE à domicile		Gestion par le patient douleur / acidité gastrique / constipation / diarrhée / anxiété / moral/ insomnie / ATCD fracture								
BILAN MEDICAMENTEUX OPTIMISE "BMO"			ORDONNANCE MEDICAMENTEUSE A L'ADMISSION			CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX							
Date de réalisation __ / __ / __			Date de réalisation __ / __ / __			Date de réalisation __ / __ / __							
						Réalisée dans les 24 h (oui / non)							
Source	Médicaments pris en routine	Dosage / forme / voie / posologie	Médicaments prescrits à l'admission	Dosage / forme / voie / posologie	pas DV / DVI / DVNI	motif en cas de DV	nouveau statut du médicament après conciliation (reglé/ poursuivi / modifié / ajouté / arrêté / suspendu pendant hospital)	Impact clinique					
Temps de réalisation BMO (min)						Total DV							
Temps de réalisation BMO (min)						Total DVNI		Temps de réalisation CTM (min)					
Fait par (externe/préparateur/pharmacien) :			Fait par (médecin) :			Fait par (médecin et pharmacien) :							
Source 1 : dossier patient			 <p style="font-size: small;">Divergence (DV) = écart non documenté entre BMO/DMA = non explicité dans dossier patient intentionnelle DVNI = non intentionnelle</p> <p style="font-size: x-small;">Ref GEDI : 23994</p>			DVI =		Type de modifications apportées suite aux divergences détectées Nombre de documentations (traçabilité motifs DV) apportées Nombre de modifications de la prescription Nombre de "Non modification confirmée par le médecin"					
Source 2 : ordonnance personnelle patient													
Source 3 : officine													
Source 4 : entretien patient													
Source 5 : médecin traitant / spécialiste de ville													
Source 6 : autre													

<p>PHARMACIE DE VILLE du patient</p>	<p>OBSERVANCE AU TRAITEMENT (Questionnaire de Morisky MMAS-4) OUI = 0 NON = 1</p> <p>Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre traitement ?</p> <p>Avez-vous parfois du mal à vous rappeler de prendre votre traitement ?</p> <p>Quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter de prendre votre traitement ?</p> <p>Si vous vous sentez moins bien lorsque vous prenez votre traitement, arrêtez-vous parfois de le prendre ?</p> <p>TOTAL</p>	<p>Étiquette patient</p>																										
<p>MEDECINS DE VILLE du patient (traitant, spécialiste)</p>	<p>Noter quels médicaments sont en défaut d'observance :</p>																											
<p>INFORMATIONS DIVERSES / CRH/ transmission IDE / Staff ...</p>	<p>Liste des motifs de divergences intentionnelles ou non (DVNI)</p> <table border="1"> <tr> <td>1 - ANI : Absence actuelle ou disparition d'indication</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 - OTH : Optimisation thérapeutique, posologie mieux adaptée</td> <td>Ex : Protocole insuline. Ajout d'un nouveau traitement anti-HTA si pression artérielle mal équilibrée. Remplacement d'un traitement anti-HTA par un autre de classe plus appropriée.</td> </tr> <tr> <td>3 - NPD : Nouvelle pathologie diagnostiquée</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 - SPS : Non disponible dans le service: Substitution Princeps/ Génériques</td> <td>Équivalence stricte par le même molécule ou aussi remplacé par les 2 molécules</td> </tr> <tr> <td>5 - SMC : Non disponible dans le service => Substitution par molécule même classe ou classes associées/équivalentes</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 - TRC : Traitement complémentaire</td> <td>Ex : Ajout de potassium à un traitement hypokaliémiant. Ajout d'un PP à un traitement antiagrégant plaquettaire.</td> </tr> <tr> <td>7 - ENP : Incertitude estimée par le prescripteur / Efficacité non prouvée</td> <td>Ex : Vaso-actifs centraux, vertigineux, certaines vitamines thérapeutiques.</td> </tr> <tr> <td>8 - RIA : Risque iatrogène élevé par rapport au bénéfice attendu</td> <td>Ex : Médicaments pouvant occasionner des chutes, malaises, pertes de connaissance, troubles du comportement, de la vigilance, déshydratation, hémorragies... soit traitement anti-HTA, psychotropes, AINS, anticoagulants, hypoglycémisants...</td> </tr> <tr> <td>9 - IMS : Interaction médicamenteuse dangereuse</td> <td>Ex : association IEC + AINS, opioïdes + psychotrope à forte dose, antiagrégant plaquettaire + anticoagulant ou AINS</td> </tr> <tr> <td>10 - MC : Intégrité compromise</td> <td>Ex : Médicaments ayant occasionné des chutes, malaises, pertes de connaissance, troubles du comportement, de la vigilance, déshydratation, hémorragies...</td> </tr> <tr> <td>11 - FOA : Forme galénique mieux adaptée</td> <td>Ex : Passage de la voie per os à la voie intraveineuse, gélules pouvant être ouvertes...</td> </tr> <tr> <td>12 - HDM : Habitude du médecin</td> <td>Ex : Remplacement de l'inhibiteur de pompe à protons par Moprol®</td> </tr> <tr> <td>13 - NSP : Ne se prononce pas.</td> <td></td> </tr> </table> <p>IMPACT CLINIQUE DE LA MODIFICATION DE LA PRESCRIPTION (Echelle de Hatoum)</p> <p>0 Impact clinique nul pour le patient : l'intervention, soit présente un objectif exclusivement financier/informatif, soit a été proposée après l'évènement => sans conséquence pour le patient.</p> <p>1 Impact significatif : l'intervention augmente l'efficacité et/ou la sécurité et/ou la qualité de vie du patient.</p> <p>2 Impact très significatif : l'intervention empêche un dysfonctionnement organique, elle évite une surveillance médicale intensive ou une séquelle irréversible.</p> <p>3 Impact vital : l'intervention évite un accident potentiellement fatal.</p>		1 - ANI : Absence actuelle ou disparition d'indication		2 - OTH : Optimisation thérapeutique, posologie mieux adaptée	Ex : Protocole insuline. Ajout d'un nouveau traitement anti-HTA si pression artérielle mal équilibrée. Remplacement d'un traitement anti-HTA par un autre de classe plus appropriée.	3 - NPD : Nouvelle pathologie diagnostiquée		4 - SPS : Non disponible dans le service: Substitution Princeps/ Génériques	Équivalence stricte par le même molécule ou aussi remplacé par les 2 molécules	5 - SMC : Non disponible dans le service => Substitution par molécule même classe ou classes associées/équivalentes		6 - TRC : Traitement complémentaire	Ex : Ajout de potassium à un traitement hypokaliémiant. Ajout d'un PP à un traitement antiagrégant plaquettaire.	7 - ENP : Incertitude estimée par le prescripteur / Efficacité non prouvée	Ex : Vaso-actifs centraux, vertigineux, certaines vitamines thérapeutiques.	8 - RIA : Risque iatrogène élevé par rapport au bénéfice attendu	Ex : Médicaments pouvant occasionner des chutes, malaises, pertes de connaissance, troubles du comportement, de la vigilance, déshydratation, hémorragies... soit traitement anti-HTA, psychotropes, AINS, anticoagulants, hypoglycémisants...	9 - IMS : Interaction médicamenteuse dangereuse	Ex : association IEC + AINS, opioïdes + psychotrope à forte dose, antiagrégant plaquettaire + anticoagulant ou AINS	10 - MC : Intégrité compromise	Ex : Médicaments ayant occasionné des chutes, malaises, pertes de connaissance, troubles du comportement, de la vigilance, déshydratation, hémorragies...	11 - FOA : Forme galénique mieux adaptée	Ex : Passage de la voie per os à la voie intraveineuse, gélules pouvant être ouvertes...	12 - HDM : Habitude du médecin	Ex : Remplacement de l'inhibiteur de pompe à protons par Moprol®	13 - NSP : Ne se prononce pas.	
1 - ANI : Absence actuelle ou disparition d'indication																												
2 - OTH : Optimisation thérapeutique, posologie mieux adaptée	Ex : Protocole insuline. Ajout d'un nouveau traitement anti-HTA si pression artérielle mal équilibrée. Remplacement d'un traitement anti-HTA par un autre de classe plus appropriée.																											
3 - NPD : Nouvelle pathologie diagnostiquée																												
4 - SPS : Non disponible dans le service: Substitution Princeps/ Génériques	Équivalence stricte par le même molécule ou aussi remplacé par les 2 molécules																											
5 - SMC : Non disponible dans le service => Substitution par molécule même classe ou classes associées/équivalentes																												
6 - TRC : Traitement complémentaire	Ex : Ajout de potassium à un traitement hypokaliémiant. Ajout d'un PP à un traitement antiagrégant plaquettaire.																											
7 - ENP : Incertitude estimée par le prescripteur / Efficacité non prouvée	Ex : Vaso-actifs centraux, vertigineux, certaines vitamines thérapeutiques.																											
8 - RIA : Risque iatrogène élevé par rapport au bénéfice attendu	Ex : Médicaments pouvant occasionner des chutes, malaises, pertes de connaissance, troubles du comportement, de la vigilance, déshydratation, hémorragies... soit traitement anti-HTA, psychotropes, AINS, anticoagulants, hypoglycémisants...																											
9 - IMS : Interaction médicamenteuse dangereuse	Ex : association IEC + AINS, opioïdes + psychotrope à forte dose, antiagrégant plaquettaire + anticoagulant ou AINS																											
10 - MC : Intégrité compromise	Ex : Médicaments ayant occasionné des chutes, malaises, pertes de connaissance, troubles du comportement, de la vigilance, déshydratation, hémorragies...																											
11 - FOA : Forme galénique mieux adaptée	Ex : Passage de la voie per os à la voie intraveineuse, gélules pouvant être ouvertes...																											
12 - HDM : Habitude du médecin	Ex : Remplacement de l'inhibiteur de pompe à protons par Moprol®																											
13 - NSP : Ne se prononce pas.																												
<p style="text-align: right;">  CHU Rouen Université Hôtel-Dieu de Rouen </p>																												

Annexe 7 : Feuille de synthèse pharmaceutique



Synthèse pharmaceutique / Entretien collaboratif

Ref GEDI : 23995
Version : 004

Identité du patient <i>Etiquette patient</i>	Motif d'hospitalisation	Date de l'entretien collaboratif	
		Pharmacien (interne/sénior)	
		Médecin (interne/sénior)	
		Personnel soignant	
<p style="text-align: center;">Bilan de médication</p> <p>Entretien patient réalisé le : Par (nom/fonction) :</p> <p>Bilan validé par (nom/fonction/date) :</p> <p>Evaluations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Besoin d'information sur le médicament - Gestion des prises médicamenteuses - Observance (Echelle MMAS4 ; quel(s) médicament(s) en difficulté) - Mésusage - Effets indésirables - Allergie (documentée / probable/éventuelle) - Vaccination à mettre à jour (tétanos, grippe...) 	<p style="text-align: center;">Interventions pharmaceutiques – Préconisations</p>		<p style="text-align: center;">Entretien collaboratif</p>

Annexe 8 : Bilan médicamenteux de sortie



Bilan médicamenteux de sortie d'hospitalisation - CHU de Rouen

Document à l'attention du patient, du médecin traitant, du pharmacien référent

Date :
Téléphone :
Nom et Signature pharmacien (senior ou interne) :

Identification du patient (étiquette) :

Nom :
Prénom :
DDN :

Nom et Signature médecin (senior ou interne) :

Service / UF : RHUMATOLOGIE
Date d'admission :
Date de sortie :

Mr/Mme/Mlle a été récemment hospitalisé (e) dans le service de rhumatologie du CHU de Rouen. Nous avons établi un bilan de son traitement médicamenteux pris en routine avant hospitalisation. Vous trouverez ci-dessous le traitement qui lui a été prescrit à sa sortie et les observations pharmaceutiques associées. Nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire que vous jugeriez utile.

Professionnels de santé de ville :

Médecin traitant + tél :

Pharmacien (s) référent(s) + tél :

Autres contacts utiles + tél :

Origine des informations pour l'enquête à l'admission :

Médecin traitant :
OUI / NON

Pharmacien référent :
OUI / NON

Patient :
OUI / NON

Famille/aidant :

IDE à domicile :

Médecin spécialiste :

Institution :

Autre :

Qui gère le traitement médicamenteux au domicile :

Traitement habituel pris AVANT hospitalisation					Explication des divergences		Traitement en SORTIE d'hospitalisation (ceci n'est pas une prescription)						
Médicaments (DCI, nom, forme, dosage, éventuellement rythme-durée-date de reprise)					Qualification (boursaire, amél., suspensio...)		Médicaments (DCI, nom, forme, dosage, éventuellement rythme-durée-date de reprise)						Indication (information patient)
					Posologie		Posologie						
					matin	midi	soir	coucher	matin	midi	soir	coucher	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													

Autres informations utiles éventuellement disponibles :

Allergie(s) médicamenteuse(s) (possible / probable / certaine) :
Suivi biologique, thérapeutique :
Autres prescriptions (dispositif médical, diététiques, ...) :
Autres :

Annexe 9: Check list de la conciliation des traitements médicamenteux de sortie



CHECK LIST POUR UNE BONNE CONCILIATION DE SORTIE

- 1) Préparation de la sortie à J-1 d'un patient ayant reçu une conciliation d'entrée.
- 2) Obtenir de l'interne/médecin référent l'ordonnance de sortie.

3) Analyse pharmaceutique complète :

- Comparaison de l'ordonnance de sortie avec Bilan Médicamenteux Entrée et prescription HEO en cours ⇔ identification des divergences
- Analyse pharmaceutique classique de l'ordonnance
- Vérification de la qualité de l'ordonnance qui comportera :
 1. Pour chaque médicament, le dosage, la forme, la voie d'administration et la posologie
 2. Identification du prescripteur avec numéro RPPS
 3. Identification de l'établissement avec numéro FINESS
- Entretien collaboratif avec le prescripteur

→ Etape faite uniquement par un interne en pharmacie ou un pharmacien

- 3 bis) si nécessaire mise à jour de l'ordonnance de sortie par le prescripteur

- 4) Création du courrier de conciliation sur le modèle Excel proposant une version pour le patient et une version pour le médecin traitant + une pour le pharmacien d'officine
- 5) Le jour J de la sortie du patient, vérifier qu'il n'y a pas eu de modification de traitements depuis la veille. Si des modifications ont été apportées, repartir du point 3). Si aucune modification n'est apportée, validation + signature par le prescripteur du courrier de conciliation à Jour-j des 3 versions (conserver une copie de chaque dans le dossier conciliation papier du patient).
- 6) Entretien pharmaceutique d'information (grâce guide d'entretien patient) au patient et remise de la version appropriée du bilan de conciliation patient signé.

- 7) Le courrier de conciliation destinée au médecin traitant doit être inséré dans la lettre de liaison (ou CRH court) remise en main propre par le prescripteur au patient.
- 8) Le courrier de conciliation de sortie pour le pharmacien d'officine pourra être transmis par fax ou messagerie sécurisée à partir du 16 juin 2017.

A venir :

- 9) Rendre le traitement habituel du patient → **Après information faite par la COMEDIMS.**

Annexe 10 : Guide d'entretien patient en sortie d'hospitalisation par l'interne



Guide entretien patient en sortie d'hospitalisation par un interne

0. Etape préliminaire : Préparation de la sortie

- Suivre toutes les étapes de la « check-list pour une bonne conciliation de sortie »
- Relire dossier patient : motif hospitalisation, contexte particulier, traitements en cours.
- Avoir courrier de conciliation prêt, signé par l'interne ou le médecin référent et connaître les médicaments avec lesquels le patient va sortir.
- S'il est difficile de discuter avec le patient : se renseigner sur la venue de la personne de confiance / appel IDE qui gère les traitements. Il est essentiel de s'adresser à la même personne que lors de la conciliation d'entrée.

1. Entretien pharmaceutique

1) Présentation

Bonjour, je suis XXXXX, interne en pharmacie et je viens faire un point sur les médicaments que vous prendrez après cette hospitalisation.

Pourriez-vous me préciser votre nom prénom et DDN SVP ? Merci

Attention il ne faut pas lui demander de confirmer son nom mais bien lui demander de l'énoncer lui-même.

Vous avez déjà dû rencontrer mon/ma collègue à votre arrivée dans le service ? Suite à votre hospitalisation, certains de vos traitements habituels ont été modifiés.

Je viens donc faire le point avec vous, pendant une dizaine de minutes, si vous êtes d'accord.

2) Présentation du tableau du courrier de conciliation

Vous trouverez sur ce tableau votre nouveau traitement.

Si cela est possible, remettez directement au patient le document qui lui est destiné et prenez en parallèle celui destiné au médecin traitant/pharmacien d'officine.

Il convient d'expliquer chaque introduction, arrêt, modification avec la justification.

De plus, pour les nouveaux médicaments, préciser les modalités d'administration et de prise, et les potentiels effets indésirables (ex : reflux avec AINS).

Expliquer l'indication de chaque médicament en vous appuyant sur l'information citée sur le document.

3) Remarques/ Questions

Ne pas soulever trop fortement les difficultés de prises au moment de la sortie. Il faut dans la mesure du possible les identifier au cours du séjour et réaliser un entretien adapté avant la sortie. Mais si le patient signale de lui-même avoir rencontré des signes d'intolérance aux médicaments durant son hospitalisation alors discuter lesquels il convient de retourner voir le médecin pour en discuter +/- modifier la prescription de sortie.

Je vais aller en parler à votre médecin. Je reviendrai vers vous pour vous tenir au courant.

Avez-vous d'autres questions sur vos nouveaux traitements ? Ou sur votre ordonnance en générale ? Au cas où si une question vous revient après la sortie, n'hésitez pas à solliciter

mon confrère pharmacien de ville, c'est le professionnel de santé adapté pour vous aider avec vos médicaments à la maison.

/ !\ Si vous n'avez pas la réponse à une question, n'inventez pas et ne dites pas quelque chose au hasard ! Vous pouvez prendre la question et revenir vers lui après confirmation. De plus, s'il s'agit d'une question d'ordre médical, ce n'est pas de votre ressort : il faut qu'il en informe l'équipe médicale.

Je suis désolée mais je m'occupe uniquement des médicaments. Je transmettrais votre question à votre médecin, mais n'hésitez pas à lui demander vous aussi quand vous le verrez. Si certaines remarques ont été notifiées lors de sa conciliation d'entrée, il faut s'en servir lors de la sortie. Par exemple : si défaut d'observance noté, insister sur l'importance du traitement mais attention à ne pas porter de jugement.

4) Ouverture sur la ville

Je glisserai dans votre dossier médical une copie de ce document qui sera pour votre médecin traitant, il pourra ainsi comprendre ce qu'il s'est passé durant votre hospitalisation. N'hésitez pas à le montrer à votre pharmacien d'officine et à lui poser toute question complémentaire.

Savez-vous ce qu'est le Dossier Pharmaceutique ?

Il s'agit d'un dossier informatique lisible grâce à votre carte vitale qui, si vous l'autorisez, permet au lecteur de savoir les 4 derniers mois de traitement que vous avez reçu. Il est très utile aux professionnels de santé qui peuvent ainsi vérifier la cohérence de vos traitements mais également pour vous. En effet, si vous partez en vacances et que vous avez oublié votre ordonnance alors que vous avez besoin d'un médicament, votre Dossier Pharmaceutique permettra au pharmacien qui le consulte de vous dépanner. Il est très facile d'en créer un : parlez-en à votre pharmacien, il suffit d'une signature.

5) Questionnaire de satisfaction

Pourriez-vous remplir ce petit formulaire de satisfaction ? En effet, la présence des pharmaciens dans les services est une expérience en développement et nous aimerions avoir votre avis quant à la pertinence et l'utilité de nos interventions. Ce questionnaire est anonyme, soyez honnêtes, nous sommes ouverts à toute remarque !

II. Fin de l'entretien

Je vous remercie pour votre temps. Si vous avez besoin d'autres informations avant votre sortie, nous sommes tous les jours dans le service, n'hésitez pas à nous solliciter.

Je vous souhaite une bonne continuation et une bonne fin de journée.

Annexe 11 : Guide d'entretien patient en sortie d'hospitalisation par un externe en pharmacie



Guide entretien patient en sortie d'hospitalisation par un externe en pharmacie

0. Etape préliminaire : Préparation de la sortie

- Suivre toutes les étapes de la « check-list pour une bonne conciliation de sortie »
- Relire dossier patient : motif hospitalisation, contexte particulier, traitements en cours.
- Avoir courrier de conciliation prêt, signé par l'interne ou le médecin référent et connaître les médicaments avec lesquels le patient va sortir.
- S'il est difficile de discuter avec le patient : se renseigner sur la venue de la personne de confiance / appel IDE qui gère les traitements. Il est essentiel de s'adresser à la même personne que lors de la conciliation d'entrée.

I. Entretien pharmaceutique

1) Présentation

Bonjour, je suis XXXXX, externe en pharmacie et je viens faire un point sur les médicaments que vous prendrez après cette hospitalisation.

Pourriez-vous me préciser votre nom prénom et DDN SVP ? Merci

Attention il ne faut pas lui demander de confirmer son nom mais bien lui demander de l'énoncer lui-même.

Vous avez déjà dû rencontrer mon/ma collègue à votre arrivée dans le service ? Suite à votre hospitalisation, certains de vos traitements habituels ont été modifiés.

Je viens donc faire le point avec vous, pendant une dizaine de minutes, si vous êtes d'accord.

2) Présentation du tableau du courrier de conciliation

Vous trouverez sur ce tableau votre nouveau traitement.

Si cela est possible, remettez directement au patient le document qui lui est destiné et prenez en parallèle celui destiné au médecin traitant et au pharmacien d'officine.

Il convient d'expliquer chaque introduction, arrêt, modification avec la justification.

De plus, pour les nouveaux médicaments, préciser les modalités d'administration et de prise, ainsi que l'indication de chaque médicament en vous appuyant sur l'information citée sur le document. Ne donnez pas de détails sur l'indication du traitement, concentrez vous uniquement sur l'information citée dans le document.

3) Remarques/ Questions

Ne pas rechercher les difficultés de prises au moment de la sortie. Il faut dans la mesure du possible les identifier au cours du séjour et réaliser un entretien adapté avant la sortie. Mais si le patient signale de lui-même avoir rencontré des signes d'intolérance aux médicaments durant son hospitalisation alors discuter lesquels il convient de retourner voir le médecin pour en discuter +/- modifier la prescription de sortie.

Je vais aller en parler à votre médecin. Je reviendrai vers vous pour vous tenir au courant.

La sortie n'est en aucun cas le moment de l'hospitalisation où il faut réveiller des angoisses ou des inquiétudes.

Avez-vous d'autres questions sur vos nouveaux traitements ? Ou sur votre ordonnance en générale ? Au cas où si une question vous revient après la sortie, n'hésitez pas à solliciter mon confrère pharmacien de ville, c'est le professionnel de santé adapté pour vous aider avec vos médicaments à la maison.

/ !\ Si vous n'avez pas la réponse à une question, n'inventez pas et ne dites pas quelque chose au hasard ! Vous pouvez prendre la question et revenir vers lui après confirmation. De plus, s'il s'agit d'une question d'ordre médical, ce n'est pas de votre ressort : il faut qu'il en informe l'équipe médicale.

Je suis désolée mais je m'occupe uniquement des médicaments. Je transmettrai votre question à votre médecin, mais n'hésitez pas à lui demander vous aussi quand vous le verrez. Si certaines remarques ont été notifiées lors de sa conciliation d'entrée, il faut s'en servir lors de la sortie. Par exemple : si défaut d'observance noté, insister sur l'importance du traitement mais attention à ne pas porter de jugement.

4) Ouverture sur la ville

Je glisserai dans votre dossier médical une copie de ce document qui sera pour votre médecin traitant, il pourra ainsi comprendre ce qu'il s'est passé durant votre hospitalisation. N'hésitez pas à le montrer à votre pharmacien d'officine et à lui poser toute question complémentaire.

Savez-vous ce qu'est le Dossier Pharmaceutique ?

Il s'agit d'un dossier informatique lisible grâce à votre carte vitale qui, si vous l'autorisez, permet au lecteur de savoir les 4 derniers mois de traitement que vous avez reçu. Il est très utile aux professionnels de santé qui peuvent ainsi vérifier la cohérence de vos traitements mais également pour vous. En effet, si vous partez en vacances et que vous avez oublié votre ordonnance alors que vous avez besoin d'un médicament, votre Dossier Pharmaceutique permettra au pharmacien qui le consulte de vous dépanner. Il est très facile d'en créer un : parlez-en à votre pharmacien, il suffit d'une signature.

5) Questionnaire de satisfaction

Pourriez-vous remplir ce petit formulaire de satisfaction ? En effet, la présence des pharmaciens dans les services est une expérience en développement et nous aimerions avoir votre avis quant à la pertinence et l'utilité de nos interventions. Ce questionnaire est anonyme, soyez honnêtes, nous sommes ouverts à toute remarque !

II. Fin de l'entretien

Je vous remercie pour votre temps. Si vous avez besoin d'autres informations avant votre sortie, nous sommes tous les jours dans le service, n'hésitez pas à nous solliciter.

Je vous souhaite une bonne continuation et une bonne fin de journée.

Annexe 12 : Questionnaire de satisfaction des patients



Votre questionnaire de satisfaction sur la présence du pharmacien dans le service de Rhumatologie

Madame, Monsieur, vous venez d'effectuer un séjour dans notre service de Rhumatologie. Un pharmacien y est présent à temps plein afin de faire un point avec vous sur vos traitements médicamenteux. Il est aussi en lien permanent avec toute l'équipe de Rhumatologie (médecins, infirmières, ...), ceci tout au long de votre séjour.

Nous souhaiterions recueillir votre avis concernant cette présence pharmaceutique. La Pharmacie du CHU de Rouen vous remercie de votre collaboration, qui permettra une amélioration continue de nos actions, dans le but de mieux répondre à vos attentes.

Concernant vos médicaments, les entretiens pharmaceutiques ont-ils répondu à vos attentes sur :					
	Pas satisfait du tout	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait	Pas d'avis
L'information sur vos traitements habituels	☹	☺	☺	☺☺	
L'information sur les traitements instaurés à l'hôpital	☹	☺	☺	☺☺	
Vos questions sur les bénéfices attendus, les effets indésirables potentiels	☹	☺	☺	☺☺	
Les modalités et potentielles difficultés de prise de vos médicaments	☹	☺	☺	☺☺	
Les interactions médicamenteuses éventuelles à prévenir	☹	☺	☺	☺☺	
L'écoute et le temps mis à votre disposition lors de ces entretiens	☹	☺	☺	☺☺	

Concernant les changements apportés à votre traitement médicamenteux					
	Pas satisfait du tout	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait	Pas d'avis
Les explications que l'on vous a apportées au moment de la sortie vous ont-elles semblées compréhensibles ?	☹	☺	☺	☺☺	
Le tableau de synthèse qui vous a été remis à la sortie vous paraît-il clair ?	☹	☺	☺	☺☺	

D'une manière générale, les entretiens réalisés avec le pharmacien vous donnent-ils satisfaction ?					
	☹	☺	☺	☺☺	Pas d'avis

La présence d'un pharmacien dans le service vous a-t-elle semblé utile pour votre prise en charge lors de votre hospitalisation en rhumatologie ?	
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Avez-vous d'autres attentes ou suggestions par rapport à la présence du pharmacien dans le service de rhumatologie ?

Nous vous remercions d'avoir marqué votre intérêt pour notre enquête.

Annexe 13 : Questionnaire de satisfaction des prescripteurs



Questionnaire de satisfaction des prescripteurs sur la présence d'un pharmacien dans le service de Rhumatologie

Un interne de pharmacie est présent dans le service de Rhumatologie à temps plein afin de faire un point permanent (entrée, en cours d'hospitalisation et à la sortie) sur les traitements des patients avec toutes l'équipe de Rhumatologie.

Nous souhaiterions recueillir votre avis concernant cette présence pharmaceutique dans le service de Rhumatologie.

Concernant les activités de pharmacie clinique au sein du service de Rhumatologie				
	Pas satisfait	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait
Qualité des informations recueillies durant la conciliation d'entrée du patient				
Pertinence des conciliations d'entrée et de sortie				
Délai de prise en charge du patient à son entrée par le pharmacien?				
Pertinence de l'analyse pharmaceutique (entrée/en cours d'hospitalisation/sortie)				
Le temps sollicité par l'interne de pharmacie pour vous transmettre les informations sur la conciliation / l'analyse vous paraît :	Pas acceptable	Peu acceptable	Acceptable	Très acceptable

Concernant le patient, ces conciliations pharmaceutiques vous semblent apporter un impact positif sur :				
	Pas d'accord	Moyennement d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
La sécurité du patient				
L'adhérence / observance aux traitements de sortie				

Documents et informations délivrés aux patients				
	Pas d'accord	Moyennement d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Le document de conciliation de sortie qui est donné au patient et que vous co-signez, vous paraît-il clair ?				
Est-ce que pour vous, ce document permet un bon lien hôpital-ville ?				
Est-ce que selon vous ce document devrait être aussi transmis directement au médecin traitant et au pharmacien de ville ?				
Pour vous, il vous paraît intéressant d'intégrer ce document au CR de sortie ?				

Autres suggestions sur les activités de l'interne de pharmacie au sein du service :

Enfin, la présence d'un pharmacien dans le service de rhumatologie, vous paraît utile pour la prise en charge du patient ? OUI NON

Nous vous remercions d'avoir marqué votre intérêt pour notre enquête.

Annexe 14 : Questionnaire de satisfaction des pharmaciens d'officine

ENQUETE DE MODALITES DE TRANSMISSION DES INFORMATIONS DE CONCILIATION Hôpital - Pharmacie de ville

INTRODUCTION / CONTEXTE

Avec les lois Hôpital Patients Santé et Territoires (juillet 2009, modifiée août 2011) et Loi de Modernisation de notre Système de Santé (janvier 2016), le pharmacien d'officine et le pharmacien hospitalier ont toute raison d'être associés à la prise en charge collective du patient, à participer à la coopération interprofessionnelle, à contribuer à la conciliation médicamenteuse.

Dans le cadre du projet régional de santé, le Groupement Hospitalier de Territoire ROUEN Cœur de Seine s'est vu bénéficier de crédits du Fonds d'Intervention Régional (FIR) mis à disposition par l'ARS Normandie dans le cadre de l'appel à projet 2016 pour promouvoir le déploiement de la pharmacie clinique et de la conciliation notamment de sortie.

OBJECTIF

Les pharmaciens du GHT ROUEN Cœur de Seine et leurs partenaires du Centre de Lutte Contre le Cancer H. Becquerel, souhaitent accompagner le démarrage de la conciliation de sortie auprès des pharmaciens de ville. Actuellement ces informations peuvent être transmises au pharmacien de ville soit par courrier, soit par fax ou par messagerie sécurisée. L'objectif de ce travail est aussi de prendre en compte les besoins des pharmaciens de ville pour optimiser les modalités de transmission de ces informations.

MATERIEL et METHODE

Sur une période du 1er au 15 septembre 2017, une enquête prospective sera menée, auprès de chaque officine de Rouen et ses alentours. Cette enquête consistera en un appel téléphonique au pharmacien d'officine à l'aide d'un questionnaire en 10 items (grille d'enquête disponible ci-après).

TYPES DE RESULTATS ENVISAGES

- Evaluation du nombre de pharmacies de ville participant à cette enquête (cible 197 pharmaciens pour __ officines).
- Evaluation de l'intérêt porté par les pharmaciens d'officine sur la conciliation.
- Evaluation des modalités de transmission souhaitées préférentiellement par les pharmaciens d'officine.
- Evaluation des modalités de stockage de ces informations par les pharmaciens d'officine.

Date
Pharmacie :
Adresse Pharmacie de ville :
Téléphone :

Bonjour, je suis Pauline Seurot, externe en pharmacie au CHU de Rouen,
J'aurai souhaité parler au pharmacien de votre équipe, SVP, par exemple M _____
ou M _____.

Je vous appelle car je réalise ma thèse d'exercice au sujet du déploiement de la conciliation
médicamenteuse de sortie par le CHU de Rouen. Dans ce cadre, j'ai 10 questions à vous poser, si
vous l'acceptez, pour mieux comprendre vos besoins sur ce sujet.

Avez-vous un peu de temps à m'accorder maintenant ou souhaitez-vous que je vous rappelle plus
tard ? Quand ?

1. Avez-vous déjà reçu de l'information sur la conciliation des traitements médicamenteux?
 OUI NON

Si OUI comment ? :

- Ordre des pharmaciens OMEDIT URPS Société savante de pharmacie
 Syndicat professionnel Revue pharmaceutique Autre, précisez :

2. Si OUI (1), selon vous, est-ce que l'objectif de la conciliation vous apparaît clair ? OUI NON
Si NON (1), souhaitez-vous que je vous l'explique en quelques mots maintenant ? OUI NON

Il s'agit d'une démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses qui repose sur
la transmission et le partage des informations complètes et exactes des traitements du patient.

C'est un processus qui permet de rechercher l'ensemble des médicaments pris et à prendre par le
patient aux points de transition de son parcours de soins, notamment à l'entrée de son
hospitalisation mais aussi au moment de sa sortie.

Lors de la sortie, l'objectif est de comparer les traitements pris à l'entrée de l'hospitalisation et ceux
prescrit à la sortie pour déterminer les modifications faites au cours de l'hospitalisation, les expliquer
au patient et les transmettre (via un tableau de conciliation) à la pharmacie de ville et médecin traitant
du patient.

3. Avez-vous déjà été contacté par un pharmacien hospitalier pour obtenir des informations sur les
traitements médicamenteux du patient à son entrée ?

OUI NON

Si OUI, plutôt :

- 1/mois 1/semaine tous les jours autre :
 Par un pharmacien Ne sait pas Autre professionnel de
santé :

4. Avez-vous déjà reçu un tableau de conciliation de sortie émanant d'un pharmacien hospitalier

OUI NON

Si OUI, plutôt :

- 1/mois 1/semaine tous les jours autre :
 Par un pharmacien Ne sait pas Autre professionnel de
santé :

5. Seriez-vous intéressé pour que le CHU de Rouen vous transmette les éléments de conciliation de
sortie de vos patients, sachant que le pharmacien hospitalier informe aussi le patient sur le tableau
de conciliation de sortie?

OUI NON

Dr Catherine CHENAILLER pharmacien
ROUEN

Pôle de Pharmacie

CHU

6. Dans l'idéal, comment voudriez-vous échanger les informations sur les traitements médicamenteux du patient ?
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fax
<input type="checkbox"/> Patient, au moment où il apporte ses ordonnances
<input type="checkbox"/> Courrier/ adresse postale de votre pharmacie | <input type="checkbox"/> Mail sécurisé par la messagerie MSS
<input type="checkbox"/> Mail sécurisé par une autre messagerie : _____
<input type="checkbox"/> Autre |
|--|---|
7. Avez-vous déjà une adresse mail sécurisée ? OUI NON
 Si OUI : Apicrypt ? MSSanté ?
 Si NON, accepteriez-vous de créer une adresse mail MSSanté pour recevoir les conciliations ?
 OUI NON : pourquoi ?
8. Si nous vous envoyons ces informations sous format PDF via MSSanté, Pourriez-vous les introduire dans votre logiciel pharmaceutique au nom du patient ?
 OUI NON Ne sait pas
9. Pourriez-vous me dire le nom de votre logiciel ?
 LGPI LEO ACTIPHARM Autre :
10. Auriez-vous besoin d'information plus approfondie sur la conciliation OUI NON
 Info à présenter sur la soirée ville hôpital 21/09/17 à la faculté de Rouen Médecin Pharmacie 20h30 – 22h00
 Voulez-vous que je vous transmette la plaquette informative sur la soirée ? OUI NON
 Si OUI Pouvez-vous me transmettre votre mail/ fax ? _____

Nous avons fini les 10 questions, je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.
 Auriez-vous d'autres commentaires à ajouter ?

BIBLIOGRAPHIE

Bonhomme, Jérémy, Alexandre Dony, T Baum, Sébastien Doerper, D Piney, et E Dufa. (2013). « La juste liste des médicaments à l'admission du patient hospitalisé - De la fiabilité des sources d'information ». *Risques & qualité* • 2013 - volume x - n° 4

Claeys & Coraline. (2013). *Une prescription sur mesure : Moins mais mieux sied au grand âge, Continuité des traitements médicamenteux après la sortie de l'hôpital* ». In édité par Isabelle Dagneaux, 48 - 68.

Cornish, Patricia L., Sandra R. Knowles, Romina Marchesano, *et al.* (2005). « Unintended Medication Discrepancies at the Time of Hospital Admission ». *Archives of Internal Medicine* 165 (4): 424- 29.

Cousin, T., M. O. Saucez-Duquesne, A. Mallémont, C. Giuliani, P. Parrein, C. Chenailler, O. Vittecoq, et R. Varin. (2017). « CP-080 Clinical Pharmacy in Rheumatology Ward: 5 Month Activity Report ». *Eur J Hosp Pharm* 24 (Suppl 1): A35- 36.

Feldman, Leonard S., Linda L. Costa, E. Robert Feroli, Terry Nelson, Stephanie S. Poe, Kevin D. Frick, Leigh E. Efird, et Redonda G. Miller. (2012). « Nurse-Pharmacist Collaboration on Medication Reconciliation Prevents Potential Harm ». *Journal of Hospital Medicine* 7 (5): 396- 401.

Forster, Alan J., Harvey J. Murff, Josh F. Peterson, Tejal K. Gandhi, et David W. Bates. (2003). « The Incidence and Severity of Adverse Events Affecting Patients after Discharge from the Hospital ». *Annals of Internal Medicine* 138 (3): 161 - 67.

Girerd, X et al. (2001). « Assessment of antihypertensive compliance using a self-administered questionnaire: development and use in a hypertension clinic ». *Presse Medicale (Paris, France: 1983)* 30 (21): 1044- 48.

Gleason, Kristine M et al. (2010). « Results of the Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) Study: An Analysis of Medication Reconciliation Errors and Risk Factors at Hospital Admission ». *Journal of General Internal Medicine* 25 (5): 441 - 47.

Leguelinel-Blache et al. (2018). « Impact of Collaborative Pharmaceutical Care on In-Patients' Medication Safety: Study Protocol for a Stepped Wedge Cluster Randomized Trial (MEDREV Study) ». *Trials* 19 (1): 19.

M.Dufour, S. Philippe, G. Bourdeneta, C. Borel, A. Proux, M. Lottin, R. Varin, et J. Doucet. (2013). « Conciliation Médicamenteuse En Médecine Interne Gériatrique : Une Collaboration Efficace Médecins – Pharmaciens Pour Prévenir La Iatrogénèse Médicamenteuse. Étude Prospective de 200 Patients ». *La Revue de Médecine Interne* 34 (décembre): A117- 18.

Pronovost, *et al.* (2016). « The clinical impact of treatment discrepancies recorded for 200 patients in an acute geriatric unit ». *La Revue De Medecine Interne* 37 (10): 667- 73.

Vira, T., M. Colquhoun, et E. Etchells. (2006). « Reconcilable Differences: Correcting Medication Errors at Hospital Admission and Discharge ». *Quality & Safety in Health Care* 15 (2): 122- 26.

SITOGRAPHIE

1. Accreditation Canada. « Foire aux questions ». Accreditation Canada 2018.
<https://accreditation.ca/intl-fr/faq/>. Consulté le 25 mars 2018.
2. AFSSAPS. « Guichet Erreurs Médicamenteuses: Présentation et bilan depuis la mise en place juin2009 ». AFSSAPS juin 2009.
http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/b19d8337d620d33327dfae94c166d9b.pdf. Consulté le 2 novembre 2017.
3. AFSSAPS. « Bilan guichet erreur médicamenteuse- Bilan d'activité de l'année 2009 ». juillet 2010. Consulté le 13 avril 2018.
4. Agrément Canada, Institut canadien d'information sur la santé, Institut canadien pour la sécurité des patients, et Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada. « Bilan comparatif des médicaments au Canada : hausser la barre - Progrès à ce jour et chemin à parcourir. » 2012.
<https://www.ismp-canada.org/download/MedRec/20121101MedRecCanadaFRE.pdf>. Consulté le 8 février 2018.
5. Annuaire.sante. « Accueil - l'Annuaire Santé ». 2017.
<https://annuaire.sante.fr/>. Consulté le 28 juillet 2017.
6. ANSM.Santé. « Bonnes pratiques de pharmacovigilance ». février 2018.
http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/bff205140ebd3492d6915e72460dba92.pdf. Consulté le 3 mars 2018.
7. ASIP Santé. 2017. « Missions ASIP SANTE | esante.gouv.fr, le portail de l'ASIP Santé ». 2017.
<http://esante.gouv.fr/asip-sante/qui-sommes-nous/missions>. Consulté le 28 juillet 2017.
8. Canadian Society of Hospital Pharmacists. « Seamless Care: Statement (2004).pdf ».2004.
[https://cshp.ca/sites/default/files/files/publications/Official%20Publications/Position%20Statements/Seamless%20Care%20\(2004\).pdf](https://cshp.ca/sites/default/files/files/publications/Official%20Publications/Position%20Statements/Seamless%20Care%20(2004).pdf). Consulté le 23 juin 2017.

9. DAQSS, SDC, et A. Broyart. « Fiche descriptive projet intervantional high5s ». avril 2014.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-07/fiche_descriptive_projet_high5s.pdf. Consulté le 3 novembre 2017.
10. DGOS. « INSTRUCTION N° DGOS/PF2/2015/65 du 9 mars 2015 relative à la mise en œuvre d'une enquête nationale sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse dans les établissements de santé. » 2015.
https://www.snphpu.org/files/20150409_InstructionDGOSEnquetedeploiementconciliationmedicamentouseEtsdesante.pdf. Consulté le 17 avril 2018.
11. DGOS. « La conciliation médicamenteuse : enquête sur son déploiement nationale ». Ministère des Solidarités et de la Santé. 3 février 2016.
<http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/la-conciliation-medicamentouse/article/la-conciliation-medicamentouse-enquete-sur-son-deploiement-nationale>. Consulté le 2 novembre 2017
12. DGOS-ATIH. « Taux de réhospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours en MCO- Outil pour accompagner la mise a disposition d'un indicateur hospitalier de vigilance pour alerter, analyser, et agir ». 12 mai 2017.
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_indicateur_mco_rehospitalisations_1-7_jours_dgos-atih_2017_05_12.d.pdf. Consulté le 18 avril 2018
13. DRESS. « Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé ». 2010.
<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201017.pdf>. Consulté le 10 août 2017.
14. Dufour *et al.*. « Les événements indésirables graves dans les établissements de santé: fréquence, évitabilité et acceptabilité ». mai 2011.
<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er761.pdf>. Consulté le 13 avril 2017.
15. E.DUFAY. 2014. « Diapositive 1 - 2014-E-DUFAY-Conciliation-médicamenteuse-Paris-ASSIPHAR.pdf ». 2014. <http://assiphar.adiph.fr/files/2014/07/2014-E-DUFAY-Conciliation-m%C3%A9dicamentouse-Paris-ASSIPHAR.pdf>. Consulté le 2 novembre

- 2017.
16. esante.ca. 2017. « Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé ». 2017.
<https://www.esante-ca.fr/portail/vous-etes-champardennais/presentation-de-l-asip,168,127.html>. Consulté le 28 juillet 2017.
 17. F. Chabord, E. Lambert-Kuhn, P.Gayol, B.Michel, P.Bilbault, et B.Gourieux. 2017.
« Évaluation de l'impact clinique des erreurs médicamenteuses interceptées par la conciliation des traitements médicamenteux en unité d'hospitalisation de courte durée - ScienceDirect ».mars 2017.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211104217301030>. Consulté le 2 novembre 2017.
 18. HAS 2013.« Comment réduire le risque de réhospitalisation évitables chez les personnes âgées ». juin 2013.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parours_rehospitalisations_evitables_vf.pdf. Consulté le 17 avril 2018.
 19. HAS. 2015a. « Annexe 3 : guide d'entretien du patient a l'admission en établissement de sante pour l'obtention du bilan médicamenteux optimisé.pdf ». 2015.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/annexe_3_guide_dentretien_du_patient_a_ladmission_en_etablissement_de_sante_pour_lobtention.pdf. Consulté le 5 mai 2018.
 20. HAS. 2015b. « Annexe 5 - Caracterisation de la gravite potentielle des conséquences de l'erreur médicamenteuse.pdf ». 2015.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/annexe_5_caracterisation_de_la_gravite_potentielle.pdf. Consulté le 2 novembre 2017.
 21. HAS. 2015c. « Initiative des High 5s Med'rec ». septembre 2015.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/rapport_dexperimentation_sur_la_mise_en_oeuvre_conciliation_des_traitements_medicamenteux_par_9_es.pdf. Consulté le 15 septembre 2017.

22. HAS. 2015d. « Sécurisé la prise en charge médicamenteuse en établissements de santé - questions-réponses ». novembre 2015.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/qr_conciliation_medicamenteuse.pdf. Consulté le 17 avril 2017.
23. HAS. 2015e. « Sécuriser la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé ». novembre 2015.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/qr_conciliation_medicamenteuse.pdf. Consulté le 2 novembre 2017.
24. HAS. 2018a. « Haute Autorité de Santé - Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé ». 2018.
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante. Consulté le 6 mai 2018.
25. HAS. 2018b. « Volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie ». 2018.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/volet_medicamenteux_de_la_lettre_de_liaison_a_la_sortie.pdf. Consulté le 24 avril 2018.
26. HAS. 2018c. « Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé ». février 2018.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf. Consulté le 13 mars 2018.
27. HAS Santé. 2013. « Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments- Partie 4: Pour en savoir plus ». mai 2013.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/guide_outils_securisation_autoevaluation_administration_medicaments_partie4_pour_en_savoir_plus.pdf. Consulté le 2 novembre 2018.
28. Health Standards Organization. 2017. « Gestion des Médicaments - L'Organisation de normes en santé (HSO) ». L'Organisation de normes en santé (HSO). 19 septembre 2017.

- <https://healthstandards.org/fr/norme/gestion-des-medicaments/> . Consulté le 23 mars 2018.
29. ISMP-Canada. 2018. « Bilan comparatif des médicaments (BCM) ». 2018.
<https://www.ismp-canada.org/fr/BCM.htm>. Consulté le 11 janvier 2018.
30. John D. Rozich, MD, PhD, MBA, et Roger K. Resar. 2011. « Medication Safety: One Organization's Approach to the Challenge ». octobre 2011.
http://www.turner-white.com/pdf/jcom_oct01_safety.pdf. Consulté le 20 septembre 2017.
31. La ministre des solidarités et de la santé, Le ministre de l'économie et des finances, Le ministre de l'action et des comptes publics, et Le ministre de l'agriculture et de l'alimentation. 2018. « Journal officiel de la République française - Bilan de médication ». 16 mars 2018.
<http://www.uspo.fr/wp-content/uploads/2018/03/2018-03-16-Journal-officiel-de-la-R%C3%A9publique-fran%C3%A7aise-Bilan-de-m%C3%A9dication.pdf>. Consulté le 6 mai 2018.
32. M. Bertonière, et Le Moniteur des pharmaciens. 2015. « Impactpharmacie.org : un site canadien recense les conséquences de l'activité pharmaceutique ». Le Moniteur des pharmacie.fr. juin 2015.
<http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/150603-impactpharmacie-org-un-site-canadien-recense-les-consequences-de-l-activite-pharmaceutique.html>. Consulté le 16 octobre 2017.
33. Morisky Medication Adherence Scale™. 2010. « Additional-file-1.pdf ». 2010.
https://www.researchgate.net/profile/Chantal_Rousseaux/publication/293873570_Additional_file_1/links/56ea9c2708ae8c97677b7e3d/Additional-file-1.pdf?origin=publication_list. Consulté le 27 avril 2018.
34. Morisky Medication Adherence Scale™. 2018. « MMAS Research LLC ». 2018.
<https://morisky.org/>. Consulté le 27 avril 2018
35. My-Lan, Pharm-Dang, et ISMP-Canada. 2010. « Le bilan comparatif des médicaments (BCM): où en sommes-nous? » juin 2010.

- <http://jgh.ca/uploads/campagnequebecoise/documents/BCM%2010%20JUIN/PP/presentation%2010%20juin%20-%20My-Lan%20Pham-Dang%201.pdf>. Consulté le 23 mars 2018.
36. SFPC. 2013. « Causes REMED - Diagnostiquer les causes et les facteurs contributifs à la survenue de l'EM ». 2013.
<http://sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/445-16-causes-remed2013/0.html>. Consulté le 15 septembre 2017.
37. SFPC. 2015. « SFPC Mémo Conciliation des traitements médicamenteux ». décembre 2015.
<http://sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/1608-sfpc-memo-conciliation-v2016/0.html>. Consulté le 16 mars 2017.
38. SFPC. 2015. « Réaliser la conciliation des traitements médicamenteux à l'administration du patient hospitalisé ». 2015. <http://sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/957-sfpc-fiche-conciliation-medicamenteuse/0.html>. Consulté le 9 août 2017.
39. URPP CHU Sainte-Justine. 2017. « Impact Pharmacie ». septembre 2017.
<http://impactpharmacie.org/>. Consulté le 2 novembre 2017.
40. World Health Organization. 2013. « High5_InterimReport.pdf ». décembre 2013.
http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/High5_InterimReport.pdf. Consulté le 1 mars 2018.

SERMENT DE GALIEN

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

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

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

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

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

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

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



SEUROT Pauline

Accompagnement de la première expérience de la conciliation médicamenteuse de sortie au CHU de Rouen.

Th. D. Pharm., Rouen, 2018, 132 p.

RESUME

La conciliation médicamenteuse est une démarche qui a apporté la preuve de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient aux points de transition de son parcours de soins.

Le CHU Hôpitaux de Rouen a développé la conciliation médicamenteuse d'entrée depuis 2012. La mise en place de la conciliation médicamenteuse de sortie est l'objectif de ce travail.

Un état des lieux de la conciliation d'entrée a été réalisé, suivi d'actions d'amélioration. Quant à la conciliation de sortie la démarche a été mise en place sur le service de Rhumatologie. Au total neuf outils ont été révisés ou créés en prenant en compte le point de vue de l'externe et de l'interne en pharmacie, intervenants majeurs de ce processus au CHU. La satisfaction des prescripteurs et des patients s'est révélée très satisfaisante. Une évaluation des besoins des pharmaciens d'officine de Rouen a été réalisée. La très grande majorité se trouvait intéressée par la conciliation médicamenteuse mais avait besoin d'informations supplémentaires, apportées ensuite au cours d'une soirée ville hôpital.

Les facteurs de réussite identifiés nous semblent être : une conciliation d'entrée quantitativement et qualitativement solide ; le fait que les deux conciliations (entrée/sortie) soient réalisées de préférence par le même binôme (interne et externe en pharmacie) ; la double signature du bilan médicamenteux de sortie par le pharmacien et le prescripteur ; la très bonne collaboration avec les équipes médicales, le prescripteur est en effet très sollicité au moment de la sortie du patient et l'acceptation de notre démarche, malgré un temps à consacrer un peu plus important, est un point clé du succès du processus.

MOTS CLES : CHU Hôpitaux de Rouen – Conciliation médicamenteuse de sortie – Erreurs médicamenteuses – Pharmacie clinique – Lien ville-hôpital

JURY

Président : Mr VARIN Rémi, Docteur en Pharmacie, PU-PH CHU de Rouen

Membres : Mme CHENAILLER Catherine, Docteur en Pharmacie, PU-PH CHU de Rouen

Mme GROULT Marie-Laure, Maître de conférences en Botanique et Mycologie, UFR santé Rouen

Mme GUERARD-DETUNCQ Cécile, Docteur en Pharmacie, Professeur associé, UFR santé Rouen

Mr PALASSET Eric, Docteur en Pharmacie

DATE DE SOUTENANCE : 7 juin 2018