



HAL
open science

Améliorer la qualité et la continuité de la prise en charge médicamenteuse : du suivi pharmaceutique en hospitalisation psychiatrique à la transmission de la lettre de conciliation de sortie au médecin traitant

Alexis Landry

► To cite this version:

Alexis Landry. Améliorer la qualité et la continuité de la prise en charge médicamenteuse : du suivi pharmaceutique en hospitalisation psychiatrique à la transmission de la lettre de conciliation de sortie au médecin traitant. Sciences pharmaceutiques. 2018. dumas-01954078

HAL Id: dumas-01954078

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01954078>

Submitted on 13 Dec 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.



MEMOIRE DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES

Préparé au sein de l'Université de Caen Normandie

Conformément aux dispositions de l'arrêté du 4 octobre 1988 tient lieu de

Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Pharmacie

**Améliorer la qualité et la continuité de la prise en charge
médicamenteuse : du suivi pharmaceutique en
hospitalisation psychiatrique à la transmission de la lettre
de conciliation de sortie au médecin traitant**

Présenté par
Alexis LANDRY

**Soutenu publiquement le 19 septembre 2018
devant le jury composé de**

Pr Pascale SCHUMANN-BARD	Docteur en Pharmacie, Professeur des Universités, UFR Santé Caen	Président du jury
Dr Mathieu COLOMBE	Docteur en Pharmacie, Praticien Hospitalier, EPSM Caen	Directeur
Dr Xavier HUMBERT	Docteur en Médecine, Médecin Généraliste, Chef de clinique des Universités, UFR Santé Caen	Examineur
Dr Christophe ROBERGE	Docteur en Pharmacie, Praticien Hospitalier, EPSM Caen	Examineur
Dr Guillaume CALLERY	Docteur en Médecine, Praticien Hospitalier, Psychiatre, EPSM Caen	Examineur
Dr Caroline MARGUERITE	Docteur en Médecine, Médecin Généraliste, Bretteville l'Orgueilleuse	Examineur

Mémoire dirigé par Mathieu COLOMBE



LISTE DES ENSEIGNANTS – CHERCHEURS

Année Universitaire 2017 / 2018

Directeur de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques

Professeur Michel BOULOUARD

Assesseurs

Professeur Frédéric FABIS

Professeur Pascale SCHUMANN-BARD

Directrice administrative et Directrice administrative adjointe

Madame Sarah CHEMTOB

Madame Alexandra HOUARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

BOULOUARD Michel

Physiologie, Pharmacologie

BUREAU Ronan

Biophysique, Chémoinformatique

COLLOT Valérie

Pharmacognosie

DALLEMAGNE Patrick

Chimie médicinale

DAUPHIN François

Physiologie, Pharmacologie

DELEPEE Raphaël

Chimie analytique

FABIS Frédéric

Chimie organique

FRERET Thomas

Physiologie, Pharmacologie

GARON David

Botanique, Mycologie, Biotechnologies

GAUDUCHON Pascal Eméritat jusqu'au 31/08/2019

Biologie cellulaire

GIARD Jean-Christophe

Bactériologie, Virologie

MALZERT-FREON Aurélie

Pharmacie galénique

RAULT Sylvain Eméritat jusqu'au 31/08/2019

Chimie thérapeutique

ROCHAIS Christophe

Chimie organique

SCHUMANN-BARD Pascale

Physiologie, Pharmacologie

SICHEL François

Toxicologie

SOPKOVA Jana

Biophysique, Drug design

VOISIN-CHIRET Anne-Sophie

Chimie médicinale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

ANDRE Véronique – HDR

Biochimie, Toxicologie

BOUET Valentine – HDR

Physiologie, Pharmacologie

CAILLY Thomas – HDR

Chimie bio-inorganique, Chimie organique

DENOYELLE Christophe – HDR

Biologie cellulaire et moléculaire,

Biochimie, Cancérologie

DHALLUIN Anne

Bactériologie, Virologie, Immunologie

ELDIN de PECOULAS Philippe – HDR

Parasitologie, Mycologie médicale

GROO Anne-Claire

Pharmacie galénique

KIEFFER Charline

Chimie médicinale

KRIEGER Sophie (Praticien hospitalier)

Biologie clinique

LAPORTE-WOJCIK Catherine

Chimie bio-inorganique

LEBAILLY Pierre – HDR

Santé publique

LECHEVREL Mathilde – HDR

Toxicologie

LEGER Marianne

Physiologie, Pharmacologie

LEPAILLEUR Alban – HDR

Modélisation moléculaire

N'DIAYE Monique

Parasitologie, Mycologie médicale,

Biochimie clinique

PAIZANIS Eleni

Physiologie, Pharmacologie

PEREIRA-ROSENFELD Maria de Fatima

Chimie organique et thérapeutique

POTTIER Ivannah

Chimie et toxicologie analytiques

PREVOST Virginie – HDR

Chimie analytique, Nutrition, Education

thérapeutique du patient

QUINTIN Jérôme

Pharmacognosie

RIOULT Jean-Philippe

Botanique, Mycologie, Biotechnologies

SINCE Marc

Chimie analytique

VILLEDIEU Marie

Biologie et thérapies innovantes des cancers

PROFESSEUR AGREGE (PRAG)

PRICOT Sophie

Anglais

PERSONNEL ASSOCIE A TEMPS PARTIEL (PAST)

SAINT-LORANT Guillaume

Pharmacie clinique

SEGONZAC Alain

Pharmacologie, Essais cliniques

RICHARD Estelle

Pharmacie officinale

Enseignants titulaires du Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

Remerciements

A Madame le Professeur SCHUMANN-BARD,

D'avoir accepté de juger mon travail et de me faire l'honneur de présider ce jury,

Je vous en remercie sincèrement.

A Monsieur COLOMBE,

Je te remercie de m'avoir permis de réaliser ma thèse sur le thème de la pharmacie clinique et de m'avoir transmis ta passion pour ce domaine. Merci également de m'avoir donné tant de précieux conseils durant trois semestres passés à l'EPSM, mais aussi pour ton investissement dans ce travail et pour ta patience.

Trouve ici ma profonde reconnaissance.

A Monsieur HUMBERT,

D'avoir accepté de prendre connaissance de ce travail et de le juger,

Veillez trouver ici le témoignage de ma gratitude.

A Monsieur ROBERGE,

De m'avoir accueilli pendant trois semestres dans votre service. Je vous remercie chaleureusement de tous vos conseils et attentions à mon égard tout au long de ces semestres passés à l'EPSM. De m'avoir transmis votre rigueur professionnelle et d'avoir contribué à ma formation d'interne à la pratique de la pharmacie clinique.

Veillez recevoir ici mes plus sincères remerciements.

A Monsieur CALLERY,

Je te remercie de me faire l'honneur de juger ce travail mais également de m'avoir toujours gentiment accueilli dans ton service dès que je te sollicitais pour les conciliations.

Trouve ici ma profonde reconnaissance.

A Madame MARGUERITE,

Je vous remercie de votre présence aujourd'hui et d'avoir accepté de juger ce travail,

Veillez trouver ici mes sincères remerciements.

A mes parents et ma sœur,

Je vous remercie d'avoir toujours été présents durant ces neuf années d'études. Vous avez toujours su trouver les mots pour me motiver et me donner confiance en moi dès que j'en avais besoin. Merci pour tous vos sacrifices alors que je révisais dans ma chambre et que je vous « interdisais » de recevoir des invités. Finalement 9 ans, ça passe vite !

Soyez assurés de l'admiration que je vous porte et de tout mon amour.

A ma mamie Nelly,

Pour ton soutien et ton écoute de chaque instant. Pour tout ce que tu as déjà fait et fera pour que tes petits enfants continuent d'être heureux et épanouis. Je ne me laisserai jamais de t'expliquer cent fois le rôle de tes médicaments, mais tu as raison je suis là pour ça. Je crois que je ne te remercierais jamais assez. Je t'embrasse très fort.

Aux autres membres de ma famille, Lauryne, Julien, Paul, Michèle, Michèle, Éric, Babeth, mamie Eliane, Franck, Bruno, Océane, Siriane, Sylvie, Pascal, Martin, Jacqueline, Gérard, Caroline, Christophe. Merci pour votre soutien. Je vous embrasse tous.

A Isabelle et Daniel, Annabelle et Alexandre ainsi qu'à Denise et Jean-Claude.

Aux différentes équipes pharmaceutiques que j'ai pu rencontrer pendant mon internat :

- A à toute l'équipe de l'EPSM Caen. Je ne garderai que des bons souvenirs de ces trois semestres passés à vos côtés. Valérie (ainsi qu'à Paul, Bertrand et Laure) « vive le SMC ». « Tchô Tchô » !! Gérard, Carine, Séverine, Angélique, Laurence (ma préférée), Lucile, Marie-Rose, Luzingo, Cécile et Thierry. Merci de m'avoir accueilli avec gentillesse et bienveillance. Merci également aux infirmiers Jérôme, Hubert, Olivier et Maël pour les petits Run & Drink.
- A à toute l'équipe pharmaceutique du CH Aunay-Bayeux : M. Lemoine, Marie-Lys, Stéphanie, Manu. Merci Chef de m'avoir accueilli chaleureusement pendant deux semestres dans votre service et d'avoir débriefé chaque lundi matin les matchs du Stade Malherbe. Merci Manu et Marie-Lys pour votre encadrement et votre cadeau de fin de semestre... je parle de celui avec les pompons rouges. Enfin merci à toi Stéphanie, pour ta gentillesse, ta formation et ton humour sans faille. En écrivant ces quelques lignes, j'affiche un large sourire. Merci infiniment pour votre ténacité et dévouement pour m'accueillir dans votre équipe. J'ai hâte de démarrer une nouvelle aventure avec vous.

- Aux deux Frédéric, Jacques, Julie et Nathalie du centre François Baclesse. Ce fut un plaisir de travailler à vos côtés.

A mes cointernes,

Nadia, Cyril, Pauline (merci pour tes bonbons à la violette), Lucille (de deux choses l'une), Béa, Lucie (Nantes n'a plus de secret pour nous), Paul (merci pour les footings à Bayeux), Vassili, Clémentine et tous les autres.

A mes amis de la fac,

Adrien (garde la pêche), Leslie, Justine et Damien, Marine et Pierre, Sandra et Mathieu (vive la Corse), Elsa et François, Simon, Guillaume, Iyad, Alexiane et Bibi, Louis et Antoine pour tous les bons moments partagés avec vous.

Aux externes,

Emma, Sophie, Anaïs, Nina et Marie-Astrid de m'avoir aidé pour ce travail de thèse. Merci également à Amélie, Harmonie, Anne-co, et Florian.

A l'équipe du CERMN pour votre accueil dans mes premières années de fac notamment à Jean-Pierre (merci pour tes précieux conseils).

A Agathe,

Comme le dit l'expression « il faut garder le meilleur pour la fin ». Par ces quelques lignes je tiens à te remercier pour ton soutien de chaque instant : du concours de l'internat jusqu'à cette soutenance de thèse. Dans les bons comme dans les mauvais moments tu as toujours été présente. Merci de m'avoir aidé, poussé, encouragé et accompagné. Sans toi tout cela aurait été bien plus difficile. C'est une chance d'être à tes côtés. Ke jtm !

Sommaire

Liste des abréviations	1
Liste des figures	3
Liste des tableaux	4
1 Introduction.....	5
2 Dossier patient	6
2.1 Définition	6
2.2 Constitution du dossier patient : historique réglementaire.....	6
2.3 Contenu du dossier patient	6
2.3.1 La lettre de liaison médicale.....	7
2.3.2 Dossier Médical Partagé (DMP)	8
2.3.3 Bilan partagé de médication.....	9
2.3.4 Lien ville-hôpital	9
2.3.5 Messagerie sécurisée	11
3 Le pharmacien clinicien hospitalier	13
3.1 Rôles du pharmacien clinicien hospitalier.....	13
3.2 Qualités requises du pharmacien clinicien hospitalier	14
3.3 Formation des « pharmaciens cliniciens hospitaliers » en France	15
3.4 Concept des soins pharmaceutiques	16
3.4.1 Définition	16
3.4.2 Processus des soins pharmaceutiques	17
4 Le suivi pharmaceutique du patient hospitalisé	19
4.1 Les processus de pharmacie clinique selon la SFPC : nouveau modèle de pharmacie clinique 2017.....	19
4.2 Activités de pharmacie clinique en lien avec le parcours de soins du patient à l'hôpital	
21	
4.2.1 Conciliation des traitements médicamenteux d'entrée.....	21
4.2.1.1 Projet « High 5s » de l'HAS	21

4.2.1.2	Définition	22
4.2.1.3	Processus de la conciliation médicamenteuse à l'admission	23
4.2.1.4	A l'EPSM Caen.....	24
4.2.1.4.1	Guide d'entretien avec le patient	25
4.2.2	Analyse pharmaceutique	25
4.2.2.1	Règlementation	25
4.2.2.1.1	L'analyse réglementaire de l'ordonnance.....	26
4.2.2.1.2	L'analyse pharmaco-thérapeutique.....	26
4.2.2.2	Niveaux d'analyse pharmaceutique selon la SFPC	27
4.2.2.3	Intervention pharmaceutique (IP)	28
4.2.2.4	Monitoring des médicaments psychotropes	29
4.2.2.4.1	Définition d'un médicament psychotrope	29
4.2.2.4.2	Surveillance des EI métaboliques.....	30
4.2.2.4.3	Surveillance des EI cardiaques	32
4.2.2.4.4	Surveillance des EI endocriniens.....	34
4.2.2.4.5	Surveillance des EI digestifs/anticholinergiques	35
4.2.3	Conciliation des traitements médicamenteux de sortie	36
4.2.3.1	Définition	36
4.2.3.2	Buts de la CTM de sortie	37
4.2.3.3	Organisation de l'activité de la CTM de sortie en France et à l'étranger ...	37
4.2.3.4	Expérience de CTM de sortie en psychiatrie	38
4.2.4	Entretien patient	39
5	Contexte de l'étude	40
5.1	Mise en place de l'activité de CTM de sortie à l'EPSM Caen.....	40
5.2	Audit sur les modalités de sortie du patient	40
5.2.1	Résultats de l'audit	40
5.2.2	Création du support de la lettre de CTM de sortie	42
5.2.3	Organisation de l'activité de CTM de sortie	43

6	Etude	44
6.1	Période de l'étude.....	44
6.2	Population de l'étude.....	44
6.3	Services participants.....	45
6.4	Mise en place d'un suivi pharmaceutique	45
6.4.1	Construction du suivi pharmaceutique	46
6.4.2	Utilisation du suivi pharmaceutique.....	48
6.4.2.1	Cible « CONCILIATION ENTREE ».....	48
6.4.2.2	Cible « DELIVRANCE »	49
6.4.2.3	Cible « AIDE A LA DECISION THERAPEUTIQUE ».....	50
6.4.2.4	Cible « ANALYSE PHARMACEUTIQUE »	50
6.4.2.5	Cible « EVOLUTION PHARMACO CLINIQUE (hors IP)	51
6.4.2.6	Cible « MONITORING »	51
6.4.2.7	Cible « CONCILIATION SORTIE »	52
6.5	Processus de la CTM de sortie à l'EPSM Caen	53
6.5.1	Première étape : conciliation à l'admission et repérage des patients éligibles à une CTM de sortie.....	54
6.5.2	Deuxième étape : utilisation du suivi pharmaceutique.....	55
6.5.3	Troisième étape : prise de connaissance de la date prévisionnelle de sortie et rédaction de la synthèse pharmaceutique	55
6.5.3.1	Observations pharmaceutiques	56
6.5.3.2	Surveillances réalisées et à poursuivre en ambulatoire.....	56
6.5.4	Quatrième étape : Entretien médico-pharmaceutique	57
6.5.5	Cinquième étape : ajustement de la lettre de CTM de sortie	58
6.5.6	Sixième étape : envoi de la lettre de CTM de sortie au médecin traitant.....	58
6.6	Enquête de satisfaction et de besoins auprès des médecins traitants	59
6.6.1	Conception d'un questionnaire Google forms®	59
7	Résultats.....	60
7.1	Obtention des résultats	60

7.2	Caractéristiques générales de la population	60
7.3	Modes d'entrée des patients	61
7.4	Modes de sortie des patients.....	62
7.5	Résultats de l'activité de CTM de sortie	62
7.6	FDR des patients ayant bénéficiés d'une conciliation de sortie	63
7.7	Conciliations de sortie proactives ou rétroactives ?	64
7.8	Patients éligibles mais non conciliés	64
7.9	IP d'optimisation de l'ordonnance de sortie	65
7.10	Types d'informations transmises au médecin traitant.....	66
7.10.1	Surveillances effectuées et à poursuivre après l'hospitalisation	66
7.10.2	Observations pharmaceutiques.....	69
7.11	Résultats de l'enquête de satisfaction et de besoins	72
7.11.1	Pertinence des informations pharmaceutiques transmises	72
7.11.2	Evaluation du support utilisé.....	72
7.11.3	Modalités d'envoi et de réception de la lettre de CTM de sortie	73
7.11.4	Résultats de la question à réponse libre.....	73
7.12	Modalités d'envoi de la lettre de CTM de sortie.....	73
8	Discussion	74
8.1	Interprétation des résultats.....	74
8.1.1	FDR choisis	74
8.1.2	Nombre de lettres de CTM de sortie rédigées : proactives/rétroactives.....	75
8.1.3	Patients éligibles mais non conciliés	75
8.1.4	Intérêts du suivi pharmaceutique.....	76
8.1.5	IP d'optimisation proposées	78
8.1.6	Modes de sortie des patients.....	79
8.1.7	Informations transmises aux médecins traitants.....	80
8.1.8	Modalités d'envoi de la lettre de CTM de sortie aux médecins traitants	81
8.1.9	Questionnaire de satisfaction et de besoins auprès des médecins traitants	82

8.2	Difficultés rencontrées et limites de l'étude.....	83
8.2.1	Être informés de la date théorique de sortie du patient	83
8.2.2	Manque de présence pharmaceutique dans les unités de soins	85
8.2.3	Communication itérative auprès des personnels des unités de soins	85
8.2.4	Difficultés liées aux patients	86
8.2.5	Participation à l'enquête de satisfaction et de besoins	86
8.2.6	La lettre de CTM de sortie est envoyée seulement aux médecins traitants.....	87
8.2.7	Devenir des surveillances préconisées	87
8.3	Perspectives.....	87
8.3.1	Consolider et déployer l'activité de CTM de sortie à l'ensemble des services de soins de notre établissement et pour tous les patients	87
8.3.2	Mettre en place un entretien pharmaceutique de sortie avec le patient.....	88
8.3.3	Transmettre la lettre de CTM de sortie aux pharmaciens d'officine et aux autres professionnels de santé d'aval.....	88
8.3.4	Intégrer les préparateurs en pharmacie hospitalière à l'activité de conciliation médicamenteuse	88
8.3.5	Optimisation du module de suivi pharmaceutique dans le logiciel CORTEXTE	89
8.3.6	Intégrer la lettre de CTM de sortie à la lettre de liaison.....	89
8.3.7	Evaluer l'impact des IP par l'échelle CLEO	89
9	Conclusion	90
	Bibliographie.....	91
	Annexes.....	101

Liste des abréviations

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

APP : Apporté Par le Patient

ARS : Agence Régionale de Santé

ASIP : Agence des Systèmes d'Information Partagées de santé

AVK : Antivitamines K

BMO : Bilan Médicamenteux Optimisé

CAQES : Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effcience des Soins

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CI : Colite Ischémique

CME : Commission Médicale d'Etablissement

COMEDIMS : Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles

CRAO : Comptes Rendus d'Analyse d'Ordonnance

CRH : Compte rendu d'Hospitalisation

CSP : Code de la Santé Publique

CTM : Conciliation des Traitements Médicamenteux

DCI : Dénomination Commune Internationale

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DIM : Département de l'Information Médicale

DIV NI : Divergences Non Intentionnelles

DMP : Dossier Médical Partagé

DP : Dossier Pharmaceutique

DPI : Dossier Patient Informatisé

ECG : Electrocardiogramme

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EI : Effets Indésirables

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

FDR : Facteurs de risque

HAS : Haute Autorité de Santé

HL : Hors Livret

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

IMC : Indice de Masse Corporelle

INR : International Normalized Ratio

IP : Intervention Pharmaceutique

MT : Médecin Traitant

NFS : Numération de la Formule Sanguine

OMEDIT : Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PPP : Plan Pharmaceutique Personnalisé

PUI : Pharmacies à Usage Intérieur

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

SOPs : *Standard Operating Protocols*

Tdp : Torsades de pointes

Liste des figures

Figure 1: Les processus de Pharmacie Clinique 2017 selon la SFPC	20
Figure 2: Protocole de surveillance cardiologique des patients sous neuroleptiques à l'EPSM Caen.....	33
Figure 3: Support utilisé pour la rédaction de la lettre de CTM de sortie	43
Figure 4: Cibles du suivi pharmaceutique dans le logiciel CORTEXTE.....	48
Figure 5: Capture d'écran du logiciel CORTEXTE : cible « CONCILIATION ENTREE »..	49
Figure 6: Capture d'écran du logiciel CORTEXTE : cible "AIDE A LA DECISION THERAPEUTIQUE"	50
Figure 7: Organisation de l'activité de CTM de sortie à l'EPSM Caen	54
Figure 8: Mail envoyé au médecin traitant.....	59
Figure 9: Modes d'entrée des patients.....	61
Figure 10: Modes de sortie des patients	62
Figure 11: Diagramme de flux	63
Figure 12: Taux de patients à risque conciliés en sortie.....	63
Figure 13: Causes pour lesquelles la lettre de CTM de sortie n'a pas été réalisée	64
Figure 14: Taux d'acceptation des IP d'optimisation de l'ordonnance de sortie.....	65
Figure 15: Types d'IP d'optimisation proposés pour l'ordonnance de sortie du patient	66
Figure 16: Types de surveillance à poursuivre.....	67
Figure 17: Types d'observations pharmaceutiques.....	69
Figure 18: Exemple d'une lettre de CTM de sortie rédigée.....	71
Figure 19: Pertinence des informations transmises	72
Figure 20: Evaluation du support de la lettre de CTM de sortie par les médecins traitants	73
Figure 21: Modalités d'envoi des lettres de CTM de sortie au médecin traitant	74
Figure 22: Flyer déposé dans le dossier des patients éligibles à une CTM de sortie	84

Liste des tableaux

Tableau 1: Niveaux d'analyse pharmaceutique définis par la SFPC	28
Tableau 2: Rythme des surveillances à effectuer pour prévenir l'apparition d'un syndrome métabolique	31
Tableau 3: Conduite à tenir en cas d'hyperprolactinémie	35
Tableau 4: Cibles principales et cibles du niveau inférieur du suivi pharmaceutique	47
Tableau 5: Caractéristiques principales de la population des patients à l'admission.....	61
Tableau 6: FDR des patients ayant bénéficiés d'une CTM de sortie.....	64
Tableau 7: Répartition des conciliations proactives et rétroactives	64
Tableau 8: FDR des patients éligibles non conciliés.....	65
Tableau 9: Exemples de surveillances proposées.....	68
Tableau 10: Exemples d'observations pharmaceutiques proposées	70

1 Introduction

La sécurisation des différentes étapes du parcours de soins du patient est un enjeu majeur de santé publique. En effet, différents dysfonctionnements peuvent survenir lors de ces points de transition notamment les erreurs médicamenteuses (1). L'activité de Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM) est un moyen de prévention et d'interception de ces erreurs. Elle est déjà mise en œuvre dans plusieurs établissements de santé à l'admission du patient. Cependant, cette activité l'est beaucoup moins à la sortie du patient. Plusieurs études (2,3) montrent pourtant que l'activité de CTM de sortie est un moyen efficace de lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse. Le déploiement de cette activité constitue donc un nouveau défi pour le pharmacien hospitalier, responsable de la prise en charge médicamenteuse du patient de son admission à sa sortie.

Le 20 juillet 2016, a été publié le décret n° 2016-995 relatif « aux lettres de liaison » (4) qui avait pour objet de préciser le contenu de la lettre de liaison à l'entrée et à la sortie de l'hôpital. Ainsi doivent, notamment, être intégrés à cette lettre de liaison de sortie, le traitement médicamenteux de sortie ainsi que les motifs d'ajout, d'arrêt et de changement de posologie. Pour ce faire, la Haute Autorité de Santé (HAS) a donc mis à disposition, en février 2018, dans son guide intitulé « mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé » (5) un « volet médicamenteux de la lettre de liaison de sortie » pour aider les pharmaciens hospitaliers à déployer l'activité de Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM) de sortie. Ces derniers peuvent aussi s'appuyer sur les recommandations de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) (6). Cette activité est également un moyen de renforcer le lien hôpital-ville, dans lequel le pharmacien hospitalier occupe une place centrale, car elle nécessite une collaboration étroite avec les professionnels de santé d'aval (médecins traitants (MT), pharmaciens d'officine, infirmiers libéraux...).

Dans ce contexte, l'activité de CTM de sortie a été mise en place progressivement à l'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) Caen. Cette activité est d'autant plus importante dans le milieu de la psychiatrie car il est décrit que les patients atteints de pathologies psychiatriques chroniques sont plus vulnérables et sujets à de nombreuses hospitalisations majorant le risque de iatrogénie liée au parcours soins (7).

Dans ce mémoire seront présentés la genèse de la mise en place de l'activité de CTM de sortie à l'EPSM Caen, l'organisation qui a été définie pour sa mise en œuvre ainsi que les outils déployés ayant permis d'optimiser ce processus à la fois en amont (avant la rédaction de la lettre de CTM de sortie) et en aval. Puis seront présentés les résultats des dix mois de la période de l'étude.

2 Dossier patient

2.1 Définition

L'HAS définit le dossier du patient comme étant « un support de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit, dans un établissement de santé » (8).

2.2 Constitution du dossier patient : historique réglementaire

La constitution du dossier patient en France est devenue obligatoire après l'application de plusieurs textes législatifs (9,10) et réglementaires (11,12). La loi hospitalière du 31 décembre 1970 (9) stipulait que seuls les établissements publics et privés mais participant au service public avaient cette obligation. C'est avec la loi du 31 juillet 1991 (10) que les établissements privés se sont vu imposer cette obligation légale. En 2002, par l'intermédiaire du décret du 29 avril (13), les éléments minimum obligatoires du dossier patient ont été définis puis précisés dans l'article R 1112-1-1 du Code de la Santé Publique (CSP) (14).

2.3 Contenu du dossier patient

Les différents éléments devant figurer dans le dossier patient sont :

- Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment :
 - la lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou, en cas d'admission, la lettre de liaison prévue à l'article R. 1112-1-1 du CSP (14) ;
 - les motifs d'hospitalisation ;
 - la recherche d'antécédents et de Facteurs De Risque (FDR) ;
 - les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;
 - le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;
 - la nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;
 - les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens paracliniques, notamment d'imagerie ;
 - les informations sur la démarche médicale ;
 - le dossier d'anesthésie ;
 - le compte rendu opératoire ou d'accouchement ;

- le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ;
- la mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel ;
- les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;
- le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;
- les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
- les correspondances échangées entre professionnels de santé ;
- Les informations formalisées établies à la fin du séjour, notamment :
 - la lettre de liaison remise à la sortie (4);
 - la prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;
 - les modalités de sortie (domicile, autres structures) ;
 - la fiche de liaison infirmière ;
- Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

Qu'il soit papier ou informatique le dossier patient est un support de recueil d'informations pour un patient donné. Il peut être consulté par tout professionnel de santé qui prend en charge le patient. Chaque intervention dont a pu bénéficier le patient au cours de son hospitalisation y est tracée. Le pharmacien clinicien hospitalier a le droit et se doit de tracer dans le dossier patient toutes ses interventions qu'il a proposées durant l'hospitalisation du patient : les Interventions Pharmaceutiques (IP), les aides à la décision thérapeutique, ses observations, etc. Actuellement il n'existe pas dans le dossier patient une place dédiée aux notes du pharmacien clinicien hospitalier.

2.3.1 La lettre de liaison médicale

La lettre de liaison médicale est un outil d'échange et d'information entre les professionnels de santé de ville et hospitaliers promulguée par le décret n°2016-95 paru au journal officiel le 20 juillet 2016 et intitulé « décret relatif aux lettre de liaison » (4). L'objectif de cette lettre de liaison est de fluidifier les échanges d'information entre la ville et l'hôpital et d'éviter les ruptures d'informations en cas d'hospitalisation ou de sortie d'hôpital. Ce décret précise donc le contenu attendu de la lettre de liaison à l'entrée de l'établissement de santé et **le contenu de la lettre de liaison à la sortie** de cet établissement ainsi que les **modalités de transmission** et de **remise de la lettre au patient**. L'extrait du décret qui nous intéresse particulièrement est

celui qui décrit avec précision le contenu de la lettre de liaison concernant le traitement de sortie : « Cette lettre de liaison contient les éléments suivants : traitements prescrits à la sortie de l'établissement (ou ordonnances de sortie) et ceux arrêtés durant le séjour et le motif d'arrêt ou de remplacement, en précisant, notamment pour les traitements médicamenteux, la posologie et la durée du traitement ». Cette transmission d'informations peut être assurée par le pharmacien clinicien hospitalier en réalisant le bilan médicamenteux entrée/sortie via la conciliation médicamenteuse de sortie du patient. Un autre point du décret stipule que « les recommandations et les surveillances particulières » à poursuivre en ambulatoire doivent aussi être transmises via la lettre de liaison. Enfin, une autre partie du décret concerne les modalités d'envoi de cette lettre de liaison qui doit être transmise « par messagerie sécurisée ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations » (4) . Pour assurer la continuité des soins, la lettre est envoyée le jour de la sortie du patient au MT et, le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient. Cette lettre est ensuite archivée dans le dossier médical du patient.

Dans sa dernière version de février 2018 de son guide « Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé » (5), l'HAS met à disposition des professionnels de santé un « volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie ». Ce document, téléchargeable sur le site de l'HAS, répond aux informations demandées par le décret du 20 juillet 2016.

2.3.2 Dossier Médical Partagé (DMP)

Suite à la loi de modernisation de notre système de santé en janvier 2016 (15), le dossier médical personnel devient « partagé » et va progressivement être déployé par l'assurance maladie. Le décret n°2016-994 précise les conditions d'application du DMP (16). Tous les bénéficiaires de l'assurance maladie pourront, s'ils le souhaitent, ouvrir gratuitement un DMP. Il peut être créé par le patient lui-même à l'aide de sa carte vitale ou lors d'une consultation chez son MT s'il dispose des outils informatiques nécessaires. Le DMP peut contenir les informations suivantes :

- la lettre de liaison médicale ;
- les comptes rendus hospitaliers et radiologiques ;
- les résultats d'analyses biologiques ;
- les antécédents médicaux et allergies ;
- les historiques médicamenteux.

Il est consultable sur internet via un identifiant et un code d'accès. Le patient a le choix de sélectionner les professionnels de santé qui pourront y avoir accès. Son intérêt est d'améliorer la coordination des soins et d'éviter les redondances des différents examens médicaux. Le DMP est accessible aux professionnels de santé via le site www.dmp.gouv.fr ou directement via le logiciel métier dont certains possèdent un accès direct.

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Côtes d'Armor expérimente le DMP depuis 1 an (17) et a pour perspective au cours du premier semestre 2018, l'ouverture des DMP par les pharmaciens d'officine. Certains établissements hospitaliers des Côtes d'Armor ont intégré la création du DMP dans leur procédure de pré-admission. Ainsi, l'alimentation du DMP est automatique avec le compte-rendu d'hospitalisation. Cette mise en œuvre crée un réel intérêt pour les professionnels de santé de ville. On pourrait envisager que le pharmacien officinal ou hospitalier puisse aussi participer à l'alimentation de ce DMP en y insérant le bilan partagé de médication du patient.

2.3.3 Bilan partagé de médication

Le bilan partagé de médication se définit d'après l'HAS « comme une analyse critique structurée des médicaments du patient dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement ». Il s'appuie sur un entretien structuré avec le patient ayant pour but de réduire le risque d'iatrogénie, d'améliorer l'adhésion du patient et de réduire le gaspillage de médicaments. Ses objectifs sont donc en lien direct avec la pertinence, l'efficacité et la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient (18). Les bilans partagés de médication peuvent être conduits en soins primaires ou en milieu hospitalier. Bien qu'il apparait en France dans le cadre législatif du référentiel de compétence des pharmaciens d'officine et que l'Assurance Maladie prévoit une rémunération annuelle forfaitaire dans le cadre de l'accompagnement des personnes âgées, ce service peut également être proposé aux patients hospitalisés nécessitant une prise en charge complexe. Le pharmacien formalise ses conclusions et recommandations. Il transmet les conclusions du bilan partagé de médication selon les modalités prédéfinies conjointement, en privilégiant la messagerie sécurisée de santé. L'étape de rédaction de la synthèse est primordiale.

2.3.4 Lien ville-hôpital

Lors d'une présentation à l'HAS le 12 juin 2013 à LYON, le Docteur VARROUD-VIAL décrit le parcours de soins comme un enjeu de transformation pour la ville et l'hôpital. Il établit 6 étapes comme étant des étapes clés dans la constitution du parcours de soins des patients (19) :

- prévention primaire ;
- repérage / diagnostic des patients ;
- traitement de fond de la maladie – prévention secondaire ;
- gestion des situations de crise ;
- **transition hôpital – domicile** ;
- soins de supports / palliatifs

On estime que 5 % des admissions à l'hôpital ont pour origine les Effets Indésirables (EI) des médicaments. La transition de l'hôpital à la ville constitue une période particulièrement à risque dans le parcours de soins du patient. En effet, de nombreuses études ont mis en exergue que le retour à domicile du patient après son hospitalisation est une étape critique. La proportion de réhospitalisation évitable est de moins d'un quart du total des réadmissions (20) et plusieurs des solutions pour réduire les réadmissions ont été décrites : la conciliation médicamenteuse, l'élaboration informatisée de résumés de sortie courts et structurés, la planification de la sortie, le suivi partagé entre soignants hospitaliers et de ville (21). Une autre étude démontre que l'amélioration de la communication entre professionnels de santé réduit le taux de réadmissions et la durée moyenne de séjour des patients (22).

Une étude Danoise incluant 1467 patients (âge médian 72 ans) a tenté de mesurer l'impact des différentes interventions du pharmacien hospitalier à la sortie du patient (23). Les patients ont été divisés en trois groupes :

- groupe de contrôle : patients recevant des soins usuels ;
- groupe « intervention intermédiaire » : patients bénéficiant d'une analyse pharmaceutique des prescriptions rapidement après leur admission ;
- groupe « intervention complète » : patients participant en plus à trois entretiens motivationnels avec un pharmacien hospitalier expérimenté, l'un à la sortie de l'hôpital (conciliation de sortie), un autre par téléphone après 1 mois et un troisième après 6 mois.

Les résultats obtenus ont mis en évidence que l'intervention du pharmacien hospitalier auprès des patients peut contribuer à réduire le nombre de réadmissions hospitalières à court terme (1 mois) et à long terme (6 mois). De plus, une réduction des réadmissions liées à une cause iatrogène a été observée pour les deux groupes par rapport au groupe de contrôle.

En psychiatrie, le parcours de soins du patient fait intervenir un grand nombre d'acteurs et de structures extrahospitalières (hôpitaux de jour, centres médico-psychologiques). Ces structures assurent la continuité ambulatoire de la prise en charge psychiatrique des patients après leur hospitalisation, notamment ceux souffrant de psychose chronique (traités par neuroleptiques à action prolongée ou par clozapine). Néanmoins, des difficultés de coordination entre les différents intervenants créent parfois des points de rupture du parcours de soins et constituent des freins à la qualité de la prise en charge. En effet, les rechutes sont fréquentes, notamment en lien avec les risques de rupture médicamenteuse et de complications somatiques. Il apparaît dans les derniers rapports publiés (24–26) que le suivi somatique de ce type de patient "ne présente pas les garanties de qualité que le suivi de cette population impose", alors même que "les médecins généralistes peuvent assurer leur rôle, pour autant qu'un support par les services

spécialisés leur est offert". Il est donc essentiel de renforcer en partenariat avec les MT libéraux le lien ville-hôpital et de développer une collaboration coordonnée et continue.

Pour ce faire, la SFPC a constitué un groupe de travail sur le lien ville-hôpital et a défini trois objectifs (27) :

- optimiser la continuité des soins, l'accompagnement du patient dans le cadre de la sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient ville/hôpital et hôpital/ville ;
- favoriser le travail commun entre les hospitaliers et les officinaux sur le développement professionnel continu ;
- aider au déploiement du Dossier Pharmaceutique (DP).

2.3.5 Messagerie sécurisée

La messagerie sécurisée est un outil électronique de communication et d'échange de données confidentielles réservé aux professionnels de santé. L'utilisation simple et accessible via des ordinateurs personnels ou smartphones facilite les échanges entre professionnels de santé. Il y a plusieurs avantages à utiliser ce système de communication dématérialisé :

- fiabilité de l'archivage : évite l'erreur humaine de recopiage lors de l'archivage ;
- rapidité de l'archivage : les manipulations pour le rangement et le classement du papier disparaissent. Lors de la réception des données médicales, les formats électroniques permettent l'automatisation de l'archivage. Ainsi l'indexation de ces informations dans le dossier patient est instantanée et permet de les retrouver très rapidement ;
- rapidité de l'échange : l'envoi des informations par messagerie sécurisée aboutit à une réception presque instantanée des données. Cela facilite le respect des délais de correspondance légaux de 8 jours (28) ;
- amélioration du suivi : la rédaction des courriers de sortie peut être semi-automatisée : le courrier peut prendre la forme d'un formulaire constitué d'éléments préremplis dans le dossier médical du patient. Ce système peut pallier la mauvaise qualité voire l'absence de Compte Rendu d'Hospitalisation (CRH) envoyé au MT (manque du temps du praticien, oubli de l'information MT, antécédents, traitements...). Au niveau pharmaceutique cela contribue à l'amélioration de la continuité de la prise en charge médicamenteuse par l'envoi d'une lettre de CTM de sortie au MT pour le suivi des traitements hospitaliers.

Les messageries sécurisées sont des services de télémédecine qui sont légiférés par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) de 2009 (29,30). Leur utilisation simple facilite la

communication interprofessionnelle et permet une meilleure coordination pour la prise en charge du patient. À la différence d'une messagerie habituelle, l'envoi d'emails se fait de manière cryptée. Ce sont ces techniques de cryptage qui permettent de respecter le secret professionnel des informations médicales échangées par email sécurisé.

En Normandie, deux grands services de messageries sécurisées sont actuellement sur le marché :

- Apicrypt® est un service de messagerie payant développé par l'Association pour la Promotion de l'Informatique et de la Communication en Médecine depuis 1996. Actuellement, ce service compte près de 70000 utilisateurs (31). Ce service est accessible par internet ou par une application mobile.
- MSSanté® est un système de messageries sécurisées réservé aux professionnels des secteurs de la santé, sanitaire, social et médico-social habilités par une loi à collecter et à échanger des données de santé à caractère personnel » (32). Ce service de messagerie gratuit est proposé par l'Agence des Systèmes d'Information Partagées de santé (ASIP). Les comptes de messagerie sont créés avec la Carte Professionnelle de Santé. L'accès au compte se fait soit sur internet en entrant son identifiant et mot de passe ou alors sur smartphone via l'application mobile de MSSanté®. Les messageries MSSanté® s'appuient sur un annuaire commun et certifié de l'ensemble des professionnels de santé qui permet à tout utilisateur de retrouver facilement un correspondant.

Actuellement, certains éditeurs de logiciels dédiés aux professionnels de santé proposent un système de messagerie compatible MSSanté® directement intégrée au logiciel métier. Dans le cas contraire, des demandes d'évolution du logiciel doivent être effectuées auprès de l'éditeur pour acquérir cette fonctionnalité. Toute messagerie professionnelle de santé existante peut devenir compatible MSSanté®. C'est le cas du service Apicrypt® qui, en 2018 dans sa version 2 (33), intègre l'espace de confiance MSSanté® permettant une interopérabilité avec les messageries intégrées dans cet espace. Ainsi les utilisateurs d'Apicrypt® pourront échanger avec ceux de MSSanté®. Cet espace de confiance, élaboré en conformité à l'article L.1110-4 du CSP (34), permet une interopérabilité inédite entre les messageries des professionnels de santé, et constitue un levier important pour améliorer la coordination des soins entre les diverses professions de santé.

Cependant, d'autres moyens de communication sont utilisés. Le fax (ou télécopieur) est un moyen de communication coûteux ne répondant pas aux contraintes de confidentialité. Au regard de la loi, ce moyen de communication n'a pas de valeur juridique (35) contrairement aux messageries sécurisées, de par la signature électronique qui est la clé de voûte juridique et

technique de la confiance des professionnels dans les échanges dématérialisés (36). Pour répondre aux contraintes de confidentialité, en cas de dysfonctionnement de la messagerie sécurisée, il reste l'utilisation du courrier postal. Cependant le délai de réception de l'information médicale est parfois très important rendant inexploitable les courriers de sortie d'hospitalisation.

3 Le pharmacien clinicien hospitalier

Le pharmacien clinicien hospitalier est défini comme étant la personne « chargée de la mise en place de la sécurisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux associés et de la stratégie thérapeutique efficiente et sûre définie par le médecin pour un patient donné » (37). Sa présence dans un service de soins est nécessaire pour qu'il puisse exercer pleinement ses fonctions. Son activité est complémentaire et toujours dans le but d'améliorer la qualité d'utilisation du médicament et d'apporter des compétences spécifiques à celles des autres intervenants. Le patient est au centre de sa réflexion, ainsi il doit intégrer les propriétés pharmacologiques des médicaments et faire le lien avec la physiopathologie du patient. Le médecin pose un diagnostic et met en place une stratégie médicamenteuse, l'infirmier pratique les soins au malade et le pharmacien clinicien hospitalier s'intéresse à l'optimisation de la thérapeutique médicamenteuse et à la prévention des EI (38). Il contribue ainsi à renforcer la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient (39). Avec l'ordonnance 5126-1 publiée au journal officiel le 15 décembre 2016 (40), la pharmacie clinique est reconnue et devient une mission des pharmaciens des Pharmacies à Usage Intérieur (PUI) qui sont tenus « de mener toute action de pharmacie clinique, à savoir de contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé mentionnés, et de concourir à la qualité des soins, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins, et en y associant le patient ».

3.1 Rôles du pharmacien clinicien hospitalier

De nos jours, le pharmacien clinicien hospitalier exerce ses activités aussi bien au sein de la PUI que dans les services de soins. Il peut être amené à participer aux visites, aux staffs des services et à s'entretenir avec les patients. Sa présence et sa disponibilité dans les services de soins crée un lien privilégié entre la PUI et les équipes soignantes (41). Ses principales activités sont (42,43) :

- de s'assurer que la prescription est en adéquation avec les référentiels scientifiques établis (Autorisation de Mise sur le Marché, conférence de consensus, recommandation d'instances internationales et nationales comme l'HAS...);
- d'aider dans le choix de la stratégie thérapeutique ;

- de valider cette stratégie thérapeutique ;
- de surveiller les EI des médicaments et d'assurer leur notification au Centre Régional de Pharmacovigilance ;
- de participer à l'élaboration de la qualité rédactionnelle des protocoles thérapeutiques médicamenteux ;
- de diffuser l'information sur les nouveautés thérapeutiques, les conférences de consensus, les protocoles thérapeutiques, le coût de certains médicaments... ;
- d'aider au choix des médicaments en tenant compte des rapports bénéfices/risques et coût/efficacité ;
- de proposer des plans de prises ou plans d'administration des médicaments prescrits ;
- de réaliser la conciliation médicamenteuse à l'admission du patient ;
- d'alimenter un suivi pharmaceutique pendant toute la durée d'hospitalisation du patient ;
- de conseiller, d'informer et d'éduquer le patient à sa sortie ;
- **de rédiger une lettre de CTM de sortie, sur laquelle figure à la fois des observations pharmaceutiques, un bilan des surveillances à poursuivre et une comparaison du traitement d'entrée et de sortie du patient en expliquant les motifs de d'ajout/de changement/d'arrêt des médicaments.**

3.2 Qualités requises du pharmacien clinicien hospitalier

La pharmacie clinique requiert du pharmacien clinicien hospitalier de solides connaissances en pharmacologie, biopharmacie, physiopathologie et de la terminologie médicale accompagnées d'excellentes capacités de communication. Elle exige du pharmacien qu'il soit capable de superviser les médicaments, de fournir des informations sur ceux-ci, de planifier les traitements thérapeutiques et d'évaluer et interpréter les résultats d'examens paracliniques (44,45).

L'équipe soignante se compose de tous les professionnels de santé ayant la responsabilité des soins du patient. Le pharmacien clinicien hospitalier a un rôle important à jouer au sein de cette équipe. Pour être reconnu en tant que membre à part entière, il doit adopter les attitudes fondamentales exigées des professionnels de santé travaillant dans ce secteur : transparence, responsabilité, accessibilité, engagement de confidentialité et orientation des patients. Le pharmacien doit être compétent, visionnaire et volontariste pour s'intégrer pleinement au sein de l'équipe soignante (46). Le concept du « pharmacien sept étoiles » a été introduit par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et adopté par dans la déclaration de principe sur la Bonne pratique de l'enseignement de la pharmacie. Le pharmacien doit ainsi répondre aux fonctions suivantes (45) :

- dispensateur de soins ;
- décideur ;
- communicant ;
- gestionnaire ;
- apprenant tout au long de sa carrière professionnelle ;
- enseignant ;
- leader ;
- chercheur.

3.3 Formation des « pharmaciens cliniciens hospitaliers » en France

À la suite du décret du 12 septembre 1985 a été créé la 5^{ème} Année Hospitalo-Universitaire. Depuis cette date, tous les étudiants en pharmacie, pour compléter leur formation en pharmacie clinique, effectuent un stage hospitalier d'un an, à mi-temps, dans un service clinique hospitalier, sous la responsabilité d'un pharmacien hospitalier (47).

Les étudiants en pharmacie de cinquième année (ayant le grade d'externe) peuvent passer le concours d'internat qui les orientera soit vers l'exercice de la biologie médicale, soit vers l'exercice de la pharmacie essentiellement hospitalière. Le concours obtenu, l'externe devenu interne effectue sa formation pendant quatre années. L'interne, selon son rang de classement, choisit l'orientation biologie médicale ou pharmacie hospitalière ; il passe huit semestres dans des services pharmaceutiques, biologiques ou cliniques. La formation dispensée grâce l'internat en pharmacie hospitalière permet de parfaire ses connaissances et son apprentissage en matière de pharmacie clinique. En plus de leur internat, les internes peuvent suivre des formations supplémentaires de pharmacie clinique en validant un diplôme universitaire proposés par plusieurs facultés en France.

En 2009 le constat de Calop J. et al. (47) est le suivant : malgré cette organisation la pharmacie clinique balbutie encore en France et ce pour différentes raisons. En effet trop peu de données décrivant les pratiques des autres pharmaciens hospitaliers sont disponibles, les moyens pour amorcer cette pratique sont limités (un pharmacien pour 150 à 200 lits en moyenne). De plus cette activité qui demande un degré d'expertise certain est très souvent portée par des internes peu encadrés (pharmaciens non diplômés en spécialisation) (48). Pour tenter de remédier à ce problème et pour donner un nouvel élan au domaine de la pharmacie clinique, la SFPC initie et développe des travaux scientifiques de pharmacie clinique menés par des groupes de travail pluridisciplinaires. La diffusion des résultats est ensuite assurée auprès des membres de la SFPC, des pharmaciens hospitaliers et officinaux par différents canaux : ouvrages, revues scientifiques et site internet. Il existe également l'Association Nationale des Enseignants de Pharmacie Clinique qui a pour missions d'étudier et développer tous les moyens permettant

d'appliquer les principes fondamentaux de la pharmacie clinique y compris la communication ; promouvoir et participer à des études de recherche sur la pharmacie clinique ; aider à la formation professionnelle et à la formation post-universitaire.

Depuis quelques années la formation dans le domaine de la pharmacie clinique n'est plus seulement réservée aux pharmaciens hospitaliers, celle-ci est maintenant intégrée à la formation initiale des pharmaciens. En effet, au cours du second cycle des études de pharmacie, lors de la 4^{ème} année, un enseignement de pharmacie clinique est dispensé aux étudiants dans le cadre de leur formation commune de base. Lors de celui-ci les thèmes portants sur la CTM, l'analyse pharmaceutique des prescriptions et l'optimisation thérapeutique du traitement médicamenteux sont abordés.

3.4 Concept des soins pharmaceutiques

3.4.1 Définition

L'ordre des pharmaciens du Québec définit les soins pharmaceutiques comme « l'ensemble des actes et services que le pharmacien doit procurer à un patient, afin d'améliorer sa qualité de vie par l'atteinte d'objectifs pharmacothérapeutiques de nature préventive, curative ou palliative » (49). Dans les années 1990, le concept des soins pharmaceutiques (ou « pharmaceutical care ») se développe. Helper et Strand le définissent comme « l'engagement du pharmacien à assumer envers son patient la responsabilité de l'atteinte clinique des objectifs préventifs, curatifs ou palliatifs de la pharmacothérapie ». Au-delà de la prise en compte des médicaments et de la pathologie, cette démarche vise à assurer que « tous les soins de santé qui peuvent avoir un impact sur la thérapeutique sont apportés d'une façon optimale » (50,51).

Certains éléments permettent de distinguer la prestation des soins pharmaceutiques de la pratique de pharmacie clinique (52) :

- on attribue au patient un rôle plus important en le reconnaissant comme partie prenante dans la sélection et le suivi de sa pharmacothérapie ; ainsi une relation de confiance et de collaboration s'installe entre le patient et le pharmacien ;
- le pharmacien effectue un suivi du patient afin de s'assurer que les résultats pharmacothérapeutiques désirés sont atteints ;
- le rôle du pharmacien complète celui des autres professionnels de santé ; il adapte une approche interdisciplinaire ;
- les résultats de l'analyse du pharmacien sont clairement consignés au dossier patient (intervention pharmaceutique (IP), aide à la décision thérapeutique, note au dossier, monitoring, etc.) ;

- le pharmacien s'intéresse au patient dans sa globalité, c'est-à-dire qu'il n'effectue pas uniquement une évaluation de son dossier, ou l'analyse de la pharmacocinétique d'un médicament mais une évaluation globale des problèmes du patient et de l'ensemble de sa pharmacothérapie.

La finalité des soins pharmaceutiques est de construire un processus cognitif complet et systématique de suivi du patient, basé sur l'évaluation du patient, la définition du plan d'action et l'évaluation des résultats (52). Dans ce contexte, le pharmacien évalue les besoins du patient en médicaments, détermine l'existence de problèmes éventuels de pharmacothérapie et le cas échéant, travaille avec le patient et d'autres professionnels de santé à la conception, à la mise en œuvre et au suivi d'un plan de soins. L'objectif de ce plan de soins est de résoudre les problèmes liés aux traitements médicamenteux et d'empêcher que les problèmes potentiels ne deviennent réalité. Selon Strand et al., un problème lié au médicament est « une réaction indésirable ou un effet chez le patient qui sont liés au médicament ou vraisemblablement à une pharmacothérapie, et qui compromettent effectivement ou potentiellement un résultat thérapeutique chez le patient » (53).

3.4.2 Processus des soins pharmaceutiques

Les pharmaciens doivent partir du principe que tous les patients ont besoin de soins pharmaceutiques jusqu'à ce que leurs évaluations permettent d'exclure tout problème de pharmacothérapie. Cependant, de par les ressources limitées, cette étape n'est pas toujours réalisable et il faudra adopter une approche « standardisée » permettant de faciliter le ciblage des soins (46).

Ce processus peut être divisé en plusieurs étapes successives (50,52) :

1. établir une relation de confiance avec le patient : durant cette étape le pharmacien aborde le patient avec respect et courtoisie et lui explique son rôle au sein du service. Cette première rencontre avec le patient doit lui permettre de reconnaître le pharmacien comme un partenaire essentiel dans la gestion de sa santé ;
2. obtention de l'information nécessaire à l'évaluation de la thérapeutique du patient. L'objectif est d'obtenir une information la plus complète possible concernant les médicaments consommés par le patient : ceux prescrits, ceux pris à la demande, le traitement quotidien, le traitement antérieur et les pratiques d'automédication. Il faut aussi recueillir d'autres renseignements pertinents comme l'âge, le poids, les antécédents médicaux et familiaux, les allergies... et en faire la synthèse. Cette synthèse constitue le Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO). L'accès au dossier du patient est

indispensable. On y trouve toutes les données nécessaires pour identifier les problèmes liés à la maladie, au traitement médicamenteux et au mode de vie ;

3. évaluer l'information en tenant compte de la physiopathologie du patient. Le pharmacien peut ensuite évaluer les problèmes réels ou potentiels liés au traitement médicamenteux (posologie, EI, interaction médicamenteuse...) et au profil comportemental du patient (état cognitif, niveau d'observance) ;
4. élaborer un plan de soins pharmaceutiques avec le patient :
 - identifier, en collaboration avec le patient et les membres de l'équipe soignante, les objectifs thérapeutiques souhaités et les actions proposées. Ces objectifs sont exprimés sous formes de résultats mesurables à atteindre à l'issue d'une période donnée ;
 - mettre au point une stratégie de suivi ;
 - documenter le plan de soins.
5. appliquer le plan de soins pharmaceutiques en collaboration avec le patient et l'équipe soignante. Ce document précise, pour chacun des médicaments, le nom, l'indication, le mode de prise, le moment optimal d'administration, le début d'apparition de l'effet favorable du médicament, les EI contrôlables, minimales ou nécessitant une consultation médicale, les signes d'allergies, et si besoin le mode et la durée de conservation, la possibilité d'interactions médicamenteuses, la durée de traitement, les mesures à prendre si une dose est oubliée et autres précautions. Il peut être transmis aux professionnels de santé de ville pour préparer au mieux le relais de la prise en charge à la sortie de l'hôpital ;
6. réévaluer le plan de soins pharmaceutique : ce n'est pas un document statique. Il doit être réévalué tout au long de l'hospitalisation, selon les résultats obtenus. Le pharmacien documente les interventions réalisées, les progrès, les difficultés, les événements nouveaux et transmet les modifications apportées aux autres membres de l'équipe de soins.
7. rédaction d'un document de synthèse pour la sortie de l'hôpital.

Le pharmacien, par ses connaissances et compétences sur le médicament, sa position stratégique entre le patient et le médicament, et la fréquence des rencontres avec son patient, est le professionnel le mieux placé pour résoudre ces problèmes (52). Cependant, pour l'intérêt du patient et sa bonne mise en œuvre, le concept de soins pharmaceutiques doit s'appuyer sur une formation en pharmacie clinique performante.

En France, la SFPC a défini, en 2017, un nouveau modèle de pharmacie clinique, au sein duquel le patient occupe une place centrale. La pharmacie clinique, telle que le propose la SFPC est «

une discipline de santé centrée sur le patient dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique, à chaque étape du parcours de soins. Pour cela, les actes de pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé. Le pharmacien exerce en collaboration avec les autres professionnels impliqués, le patient et ses aidants » (54). Dans ce nouveau modèle une étape intitulée « Plan Pharmaceutique Personnalisé (PPP) » se rapproche de la notion de soins pharmaceutique.

4 Le suivi pharmaceutique du patient hospitalisé

4.1 Les processus de pharmacie clinique selon la SFPC : nouveau modèle de pharmacie clinique 2017

Organisées par la SFPC en 2017, deux journées scientifiques rassemblant plusieurs pharmaciens hospitaliers réunis en ateliers de travail ont permis d'élaborer ce nouveau modèle. La première journée était un séminaire de travail dans le contexte du nouveau modèle de pharmacie clinique et la deuxième journée portait sur la valorisation des retours d'expérience sur ce modèle. Il est divisé en trois étapes successives et d'implication croissante (55) :

1. Dispensation des produits de santé

C'est l'activité de base de pharmacie clinique. Elle vise à effectuer une analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale, délivrer les médicaments et préparer d'éventuelles doses à administrer, mettre à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage des produits de santé.

2. Bilan partagé de médication ou revue clinique de médication

L'accès à une information plus complète concernant le patient et son traitement permet de développer un bilan partagé de médication, à savoir une synthèse intégrant l'anamnèse clinique et pharmaceutique du patient, concernant les choix thérapeutiques, les points critiques médicamenteux et physiopathologique (interactions, contre-indications, posologies), les points d'optimisation (mise en place, suivi des traitements, gestion de l'iatrogénie médicamenteuse, accompagnement de l'adhésion thérapeutique du patient). Ce bilan permet de cibler les patients et/ou situations nécessitant un suivi pharmaceutique particulier que l'on peut qualifier de personnalisé.

3. Plan Pharmaceutique Personnalisé (PPP)

Le PPP consiste en une synthèse écrite et une élaboration de propositions ciblées à l'équipe de soins ou au patient (ou son entourage) sur un ou plusieurs éléments identifiés, suite au bilan partagé de médication, ou suite à la sollicitation directe de

l'équipe de soins. Le PPP fait aussi intervenir la notion d'entretien pharmaceutique avec le patient (pharmacothérapie, adhésion thérapeutique, éducation thérapeutique...).

La Figure 1 présente l'ensemble des processus de pharmacie clinique définis par la SFPC.



Figure 1: Les processus de Pharmacie Clinique 2017 selon la SFPC

Avant que la SFPC ne propose ce nouveau modèle de pharmacie clinique, l'EPSM Caen réalisait déjà certaines activités de pharmacie clinique comme la conciliation médicamenteuse d'entrée, l'analyse pharmaceutique des prescriptions, rédaction d'IP auprès des médecins... Ces activités assuraient déjà un « suivi pharmaceutique » du patient. Ce suivi pharmaceutique inclus les différentes activités de pharmacie clinique en lien avec la prise en charge médicamenteuse du patient et se compose de plusieurs paramètres qui sont analysés pendant toute la durée de l'hospitalisation. A l'EPSM Caen le suivi pharmaceutique est intégré au Dossier Patient Informatisé (DPI). La mise en place de l'activité de CTM de sortie est donc en le lien direct avec ce nouveau modèle de pharmacie clinique et contribuera à renforcer le suivi pharmaceutique du patient. Le contenu de ce suivi pharmaceutique sera présenté dans la partie 6.4.

4.2 Activités de pharmacie clinique en lien avec le parcours de soins du patient à l'hôpital

4.2.1 Conciliation des traitements médicamenteux d'entrée

4.2.1.1 Projet « High 5s » de l'HAS

En 2006, l'OMS lance le projet collaboratif international « High 5s Agir pour la sécurité des patients ». Cette initiative coordonnée par le Centre Collaborateur OMS (Joint Commission International) pour la sécurité des patients réunit huit pays : Australie, Allemagne, Canada, Etats-Unis, France, République de Trinité-et-Tobago, Pays-Bas et Singapour. L'objectif du projet « High5s » est de réduire de manière significative, soutenue et mesurable la fréquence de 5 problèmes de sécurité pour le patient, dans les huit pays participants, sur une période de 5 ans afin de prévenir la survenue d'accidents évitables à l'hôpital grâce à la mise en place de 5 pratiques organisationnelles normalisées (traduction de l'anglais « *Standard Operating Protocols (SOPs)* ») (54). La France a rejoint ce projet en 2009 et c'est l'HAS, en collaboration avec la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et les Agences Régionales de Santé (ARS), qui coordonne cette initiative sur notre territoire. Deux SOPs ont été retenus par l'HAS pour la France :

- la sécurité de l'opéré ou la prévention des erreurs de site et de procédure en chirurgie (solution 1) ;
- la sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours des soins encore appelée Med'Rec ou Medication reconciliation (solution 2).

L'organisation régionale de l'EVALuation en santé en LORraine puis l'Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT) Aquitaine ont accompagné successivement les établissements de santé participant à l'expérimentation

Med'Rec. Il a été demandé à ces établissements de mettre en œuvre et d'évaluer le SOP intitulé « *Standard Operating Protocol Medication Reconciliation* » ou SOP Med'Red (56). Le SOP Med'Red introduit un nouveau concept : la CTM, encore appelé bilan de conciliation médicamenteuse.

La mise en place de l'activité de CTM est maintenant une demande des autorités de tutelles ; en témoignent les nombreux appels à projet émanant de la DGOS et des différentes ARS invitant à développer cette activité de pharmacie clinique. Bien que la CTM ne soit pas une exigence de la certification des établissements de santé par l'HAS, sa mise en œuvre est signalée aux experts-visiteurs et aux chefs de projet lors de la certification.

4.2.1.2 Définition

La SFPC et le Collège de l'HAS définissent la conciliation médicamenteuse comme étant « un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes des médicaments du patient entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts » (5).

Une conciliation est dite proactive lorsque celle-ci est réalisée avant la rédaction de la première prescription à l'admission du patient, sinon elle est dite rétroactive. Le processus proactif est à privilégier, mais si le contexte ne le permet pas, le processus rétroactif doit être démarré le plus tôt possible après l'admission du patient.

De nombreuses études ont montré tout l'intérêt de la conciliation d'entrée. En France, les problèmes liés à la thérapeutique médicamenteuse sont à l'origine de 21,7 % des hospitalisations des personnes âgées (57) et sont aussi le premier motif de réhospitalisation (58). En effet, un quart des médicaments pris par le patient à domicile ne sont pas retranscrits lors de son admission à l'hôpital (59). De plus, les données issues de l'expérimentation de l'étude Med'Rec menée entre 2010 et 2014 sont en faveur de cette démarche (56) :

- 21 320 erreurs médicamenteuses interceptées et corrigées chez 22 863 patients de plus de 65 ans hospitalisés après passage aux urgences dans 8 établissements de santé ;
- en moyenne, une erreur médicamenteuse et un changement de traitement non documenté ont été constatés par patient ayant bénéficié de la CTM lors de son admission ;
- 46 188 situations à risque ont été gérées grâce à la CTM chez 27 447 patients conciliés à leur admission dans 9 établissements.

4.2.1.3 Processus de la conciliation médicamenteuse à l'admission

La SFPC, dans un « guide mémo », préconise trois étapes pour la réalisation d'une conciliation à l'admission :

1. la recherche active d'information sur les produits de santé du patient : cela consiste à établir la liste des médicaments pris par le patient qu'ils soient prescrits ou non (y compris l'automédication, les compléments alimentaires, la phytothérapie...). Pour cela plusieurs sources peuvent être utiles et utilisées : le patient par le biais d'un entretien direct, un contact téléphonique avec les professionnels extérieurs (pharmacien d'officine, MT, infirmier libéral...), le dossier médical du patient (présence d'ordonnances, de courriers d'admission...), le DP s'il est disponible, les médicaments personnels apportés par le patient.
2. la réalisation du BMO : cette étape consiste à « formaliser la liste exhaustive et complète des médicaments pris ou à prendre par le patient, en utilisant informations collectées, et à identifier d'éventuelles divergences avec la prescription en cours. La divergence est définie comme un écart, non documenté dans le dossier patient, entre le BMO et l'ordonnance en cours du patient » (6). Au moins trois sources d'informations convergentes doivent être recueillies pour établir le BMO. Selon la littérature, les sources d'informations les plus pertinentes sont : la fiche de liaison d'un autre établissement de santé comme par exemple un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), le DP, l'ordonnance, le pharmacien d'officine et le MT (60,61). Le BMO doit être validé par un pharmacien ou par un interne en pharmacie.
3. Dans un processus rétroactif, la comparaison du BMO à la primo prescription à l'hôpital permet l'actualisation de la prescription médicamenteuse et du dossier patient. Des divergences peuvent alors apparaître. Il peut s'agir d'un ajout, d'une modification ou d'une interruption d'un médicament. Deux types de divergences existent :
 - intentionnelles : elles correspondent à des modifications volontaires du traitement du patient par le prescripteur ;
 - non intentionnelles : elles correspondent à des modifications de traitement involontaires et sont susceptibles de générer un évènement indésirable médicamenteux pour le patient.

En pratique, le pharmacien avertit le médecin prescripteur, par le biais d'une IP, s'il a relevé une divergence jugée non intentionnelle. Alors un échange collaboratif entre médecin prescripteur et pharmacien faisant état du BMO et/ou des divergences rencontrées lors de la CTM permet la rédaction d'une nouvelle ordonnance. Ceci

constitue la conciliation proprement dite. L'IP peut être tracée directement dans le dossier du patient. La CTM d'entrée est archivée dans le dossier patient et sera utilisée lors de la CTM de sortie du patient.

4.2.1.4 A l'EPSM Caen

L'activité de CTM d'entrée a commencé à l'EPSM Caen en janvier 2012. D'abord testée dans une unité pilote en service d'admission, cette activité a été déployée progressivement sur l'ensemble des services d'admission ainsi que dans l'unité de géronto-psychiatrie de l'EPSM. Le dispositif concerne maintenant l'ensemble des patients admis à l'EPSM et prioritairement les patients à risque (patients âgés de plus de 65 ans, première hospitalisation à l'EPSM, patients traités par anticoagulants, insuline, immunomodulateurs, anticancéreux). Actuellement, six externes en pharmacie assurent chaque matin, dans les services d'admission, les CTM à l'admission pour l'ensemble des patients (94,6 % des patients conciliés à l'entrée en 2017) (62). L'organisation de cette activité a été pensée et construite progressivement autour d'un processus pluri professionnel faisant intervenir pharmaciens, internes et externes en pharmacie, médecins somaticiens et psychiatres.

Pour pérenniser cette activité de manière efficiente, l'EPSM Caen attache beaucoup d'importance à son intérêt pédagogique et formateur pour les externes en pharmacie. Tous les quatre mois, les externes en pharmacie changent de lieux de stage. Ainsi, la PUI de l'EPSM Caen a mis au point plusieurs modes opératoires et documents de travail synthétiques et pratiques offrant une base documentaire pour la formation des externes en pharmacie. En 2013, l'opinion des externes sur l'activité de CTM à l'EPSM Caen concernant sa mise en place, son développement et son intérêt a été évaluée. Dix-neuf étudiants ont répondu anonymement au questionnaire (63).

Les résultats de cette étude démontrent l'intérêt de la CTM pour les étudiants puisque 53 % d'entre eux ont jugé « très formateur » le fait de rédiger l'enquête de conciliation et autant estiment que la validation médicale de la fiche CTM est aussi « très formatrice » car cette étape leur permet d'échanger avec le clinicien et d'approfondir leurs connaissances sur les pathologies et les stratégies de prise en charge. De plus, 58 % des étudiants ont estimé « assez formateur » de rédiger la fiche de CTM leur apportant de meilleures connaissances sur les médicaments : posologies, interactions, formes galéniques...

Cependant la formation des étudiants doit être structurée, élaborée avec un système documentaire détaillé (5) et nécessite un encadrement étroit. Ainsi pour asseoir l'intérêt formateur et pédagogique de la CTM, Quentin RODINGER dans le cadre de sa thèse en 2016, a conceptualisé un guide pour faciliter l'entretien de l'étudiant en pharmacie avec le patient (64).

4.2.1.4.1 Guide d'entretien avec le patient

L'étudiant en 5^{ème} Année Hospitalo-Universitaire, par sa présence dans l'unité de soins, est au contact direct du patient et réalise l'une des étapes essentielles à la CTM d'entrée : l'entretien avec le patient. L'étude menée en 2013 par la PUI de l'EPSM montrait que cet entretien était réalisé seulement une fois sur deux (65). Ainsi il s'est avéré nécessaire de créer un guide d'entretien destiné à aider et faciliter le travail des étudiants. Ce guide permet le recueil d'informations essentielles à la construction du BMO (64,66) :

- informations d'ordre physiopathologique : allergies, grossesse, allaitement ;
- liste des professionnels de santé avant l'hospitalisation : MT, médecin spécialiste, psychiatre, hôpital de jour, Centre Médico-Psychologique, pharmacien d'officine ;
- liste des médicaments pris avant l'hospitalisation sans oublier les médicaments pris en automédication ;
- modalités de gestion des médicaments au domicile du patient ;
- connaissances du patient sur ses traitements : effets thérapeutiques recherchés, contre-indications, précautions d'emploi ;
- opinion du patient sur ses traitements dans le but de détecter des problèmes d'observance ;
- besoin d'information du patient sur son traitement ou sa maladie.

Malgré les contraintes imposées par le cadre d'hospitalisation en psychiatrie, dans la mesure du possible, systématiser l'entretien avec le patient est indispensable. Ce guide d'entretien a permis d'harmoniser et de standardiser le déroulement de l'entretien avec le patient pour éviter que celui-ci ne soit « étudiant-dépendant ». En 2017, un entretien pharmaceutique d'entrée avec le patient a été réalisé pour 1576 patients hospitalisés à l'EPSM Caen (62) (73 % de la file active).

4.2.2 Analyse pharmaceutique

4.2.2.1 Règlements

L'article R 4235-48 du CSP (67) et l'arrêté du 06 avril 2011 (68) définissent l'acte de dispensation du médicament par le pharmacien de la manière suivante : « le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :

- l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;
- la préparation éventuelle des doses à administrer ;
- la mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament.

Le pharmacien a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale. Il doit, par des conseils appropriés et dans le

domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient ». Les objectifs de l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance sont multiples (69) :

- identification des problèmes potentiels et existants liés à la thérapeutique ;
- optimisation de l'efficacité et de la sécurité des thérapeutiques ;
- minimisation des coûts et une pharmacoadhérence optimale.

Il existe deux aspects d'analyse pharmaceutique : l'aspect réglementaire et l'aspect pharmaco-thérapeutique.

4.2.2.1.1 L'analyse réglementaire de l'ordonnance

Le pharmacien s'assure de la conformité de la prescription à la réglementation. Pour cela plusieurs informations obligatoires sur le prescripteur, le patient et le traitement médicamenteux doivent figurer sur l'ordonnance. Voici la liste exhaustive des éléments devant être contrôlés par le pharmacien :

- l'identification du patient (nom, prénom, âge ou étiquette) ;
- poids pour les enfants, poids et taille pour les traitements anticancéreux, fonction rénale au-delà de 75 ans ;
- la date (jour, mois, année) et l'heure de la prescription qu'il s'agisse d'une prescription initiale, d'une réactualisation ou d'un arrêt de traitement ;
- le nom en toutes lettres du prescripteur et sa signature ;
- les informations sur le médicament prescrit :
 - le nom en toutes lettres (dénomination commune préconisée)
 - la forme galénique
 - le dosage
 - la posologie (dose par prise et par 24 heures)
 - la voie d'administration
 - le rythme ou les horaires et la durée du traitement si elle est connue
 - le soluté de dilution si nécessaire (modalités de dilution en particulier en pédiatrie).

4.2.2.1.2 L'analyse pharmaco-thérapeutique

L'analyse pharmaco-thérapeutique consiste à vérifier la sécurité, la qualité, l'efficacité et l'efficience de la prescription. Elle pourra permettre la transmission d'un avis pharmaceutique au prescripteur pour optimiser la prise en charge. Cette analyse est réalisée par les pharmaciens et les internes en pharmacie. Trois niveaux d'analyse pharmaceutique ont pu être définis par la SFPC.

4.2.2.2 Niveaux d'analyse pharmaceutique selon la SFPC

La SFPC a défini trois niveaux d'analyse pharmaceutique (69). Nous allons détailler ces trois niveaux pour se rendre compte qu'ils n'ont pas la même « profondeur d'analyse » (70) :

- premier niveau, revue des prescriptions :

c'est le niveau minimal requis par la réglementation (67). Le pharmacien analyse l'ordonnance en tenant compte de plusieurs critères : choix et disponibilité des médicaments prescrits, posologies, éventuelles contre-indications et interactions médicamenteuses. Cette analyse est réalisée avec un minimum d'information sur le patient (âge, poids, sexe). La plus-value escomptée est la sécurité du patient.

- deuxième niveau, revue des thérapeutiques :

ce niveau d'analyse est préconisé par les normes de références HAS via le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES) et la certification des établissements de santé (71). Le pharmacien peut consulter les résultats des analyses biologiques du patient, les dosages des médicaments, le dossier patient etc. Ce niveau permet de réaliser une analyse pharmacologique mieux adaptée à la physiopathologie du patient. Des échanges entre différents professionnels de santé (médecins, pharmaciens, biologistes et autres intervenants) permettent des optimisations thérapeutiques.

- troisième niveau, suivi pharmaceutique :

c'est l'analyse pharmaceutique dite « au lit du patient » elle ne peut donc se faire que dans l'unité de soins et s'exerce dans un contexte pluridisciplinaire. Ce troisième niveau d'analyse pharmaceutique intègre les notions de monitoring thérapeutique, d'observance, de conciliation médicamenteuse, de conseil et d'éducation thérapeutique. En pratique, l'utilisation du suivi pharmaceutique pour l'analyse des prescriptions est efficace quand le pharmacien participe aux visites dans l'unité de soins. Une synthèse des données objectives et subjectives concernant les pathologies et les médicaments du patient permet de réaliser une analyse pharmacologique vraiment centrée sur le patient et ses besoins. Ainsi une optimisation plus pertinente des thérapeutiques peut être proposée par le pharmacien aux membres de l'équipe soignante et au patient.

Les trois niveaux d'analyse pharmaceutique définis par la SFPC sont résumés dans le Tableau 1.

Tableau 1: Niveaux d'analyse pharmaceutique définis par la SFPC

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: fit-content;"> SOCIETE FRANCAISE DE PHARMACIE CLINIQUE - RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE EN PHARMACIE CLINIQUE </div> Niveaux d'analyse pharmaceutique			
Type	Contexte	Contenu	Eléments requis
Analyse niveau 1: Revue de prescription	Patient connu, sans point d'intérêt clinique nouveau	Choix et disponibilité des produits de santé, posologies, contre-indications et interactions principales.	Ensemble des prescriptions, renseignements de base sur le patient
Analyse niveau 2: Revue des thérapeutiques	Patient connu, situation en évolution	Choix et disponibilité des produits de santé, posologies, contre-indications et interactions principales. Adaptations posologiques, liens avec résultats biologiques, événements traceurs.	Ensemble des prescriptions, renseignements patient, données biologiques.
Analyse niveau 3: Suivi pharmaceutique	Nouvelle admission d'un patient, évolution en cours et issues non établies	Choix et disponibilité des produits de santé, posologies, contre-indications et interactions principales. Adaptations posologiques, liens avec résultats biologiques, événements traceurs. Respect des objectifs thérapeutiques, monitoring thérapeutique, observance. Liens avec conciliation, conseil et éducation thérapeutique.	Ensemble des prescriptions, renseignements et dossier patient, données biologiques, historique médicamenteux, objectifs thérapeutiques.

Les niveaux 1 et 2 peuvent être utilisés pour les patients déjà connus ne justifiant plus d'un suivi complet. Cependant, la SFPC recommande pour tous les patients une analyse pharmaceutique de niveau 3. Ce troisième niveau d'analyse s'apparente au PPP du nouveau modèle de pharmacie clinique 2017 de la SFPC. Celui-ci recentre le patient au cœur du processus de pharmacie clinique jusqu'à présent centré sur l'analyse pharmaceutique *stricto sensu*.

4.2.2.3 Intervention pharmaceutique (IP)

Une IP se définit comme « toute proposition de modification de la thérapeutique médicamenteuse initiée par le pharmacien » (10). En 2004, la SFPC a créé un outil Act-IP[©] (maintenant informatisé depuis 2006) de documentation et d'analyse des IP. Cet outil permet de recueillir et de quantifier les IP réalisées pendant l'analyse pharmaceutique des prescriptions. La cotation des IP via une grille (11) permet une standardisation des pratiques et une quantification de l'activité principale de pharmacie clinique. Cet outil favorise aussi la mise en commun des données pour la recherche épidémiologique et constitue une aide à l'enseignement de la pharmacie clinique.

La première étape de cotation d'une IP consiste à catégoriser, à l'aide du tableau présenté en Annexe 1, le problème lié à la thérapeutique médicamenteuse. La seconde étape est la cotation de l'IP proposée au prescripteur. Le tableau en Annexe 2 catégorise les différents types d'IP. La dernière étape est celle du devenir de l'IP ; à savoir si celle-ci a été acceptée ou non par le

prescripteur. La cotation de l'IP est actée à la suite de ces trois étapes. L'obtention d'un « code » permet d'établir un classement standardisé des IP.

La SFPC a développé en 2016 un nouvel outil intégré à Act-IP[®] : l'échelle CLEO (12). C'est un outil multidimensionnel permettant de coter l'impact des IP selon 3 niveaux : clinique, économique et organisationnel (13). Cette échelle est présentée en Annexe 3.

4.2.2.4 Monitoring des médicaments psychotropes

A l'EPSM Caen les médicaments les plus prescrits sont les psychotropes. Le pharmacien ou l'interne en pharmacie lors de son analyse pharmaceutique des prescriptions est garant du bon usage de ces médicaments et se doit d'être vigilant quant à leur utilisation. En effet, les patients atteints de pathologies psychiatriques et traités par des médicaments psychotropes ont un risque accru de morbidité et de mortalité par rapport à la population générale. Leur espérance de vie est en moyenne diminuée de 15 à 30 ans. Il est décrit qu'un traitement au long cours par antipsychotiques est associé à un risque de survenue d'EI principalement d'ordres métaboliques et cardiaques (72), ainsi les pathologies cardiovasculaires sont les affections somatiques les plus couramment retrouvées chez ces patients

4.2.2.4.1 Définition d'un médicament psychotrope

Un psychotrope est un médicament qui modifie le psychisme, il agit sur l'état du système nerveux central avec des modifications de la perception, des sensations, de l'humeur et de la conscience (73). Jean Delay, en 1957, a proposé la définition suivante : « un psychotrope est une substance chimique d'origine naturelle ou artificielle, qui a un tropisme psychologique, c'est-à-dire qui est susceptible de modifier l'activité mentale, sans préjuger du type de modification » (74). Une classification des psychotropes a été proposée par Delay et Deniker en 1957 :

- **psycholeptiques** : diminuent l'activité psychique. On y retrouve les neuroleptiques utilisés dans le traitement des psychoses, les anxiolytiques qui réduisent l'anxiété et les hypnotiques qui induisent le sommeil.
- **psychoanaleptiques** : augmentent l'activité mentale. On distingue dans ce groupe deux catégories : les noo-analeptiques (amphétamine) et les thymoanaleptiques ou antidépresseurs.
- **psychodysleptiques** : perturbent l'activité mentale. On y retrouve les substances hallucinogènes (LSD) et toxicomanogènes (opiacés).
- **thymorégulateurs** ou **normothymiques** : ils normalisent le tonus psychique (lithium).

Pour la suite de ce travail, nous avons choisi d'aborder préférentiellement les neuroleptiques. En effet, cette classe médicamenteuse est la principale prescrite à l'EPSM Caen et est responsable de nombreux EI : métaboliques, cardiaques, neurologiques et endocriniens (75). Cette classe pharmacologique nécessite donc la mise en place de nombreuses surveillances.

Les neuroleptiques sont des antagonistes des récepteurs dopaminergiques D2 et sont utilisés dans la prise en charge des patients atteints de psychose. Les neuroleptiques sont classés selon différents critères : leur structure chimique, leurs propriétés antipsychotiques (action sur les délires et les hallucinations), leur durée d'action, leur présentation. Les effets thérapeutiques et les EI peuvent varier, d'une molécule à l'autre, et sont également variables suivant la sensibilité de réponse des patients. Le terme « antipsychotique », d'origine anglo-saxonne, est utilisé pour désigner la nouvelle génération de médicaments neuroleptiques, qu'on appelle aussi parfois neuroleptiques de seconde génération, ou antipsychotiques atypiques de deuxième génération (76).

Plusieurs mécanismes liés aux antipsychotiques sont susceptibles d'augmenter la mortalité tels que l'allongement de l'espace QT qui est à l'origine d'une arythmie ventriculaire avec torsades de pointes (Tdp), ainsi que la prévalence élevée du syndrome métabolique expliquée en partie par la prise de poids avec certaines molécules. Les patients sous monothérapie antipsychotique sont exposés à un risque de mort subite d'origine cardiaque dose-dépendant et il n'existe aucune différence significative entre les antipsychotiques 1^{ère} génération (classiques) et les antipsychotiques de 2^{ème} génération (atypiques). Il est recommandé de donner la dose minimale efficace d'antipsychotiques classiques ou d'antipsychotiques de 2^{ème} génération. La polythérapie semblant être associée à un risque accru de mortalité, il est recommandé que les patients soient dans la mesure du possible traités par monothérapie (24).

L'une des missions du pharmacien clinicien hospitalier est la surveillance et la gestion des EI des médicaments. Ainsi pour prévenir au maximum les EI de ces médicaments il existe des protocoles de prévention et de surveillance des EI utilisés par le pharmacien pendant l'analyse pharmaceutique et par les équipes soignantes.

4.2.2.4.2 Surveillance des EI métaboliques

Un traitement par neuroleptiques peut provoquer chez certains patients une augmentation de l'appétit, une prise de poids, une augmentation du périmètre abdominal, une soif intense et des troubles du métabolisme glucidique et lipidique. Ces paramètres doivent être surveillés dès le début du traitement. Pour les patients concernés une consultation chez un diététicien ou un endocrinologue peut s'avérer nécessaire (76). Ces effets sont plus fréquemment rencontrés avec les neuroleptiques atypiques, en particulier la clozapine, l'olanzapine, la quétiapine, la

rispéridone, la palipéridone et l'amisulpride, mais ils ne sont pas systématiques pour tous les patients.

On définit un syndrome métabolique quand au moins 3 des paramètres suivants sont anormaux (77) :

- tour de taille ou périmètre ombilical important : supérieur ou égal à 94 cm pour un homme et 80 cm pour une femme ;
- triglycérides élevés : triglycérides > 150 mg/dl ou un traitement spécifique en cours ;
- HDL-cholestérol bas : HDL < 40 mg/dl chez les hommes et HDL < 50 mg/dl chez les femmes ou un traitement spécifique en cours ;
- pression artérielle augmentée : pression artérielle \geq à 130 mmHg pour la systolique et pression artérielle \geq à 85 mmHg pour la diastolique ou un traitement spécifique en cours ;
- glycémie augmentée : hyperglycémie > 100 mg/dl ou un traitement spécifique en cours d'un diabète type 2.

La mesure du poids, de la taille et de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) sont aussi des paramètres à surveiller mais dans certains cas, l'IMC peut être normal et le périmètre abdominal augmenté induisant un risque métabolique et cardio-vasculaire.

Chacune de ces anomalies, prise individuellement, est peu inquiétante mais lors de leur association, il a été démontré que le patient présente alors un risque de mortalité cardio-vasculaire très augmenté. Ainsi, repérer les paramètres anormaux est essentiel pour les traiter au plus vite et ainsi retarder le risque cardiovasculaire. La surveillance des paramètres cités précédemment est donc primordiale. Le Tableau 2 représente le rythme des surveillances à effectuer pour prévenir l'apparition d'un syndrome métabolique (78) :

Tableau 2: Rythme des surveillances à effectuer pour prévenir l'apparition d'un syndrome métabolique

	T0	M1	M3	Trimestriellement	Annuellement	Tous les 5 ans
Poids et IMC	X	X	X	X		
Périmètre ombilical	X					
Glycémie à jeun	X		X		X	
Bilan lipidique	X		X			X
Pression artérielle	X		X		X	

T0 : avant le traitement / M1 : 1 mois après le début du traitement / M3 : 3 mois après le début du traitement

En pratique, il est nécessaire de repérer les différents groupes de patients à risque (24) :

- le groupe à haut risque (clozapine, olanzapine)
- le groupe à moyen risque (rispéridone, quétiapine, amisulpride, halopéridol, cyamémazine)
- le groupe à faible risque (aripiprazole)

4.2.2.4.3 Surveillance des EI cardiaques

Les neuroleptiques sont des médicaments dits « torsadogènes », c'est-à-dire qu'ils augmentent le risque d'apparition de torsades de Tdp. La Tdp désigne une tachycardie ventriculaire, généralement associée à un allongement de l'intervalle QT à l'électrocardiogramme (ECG) qui peut être congénital ou acquis, et dont l'issue peut être fatale. Les FDR d'allongement de l'intervalle QT et de Tdp sont nombreux (âge > 65 ans, sexe féminin, hypokaliémie et hypomagnésémie et des cardiopathies : insuffisance cardiaque, ischémie, hypertrophie du myocarde, bradycardie, bloc auriculo-ventriculaire de deuxième et troisième degré etc.). Certains médicaments sont une cause fréquente d'allongement acquis de l'intervalle QT. Une liste des médicaments donnant des Tdp et des interactions médicamenteuses des substances susceptibles de donner des Tdp est disponibles sur le site de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) (79). Il existe également un syndrome du QT long congénital dont la prévalence est estimée à 1 sur 2000 à 2500 enfants nés vivants (80). L'intervalle QT est la représentation électrocardiographique de la dépolarisation ventriculaire et de la repolarisation qui suit. La durée de repolarisation dépend de la fréquence cardiaque, ainsi l'intervalle QT doit être corrigé en fonction de la fréquence cardiaque ($QT \text{ corrigé} = QTc$). La valeur normale est la suivante : chez les femmes $QTc < 450 \text{ ms}$, chez les hommes $QTc < 440 \text{ ms}$. Le risque d'apparition de Tdp est significatif lorsque l'intervalle $QTc > 500 \text{ ms}$. Cependant il n'existe pas de valeur-seuil de l'intervalle QTc en dessous de laquelle le risque serait absent. L'association de plusieurs médicaments torsadogènes est déconseillée et nécessite donc un suivi strict de l'ECG et de la kaliémie. Un protocole de surveillance cardiologique a été créé et est utilisé à l'EPSM Caen. Ce protocole, présenté en Figure 2, propose une marche en suivre en fonction des FDR repérés lors de l'analyse pharmaceutique. Ces FDR peuvent être liés soit au patient soit au traitement.



SURVEILLANCE CARDIOLOGIQUE DES PATIENTS SOUS NEUROLEPTIQUES

ALLONGEMENT DE L'ESPACE QT
avec induction de torsade de pointe (TdP)

→ Csq : risque de mort subite

Formule pour le calcul du QT corrigé :

$$QT_{(ms)}^C = \frac{QT_{(ms)}}{\sqrt{RR_{(s)}}}$$

Facteurs de risque (FDR)

FDR liés au patient :

- o Femme > 65 ans
- o Bradycardie sévère (< 45/min)
- o QT long congénital : /!\ CI absolue avec les listes 1 et 2
- o Autres FDR cardiovasculaire :
 - prolapsus valve mitrale,
 - arythmie ventriculaire,
 - bloc sino/auriculaire-ventriculaire,
 - insuffisance cardiaque congestive,
 - hypertrophie cardiaque à l'ECG

FDR liés au ttt :

- o Médicament liste 1
- o Médicament liste 2 associés entre eux
- o NL liste 2 associé à un inhibiteur enzymatique
- o NL liste 2 à forte dose (> poso max) ou en injectable

cf. liste au verso

/!\ Toute hypokaliémie doit être normalisée
si $K^+ < 3 \text{ mmol/L}$ alors CI absolue avec les listes 1 et 2

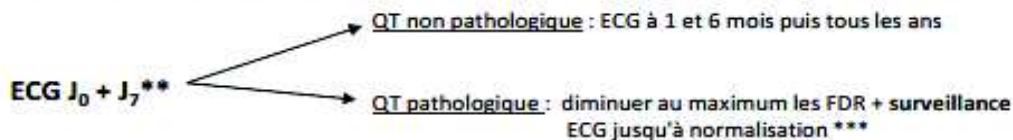
Protocole de surveillance

si 1 FDR lié au patient :

ECG J0* + éviter tout FDR lié au traitement (mais si introduction d'1 FDR lié au traitement ou même simplement d'un médicament de la liste 2, suivre les modalités pour 2 FDR).

* ECG à J0 : il constitue un tracé de référence utile dès qu'une surveillance ultérieure de l'ECG sera nécessaire

si 1 FDR lié au ttt ou FDR multiples :



** ECG J7 : il permet de connaître l'effet du médicament introduit, après atteinte de sa concentration plasmatique d'équilibre

*** fréquence de contrôle à adapter au tableau clinique et aux tracés obtenus

QT pathologique = $QT_c = 440 \text{ ms}$ ou avec + 10% entre 2 ECG

Surveillance cardiologique des patients sous neuroleptiques • 5^e version • Pharmacie EPSM Caen – août 2016

Figure 2: Protocole de surveillance cardiologique des patients sous neuroleptiques à l'EPSM Caen

4.2.2.4.4 Surveillance des EI endocriniens

Comme nous l'avons vu précédemment, les antipsychotiques agissent par blocage des récepteurs D2 de la dopamine. La dopamine exerce un contrôle négatif sur la synthèse et la sécrétion de prolactine en se fixant sur les récepteurs D2 des cellules lactotropes au niveau de l'antéhypophyse. Les antipsychotiques, en inhibant cette fixation, induisent une levée de l'inhibition de la dopamine qui ne peut plus se fixer à ses récepteurs. Le mécanisme de l'hyperprolactinémie sous antipsychotique est alors indirect. L'hyperprolactinémie se définit comme une augmentation de la concentration de prolactine au-delà des valeurs normales qui varient suivant la technique de dosage utilisée (81). Les valeurs seuils maximales s'échelonnent de 15 à 25 g/L chez la femme et de 15 à 20 g/L chez l'homme (81,82). La prolactinémie doit se doser à jeun, si possible en l'absence de situation stressante, le stress et l'alimentation pouvant physiologiquement augmenter sa sécrétion. Le prélèvement doit être rapide et précautionneux (83). Plus les concentrations de prolactine sont élevées, plus les signes cliniques sont fréquents. Les manifestations cliniques sont principalement d'ordre sexuel (troubles du cycle menstruel, galactorrhée et aménorrhée chez la femme, gynécomastie et dysfonction érectile chez l'homme) et à long terme, d'ordre osseux à type d'ostéoporose (84). Néanmoins, dans certains cas, l'hyperprolactinémie reste asymptomatique. L'effet hyperprolactinémiant dépend de la durée du traitement mais également du type de neuroleptique utilisé. Ainsi, si l'hyperprolactinémie s'avère fréquente avec la rispéridone ou l'amisulpride, elle est rare sous clozapine, olanzapine et aripiprazole. Le rôle du pharmacien clinicien est à la fois de prévenir le psychiatre à l'instauration d'un traitement par neuroleptique du potentiel risque d'hyperprolactinémie mais aussi d'alerter et de proposer une conduite à tenir en cas d'apparition de signes cliniques chez un patient.

La prise en charge de l'hyperprolactinémie doit être adaptée à la fois à la concentration de prolactine et au patient lui-même. En cas d'hyperprolactinémie prolongée (≥ 3 mois), les médecins peuvent opter pour une réduction de la dose du/des antipsychotique(s) ou pour un changement vers une molécule moins hyperprolactinémiante comme l'olanzapine, l'aripiprazole voire la clozapine, à la condition que l'état clinique psychiatrique du patient le permette. Le Tableau 3 représente la conduite à tenir en cas d'hyperprolactinémie (83).

Tableau 3: Conduite à tenir en cas d'hyperprolactinémie

20–25 ng/mL ≤ Prolactinémie < 50 ng/mL		50 ng/mL ≤ Prolactinémie < 150 ng/mL	Prolactinémie ≥ 150 ng/mL
< 3 mois	≥ 3 mois	≥ 3 mois	
Surveillance	Proposer: (a) diminution des doses ou (b) switch vers un antipsychotique moins hyperprolactinémiant si compatible avec l'état clinique du patient Traitement contraceptif oral pour les femmes non ménopausées : (en l'absence de contre-indication) Dont l'antipsychotique a été modifié (car retour fertilité) Dont le traitement ne peut pas être modifié: pour diminuer les risques d'ostéoporose (en particulier si aménorrhée)	Switch vers un antipsychotique moins hyperprolactinémiant si compatible avec l'état clinique du patient	Éliminer un diagnostic de prolactinome

4.2.2.4.5 Surveillance des EI digestifs/anticholinergiques

Certains neuroleptiques ont un potentiel anticholinergique marqué pouvant entraîner une hyposialie, mydriase, rétention urinaire et une constipation. La constipation est un EI ayant un impact négatif sur la qualité de vie des patients et sur leur adhésion thérapeutique. C'est un ralentissement de la motilité intestinale qui est à l'origine de cette constipation pouvant se chroniciser et se compliquer d'une pseudo-obstruction colique voir d'une Colique Ischémique (CI). La survenue d'une CI chez un patient peut avoir une issue fatale. Les neuroleptiques ne sont pas les seuls médicaments susceptibles de d'engendrer une CI, les médicaments correcteurs des effets extrapyramidaux et les antidépresseurs tricycliques, du fait de leur charge anticholinergique, peuvent en être responsables. L'hypothèse retenue dans ce contexte est donc l'hypothèse anticholinergique. Les effets anticholinergiques des neuroleptiques sont responsables d'un ralentissement et d'une distension digestive chronique, qui peut s'aggraver à l'occasion d'un fécalome ou d'un iléus paralytique (85). L'hyperpression intra-colique entraîne une pression sur la paroi responsable d'une ischémie puis d'une nécrose rapidement colonisée par la flore intraluminaire (86). Dans la littérature est démontré qu'il y a une corrélation entre le nombre de neuroleptiques administrés et le degré de gravité de la CI exposant clairement la toxicité des neuroleptiques. De plus l'incidence de la CI, qui reste un effet indésirable rare, apparaît plus importante dans la population psychiatrique que dans la population générale (87).

Une attention particulière doit être portée à la surveillance du transit par les équipes soignantes. La constipation peut être prévenue par la prescription de laxatif osmotique en première intention. Le pharmacien restera vigilant dans son analyse pharmaceutique et pourra proposer d'associer un traitement par laxatif s'il estime que la charge anticholinergique de l'ordonnance

est importante. De plus, une réévaluation thérapeutique de l'ordonnance pour être effectuée en collaboration avec le psychiatre pour diminuer/arrêter des traitements avec une charge anticholinergique importante.

Il existe dans la littérature des méthodes permettant de calculer un score anticholinergique (88). Rudolph et *al.* ont démontré qu'un score élevé est associée à un risque important de survenue d'effets anticholinergiques. Pour ce faire, ils ont établi une échelle de risque anticholinergique en constituant une liste de médicaments avec un potentiel anticholinergique (89). A chacun de ces médicaments a été attribué une valeur : médicament avec un risque faible = 1 point ; risque modéré = 2 points ; risque élevé = 3 points. La somme du score obtenu représente le risque anticholinergique pour le patient. Cependant l'utilisation de cette échelle présente certaines limites. En effet, la liste répertoriant les produits avec potentiel anticholinergique n'est pas exhaustive et la présence d'interactions pharmacocinétiques et pharmacodynamiques entre les différentes molécules peut engendrer une accumulation de molécules-mères ainsi que de leurs métabolites, ce qui entraîne la potentialisation des effets anticholinergiques. Il importe donc de mettre en perspective la charge anticholinergique que reçoit un patient et les EI qu'il présente. Ainsi le pharmacien doit juger de la pertinence clinique du résultat obtenu pour pouvoir proposer un suivi adapté pour le patient.

4.2.3 Conciliation des traitements médicamenteux de sortie

4.2.3.1 Définition

La CTM de sortie assure la transmission d'information sur le traitement médicamenteux du patient aux professionnels de santé d'aval (MT, pharmacien d'officine, EHPAD...) (6). Elle est effectuée en comparant le BMO obtenu lors de la CTM d'entrée et le traitement de fin d'hospitalisation. Elle peut être réalisée de manière proactive ou rétroactive. Comme il n'y a pas de définition claire de l'HAS ni de la SFPC, le groupe de travail de pharmacie clinique du Groupement Hospitalier de Territoire Normandie en lien avec l'OMEDIT Normandie ont qualifié qu'une conciliation de sortie était réalisée de manière proactive quand celle-ci était rédigée avant la sortie du patient et rétroactive après la sortie du patient (90). La réalisation d'une conciliation de manière proactive est une méthode de prévention des erreurs médicamenteuses et permet au pharmacien hospitalier de rédiger une conciliation de sortie fidèle à l'ordonnance de sortie, alors que la manière rétroactive est une méthode d'interception des erreurs médicamenteuses.

Une fois rédigée, la CTM de sortie est transmise aux professionnels de santé d'aval mais également au patient si ses capacités cognitives et son état de conscience le permettent.

4.2.3.2 Buts de la CTM de sortie

Tous les points de transition dans le parcours de soins du patient sont à risques et particulièrement la sortie. Ainsi la CTM de sortie a pour but de sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de sa sortie d'hospitalisation. Elle permet ainsi de réduire le nombre d'évènements indésirables médicamenteux évitables et de diminuer le nombre de réhospitalisations précoces. En effet, plusieurs études ont montré que la réalisation des conciliations médicamenteuses de sortie par le pharmacien diminuerait de manière significative le nombre potentiel d'évènements indésirables graves (91,92). De plus, certaines études ont identifié des problèmes pouvant enrayer la continuité de la prise en charge médicamenteuse en sortie d'hospitalisation (93–95) comme par exemple :

- l'envoi au MT d'un compte rendu d'hospitalisation de sortie incomplet ;
- le délai trop long pour l'envoi de ce compte rendu ;
- certaines incompréhensions du patient concernant les médicaments prescrits en sortie.

Ces problèmes pourraient être en partie résolus si une lettre de CTM de sortie était rédigée lors de la sortie du patient. Puisque sur celle-ci figure un tableau comparatif des traitements médicamenteux pris avant et après l'hospitalisation. De plus, peuvent y être inscrits des éléments des surveillances mises en place pendant l'hospitalisation et à poursuivre après la sortie du patient (objectifs thérapeutiques, monitoring des traitements médicamenteux, surveillance des EI...). La lettre de CTM de sortie est donc un support permettant de renforcer le lien hôpital-ville notamment avec les pharmaciens d'officine et les MT.

4.2.3.3 Organisation de l'activité de la CTM de sortie en France et à l'étranger

En France comme en Grande-Bretagne l'activité de CTM de sortie est récente et sa mise en œuvre n'est pas complètement standardisée. Bullock et *al.* ont évalué dans leur étude (93) un processus de sortie d'hospitalisation du patient adopté dans quelques centres hospitaliers de Grande-Bretagne. Pour rendre ce processus plus efficient, les améliorations proposées sont les suivantes :

- le compte rendu de sortie ainsi que l'ordonnance de sortie sont rédigés par le médecin et peuvent être complétés par le pharmacien hospitalier ;
- améliorer la formation du personnel des services de soins sur le processus de sortie du patient ;
- communiquer l'ordonnance de sortie aux pharmaciens d'officine et expliquer les modifications apportées aux traitements médicamenteux durant l'hospitalisation ;

- améliorer la communication entre le pharmacien hospitalier et officinal ;
- avant la sortie du patient, lui expliquer les médicaments figurant sur sa prescription de sortie par le biais d'un entretien.

Dans leur organisation, le pharmacien hospitalier vérifie systématiquement que l'ordonnance de sortie soit complète, claire et inclut toutes les informations nécessaires pour sa bonne compréhension par les professionnels de santé d'aval et le patient.

En France, la SFPC préconise trois étapes pour l'activité de CTM de sortie (6) :

1. la recherche d'informations sur les médicaments du patient : les informations proviennent du bilan médicamenteux à l'admission, des traitements en cours d'hospitalisation, du traitement de fin d'hospitalisation ou de l'ordonnance de sortie ;
2. la formalisation d'un bilan médicamenteux associé à des informations thérapeutiques : ce bilan consiste « à formaliser la liste exhaustive et complète des médicaments à poursuivre à la sortie du patient hospitalisé ». De plus, les motifs d'ajout, de modification de posologie ou d'arrêt de traitement pendant l'hospitalisation y sont renseignés. D'autres informations permettant de mieux comprendre la prise en charge médicamenteuse du patient peuvent y être inscrites (indication du médicament, date de début du traitement particulier, surveillances à poursuivre en ambulatoire...) ;
3. la rédaction de la prescription de sortie avec transmission sécurisée de l'information : le bilan médicamenteux facilite la rédaction de la prescription de sortie. Des divergences peuvent être repérées entre le bilan médicamenteux et le traitement à poursuivre, le traitement de fin d'hospitalisation et l'ordonnance de sortie ainsi une étape de validation externe est nécessaire pour les corrigées. Enfin, la conciliation de sortie est transmise de manière sécurisée au MT et au pharmacien d'officine. Elle peut aussi être remise au patient si ses capacités cognitives et son état de conscience le permettent.

4.2.3.4 Expérience de CTM de sortie en psychiatrie

Dans le domaine de la psychiatrie peu d'études sur la conciliation de sortie sont disponibles. Cependant une étude rapporte que la conciliation médicamenteuse, l'éducation thérapeutique et la communication entre les professionnels de santé hospitaliers et de ville jouent un rôle dans la prévention de la réadmission précoce des patients en hôpital psychiatrique (96). Cette pauvreté bibliographique peut s'expliquer par le contexte particulier de la psychiatrie. En effet, le déni de la maladie, l'opposition au traitement médicamenteux, l'appréhension de la survenue

d'EI, les problèmes d'accès aux soins et la stigmatisation sont des obstacles justifiant ce contexte particulier. Pourtant les patients atteints de pathologies psychiatriques sont à haut risque de rechute et de réhospitalisation. Une étude montre que 16 à 80 % des patients atteints de schizophrénie ne sont pas observants (97) et que 4 rechutes sur 10 sont dues à un défaut d'observance de la part du patient (98). Une étude écossaise a identifié les problèmes liés aux médicaments comme cause fréquente de réadmission à l'hôpital psychiatrique. Les modifications de traitements (arrêt, instauration, modification) survenues lors de l'hospitalisation peuvent être source de confusion chez les patients une fois sortis de l'hôpital (96).

Pour promouvoir la qualité des soins à la sortie du patient, le pharmacien hospitalier peut s'entretenir avec le patient avant sa sortie pour lui expliquer les éventuelles modifications médicamenteuses effectuées pendant son hospitalisation. Le pharmacien répondra aux éventuelles questions du patient et s'assurera de la bonne compréhension de celui-ci.

4.2.4 Entretien patient

Dans le modèle de pharmacie clinique proposé par la SFPC, la dernière étape du PPP est celle d'un entretien pharmaceutique ciblé avec le patient au moment de sa sortie d'hospitalisation. Si les capacités cognitives du patient le permettent un plan de prise, divers documents (fiche de bon usage, plan de prise...) et la lettre de CTM de sortie peuvent lui être remis. Lors de cet entretien le pharmacien insistera sur les éventuelles nouvelles prescriptions car il est décrit dans la littérature que 91 % des EI médicamenteux survenus après la sortie d'hospitalisation sont dus aux nouveaux médicaments composant le traitement (99). L'observance des traitements post-hospitaliers est le reflet de la bonne communication entre le personnel hospitalier et le patient. Une étude menée en France rapporte que l'adhésion thérapeutique des patients ayant bénéficié d'un entretien pharmaceutique à la sortie de leur hospitalisation était de 79 % contre 51 % pour les patients non bénéficiaires de cet entretien (100). Certains facteurs prédictifs de non observance, comme l'âge > 65 ans et la prescription de nouveaux médicaments, ont pu être identifiés pour cibler les patients prioritaires pour un entretien pharmaceutique de sortie (100). Dans un autre article, les auteurs ont réalisé une étude préliminaire sur la mise en place d'un entretien pharmaceutique de sortie (101). Les patients sortants ont été interrogés grâce à un questionnaire sur leur niveau de compréhension des modifications des traitements habituels, le désir d'obtenir des informations complémentaires, la contrainte d'obtenir une prescription en Dénomination Commune Internationale (DCI) et l'utilité de recevoir un plan de prise à la sortie. Quarante patients ont répondu à ce questionnaire. Seulement 55 % étaient informés des modifications de leur traitement habituel effectuées pendant leur hospitalisation. Près de 30 % des patients auraient désiré obtenir des informations complémentaires sur leurs traitements

médicamenteux. De plus, 32,5 % étaient gênés de recevoir une ordonnance en DCI. Enfin, le concept d'un plan de prise a intéressé 27,5 % des patients.

5 Contexte de l'étude

5.1 Mise en place de l'activité de CTM de sortie à l'EPSM Caen

L'EPSM Caen présente une capacité de 314 lits, répartis dans 6 secteurs de psychiatrie adulte. Les unités intra-hospitalières se répartissent en 6 unités d'admissions, 1 unité de gérontopsychiatrie, 7 unités de longs et moyens séjours et 3 unités de préparation à la sortie/réhabilitation.

A l'EPSM, un dispositif de pharmacie clinique est développé tout au long du parcours de soins des patients hospitalisés. En effet, l'activité de CTM à l'entrée a débuté en 2012 et actuellement tous les patients entrants sont conciliés à leur admission. De plus, l'interne en pharmacie et/ou le pharmacien analysent quotidiennement toutes les prescriptions pour tous les patients de l'établissement. Ainsi, le déploiement de l'activité de CTM de sortie s'est inscrit logiquement dans cette volonté de poursuivre le déploiement de la pharmacie clinique à l'EPSM Caen. La mise en place de cette activité s'est faite progressivement.

Un audit de pratique sur les modalités de sortie du patient s'est déroulé entre mars 2016 et avril 2016. Cet audit a été réalisé dans le but d'établir une chronologie précise du parcours du patient après décision de sortie. Les résultats de l'audit ont aussi permis de définir une organisation de l'activité adaptée à la psychiatrie. Par la suite, les supports nécessaires à sa mise en œuvre ont été créés.

5.2 Audit sur les modalités de sortie du patient

Cet audit de pratique avait pour objectif d'établir la chronologie du parcours de soins du patient après la décision de sortie par le corps médical et ainsi définir une organisation pour l'activité de CTM de sortie. Il s'est déroulé entre mars 2016 et avril 2016 et a été réalisé dans 4 services d'admission sur 6. Les médecins psychiatres et somaticiens et le cadre de santé ont été audités par l'équipe de la pharmacie sous forme de réunions d'une durée moyenne d'une heure et demi.

5.2.1 Résultats de l'audit

Qui prend la décision de sortie du patient et quand ?

La décision de sortie est, dans la plupart des cas, décidée lors des entretiens médicaux entre le psychiatre et le patient, en présence d'un infirmier. Cependant, la sortie du patient peut être discutée lors des staffs et/ou réunions de synthèse hebdomadaire.

Quel est le délai entre la décision de sortie du patient et la sortie effective ?

Ce délai est dans 90% supérieur à 24 heures.

Comment est transmise l'information de la décision de sortie du patient ?

Cette information est transmise dans la majorité des cas au reste de l'équipe de soins par les infirmiers ou par le cadre de santé lors des transmissions. Néanmoins, cette information peut être inscrite sur la main courante ou sur la planification murale qu'utilisent certains services.

Quand l'ordonnance de sortie est-elle rédigée ?

L'ordonnance de sortie est souvent rédigée au dernier moment, le jour de la sortie du patient, ou la veille en cas d'absence du médecin le jour de la sortie du patient. Le traitement somatique y est intégré sauf pour certains secteurs et le médecin somaticien peut intervenir et rédiger l'ordonnance quand il y a des situations très particulières.

Sur l'ordonnance de sortie, le traitement pris avant hospitalisation et adapté au livret thérapeutique n'est pas repris sur l'ordonnance de sortie, tout comme les modifications du traitement habituel du patient au cours de l'hospitalisation (arrêt de traitement, modification posologique, etc..) ne sont pas renseignées. En cas de sortie disciplinaire, l'ordonnance de sortie n'est pas rédigée.

Quand le CRH est-il rédigé et envoyé ?

Le CRH est souvent rédigé longtemps après l'hospitalisation. Il intègre le traitement de sortie et les modifications apportées durant l'hospitalisation. Les explications concernant le déroulé de la prise en charge sont narratives. Le CRH peut aussi être transmis aux urgences psychiatriques du centre hospitalier qui a initialement adressé le patient.

Il y a-t-il d'autres documents rédigés ?

Des fiches de liaisons doivent être rédigées par les infirmiers (type macrocible) pour pouvoir être transmises aux structures d'aval (ex : foyers, centre médico-psychologiques...)

Quelles sont les informations/explications données au patient concernant ses médicaments lors de sa sortie de l'hôpital ?

Les explications sur les traitements sont généralement données pendant l'hospitalisation, lors de l'administration des médicaments par l'infirmier et sur interrogation du patient. Cependant pour la sortie du patient, rien n'est réellement formalisé et/ou systématisé. Il lui est remis son ordonnance de sortie, ses prochains rendez-vous et son bulletin de situation ainsi qu'une copie de la feuille de sortie.

Cet audit a montré que l'ordonnance de sortie est le plus souvent rédigée au moment même de la sortie du patient, mais que le traitement de sortie diffère peu de celui de fin d'hospitalisation. Après plusieurs réunions pluridisciplinaires réunissant pharmaciens, médecins et infirmiers les

résultats de cet audit ont permis de définir une organisation du processus de CTM de sortie et d'élaborer un support de lettre de CTM de sortie.

5.2.2 Création du support de la lettre de CTM de sortie

Le support utilisé est un document au format A4. Celui-ci est intitulé : « Lettre de Conciliation des Traitements Médicamenteux à la Sortie d'Hospitalisation ». Le support est directement intégré au DPI dans le logiciel CORTEXTE, ce qui n'était pas le cas au démarrage de la phase test. Il se compose de deux parties principales :

- un bilan médicamenteux comparant traitement avant hospitalisation et traitement en sortie d'hospitalisation sous forme d'un tableau divisé en trois colonnes :
 - la première colonne reprend le BMO obtenu lors de la CTM d'entrée ;
 - la seconde colonne intitulée « Evolutions et explications » renseigne sur les motifs de changement du traitement (arrêt, changement de posologie, ajout...);
 - la troisième colonne reprend les médicaments figurant sur l'ordonnance de sortie
- un cadre réservé à la rédaction d'une synthèse pharmaceutique comprenant des observations pharmaceutiques et un bilan des surveillances réalisées et à poursuivre en ambulatoire.

D'autres informations figurent sur le support de la lettre de CTM de sortie :

- nom, prénom et date de naissance du patient ;
- période d'hospitalisation ;
- coordonnées de l'expéditeur : EPSM Caen ;
- coordonnées du destinataire : MT du patient ;
- la date de rédaction et l'identité du rédacteur de la lettre CTM de sortie ;
- les identités du pharmacien sénior, du psychiatre et/ou du somaticien ayant validés la lettre de CTM de sortie.

La lettre de CTM de sortie, une fois rédigée et validée, est archivée dans le DPI et peut être consultée par tous professionnels de l'établissement et des structures extrahospitalières ayant un code d'accès CORTEXTE. La Figure 3 ci-dessous représente le support utilisé pour la rédaction de la lettre de CTM de sortie.

- l'activité doit être réalisée par un pharmacien sénior ou des internes en fin de cursus car elle nécessite des compétences pharmaceutiques d'analyse et de synthèse ;
- l'étape de préconciliation initiée à partir du traitement de fin d'hospitalisation s'est révélée être très chronophage ;
- le temps permis pour la rédaction de la lettre de CTM de sortie était très court, comme l'audit l'a révélé ;
- le support de la lettre de CTM de sortie n'était pas informatisé.

6 Etude

Une période de consolidation (celle de notre étude) a débuté en juin 2017. Un des premiers changements a été de définir une liste de facteurs de risque pour cibler les patients pouvant bénéficier d'une CTM de sortie. Ensuite, nous avons mis en place un module de suivi pharmaceutique dans le logiciel CORTEXTE. Il permet une rédaction de la lettre de CTM de sortie en continue dès l'admission du patient et est gage de réactivité et de rapidité dès la prise de connaissance de la date de sortie du patient. L'utilisation de ce module a fait disparaître l'étape de préconciliation et nous a permis de nous affranchir du délai très court autorisé pour la rédaction de la lettre de CTM de sortie. Enfin, pour plus de commodité, nous avons informatisé le support de la lettre de CTM de sortie au sein du Dossier Patient.

6.1 Période de l'étude

Notre étude s'est déroulée sur 10 mois, du 01/06/2017 au 31/03/2018. La phase de consolidation de l'activité de CTM de sortie d'abord commencé dans une unité de soins en juin 2017 puis dans une seconde unité de soins à partir de décembre 2017.

6.2 Population de l'étude

Pour la mise en place de cette activité, nous avons choisi d'identifier les patients à risque qui pourraient bénéficier d'une CTM de sortie. Plusieurs études ont défini des FDR (102–106) permettant de prioriser les patients à concilier.

A l'EPSM Caen tous les patients sont conciliés à leur admission (62). La conciliation d'entrée est un prérequis obligatoire pour pouvoir effectuer celle de sortie. Pour ce faire, l'interne en pharmacie repère dès leur admission les patients qui seront éligibles à une CTM de sortie.

Ainsi, les patients présentant au moins un des FDR suivants seront sélectionnés et pourront bénéficier d'une CTM de sortie :

- âge \geq 65 ans ;
- première hospitalisation à l'EPSM Caen ;
- traitement par un médicament à marge thérapeutique étroite : insuline, anticoagulants, immunomodulateurs et anticancéreux.

En raison de la sectorisation psychiatrique, les patients dépendants d'un autre service qui étaient hébergés à leur admission dans l'un des deux services de soins choisis pour l'étude n'étaient pas retenus pour bénéficier d'une CTM de sortie. En effet, ces patients retournaient dans leurs unités de secteur avant la fin de leur hospitalisation et celles-ci n'étaient pas concernées par le dispositif.

6.3 Services participants

Nous avons choisi de débiter cette activité dans un service de soins d'admission car ce type de service est adapté pour la mise en place de cette activité. En effet, les durées d'hospitalisation sont courtes (durée moyenne de séjour en 2017 = 13,5 jours), favorisant un turn-over important des patients. Cinq psychiatres, un interne en psychiatrie et un interne en médecine du travail se partagent les 25 lits du service.

Un second service d'admission a pu bénéficier de cette activité de CTM de sortie à partir de décembre 2017. Ce service est aussi composé de cinq psychiatres, d'un interne en psychiatrie et d'un interne en médecine générale.

Ces deux services d'admission disposent en outre d'un externe en pharmacie chacun, présent le matin du lundi au vendredi, assurant l'activité de recherche et de synthèse du BMO de tous les nouveaux patients admis.

6.4 Mise en place d'un suivi pharmaceutique

Un des freins, révélés par l'audit et rencontrés au moment de la sortie du patient, est le délai très court entre la connaissance de la date prévisionnelle de sortie du patient et sa sortie effective. L'objectif est donc d'être le plus réactif et efficace pour la rédaction de la lettre de CTM de sortie dès prise de connaissance de cette date. Pour cela nous avons intégré à notre logiciel CORTEXTE un module de suivi pharmaceutique. L'intérêt de ce suivi pharmaceutique est d'avoir un « espace » informatique dédié permettant, tout au long de l'hospitalisation du patient de recueillir des informations importantes issues des différentes analyses pharmaceutiques des prescriptions et de tracer notre activité pharmaceutique directement dans le dossier patient. Certaines informations inscrites dans ce suivi pharmaceutique pourront être

reprises pour figurer dans la lettre de CTM de sortie. L'accès facilité à ces informations permet donc de rédiger rapidement la lettre de CTM de sortie et de la présenter au médecin avant qu'il ne rédige l'ordonnance de sortie. Ce suivi pharmaceutique est consultable par tous les professionnels de santé de l'établissement ayant un accès au dossier patient.

Ce module constitue également « un support informatique de transmission ». Cela évite toute interrogation pouvant survenir pendant l'analyse pharmaceutique, comme par exemple : « concernant la prescription d'un médicament hors livret thérapeutique : A-t-on déjà commandé le médicament ? A-t-on déjà proposé une substitution ? ». La consultation du suivi pharmaceutique du patient avant toute nouvelle analyse pharmaceutique de la prescription, aidera l'interne en pharmacie ou le pharmacien qui l'effectue. Cette mise en œuvre rend efficient le processus d'analyse pharmaceutique des prescriptions et facilite les transmissions. Lors de la sortie annoncée du patient, l'ensemble des données recueillies dans le suivi pharmaceutique sont synthétisées et réajustées au regard de l'ordonnance de sortie. Ce sont ces informations qui permettent ensuite de rédiger la synthèse pharmaceutique de la lettre de CTM de sortie envoyée au MT.

6.4.1 Construction du suivi pharmaceutique

Nous avons tout d'abord réfléchi à une arborescence rassemblant toutes les catégories nécessaires pour construire un suivi pharmaceutique complet. C'est-à-dire que ce suivi pharmaceutique doit englober tout le parcours de soins du patient pendant son hospitalisation, de l'entrée à la sortie.

Puis au cours d'une réunion avec les membres du Département de l'Information Médicale (DIM), nous avons présenté cette arborescence et évalué la faisabilité informatique pour intégrer dans le logiciel CORTEXTE ce module de suivi pharmaceutique. Les membres du DIM, nous ont conseillé d'utiliser des « cibles » et nous ont exposé le rendu visuel de ce suivi pharmaceutique dans le logiciel.

Pour répondre aux contraintes imposées par l'informatique, nous avons structuré notre suivi pharmaceutique avec différentes cibles de plusieurs niveaux. Il est composé d'un ensemble de cibles principales lesquelles sont divisées en cibles de niveaux inférieurs aussi qualifiées de « sous-cibles ». L'arborescence hiérarchisée ainsi obtenue rend ce module de suivi pharmaceutique complet et efficient. Il se veut intuitif et simple d'utilisation ; pour cela l'ordre d'apparition des cibles suit le parcours de soins du patient pendant son hospitalisation et intègre toutes les activités de pharmacie clinique :

- « conciliation médicamenteuse d'entrée » ;
- « délivrance des médicaments » ;
- « aide à la décision thérapeutique » ;

- « analyse pharmaceutique des prescriptions » ;
- « évolution pharmaco-clinique » ;
- « monitoring » ;
- « conciliation médicamenteuse de sortie ».

Les intitulés des cibles d'analyse pharmaceutique sont issues de l'outil Act-IP[®] (107). Le Tableau 4 représente l'ensemble des cibles principales et les cibles du niveau inférieur du module de suivi pharmaceutique.

Tableau 4: Cibles principales et cibles du niveau inférieur du suivi pharmaceutique

Cibles principales	Cibles du niveau inférieur
CONCILIATION ENTREE	<ul style="list-style-type: none"> - patient à risque - allergies, intolérances, contexte particulier - IP / DIV NI
DELIVRANCE	<ul style="list-style-type: none"> - médicaments Hors Livret (HL) / Apporté Par le Patient (APP) - contraintes réglementaires
AIDE A LA DECISION THERAPEUTIQUE	
ANALYSE PHARMACEUTIQUE	<ul style="list-style-type: none"> - non-conformité aux référentiels - indication non traitée - sous ou surdosage - médicament non-indiqué - interaction - effet indésirable - voie et/ou administration inappropriée - traitement non reçu
EVOLUTION PHARMACO-CLINIQUE (hors IP)	
MONITORING	<ul style="list-style-type: none"> - prévention EI cardiologiques - prévention EI métaboliques - charge anticholinergique - biologique - clinique
CONCILIATION SORTIE	

La Figure 4 est une capture d'écran du logiciel CORTEXTE représentant les cibles du suivi pharmaceutique. Pour faire apparaître les cibles du niveau inférieur, il suffit de cliquer sur le « + ». Par exemple en cliquant sur la cible principale « CONCILIATION – ENTREE », les cibles du niveau inférieur patient à risque, allergies, intolérances... apparaissent.

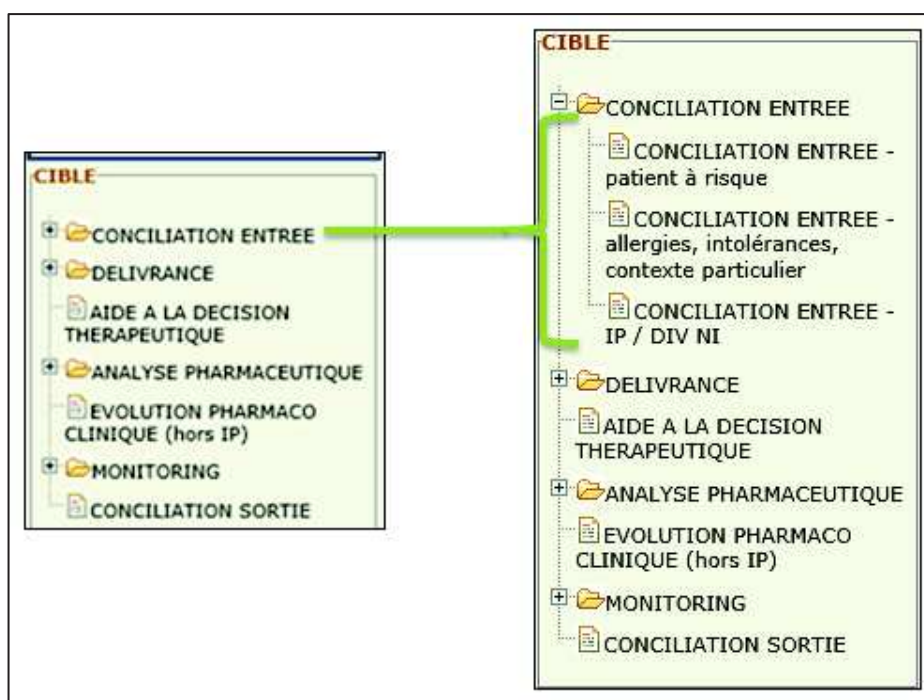


Figure 4: Cibles du suivi pharmaceutique dans le logiciel CORTEXTE

6.4.2 Utilisation du suivi pharmaceutique

Dans cette partie nous allons détailler ce qui est inscrit, par l'interne en pharmacie ou le pharmacien, dans chaque cible du suivi pharmaceutique. Des exemples issus de nos activités de pharmacie clinique et des captures d'écran du logiciel de CORTEXTE viennent illustrer nos propos.

6.4.2.1 Cible « CONCILIATION ENTREE »

Cette cible est renseignée dès l'admission du patient. Elle se compose de trois cibles de niveau inférieur. Ainsi, elle permet d'identifier les patients avec des FDR (âge \geq 65 ans, première hospitalisation à l'EPSM, traitement par insuline, anticoagulants, immunomodulateurs et anticancéreux), de connaître le contexte d'hospitalisation du patient, renseigne les allergies ou intolérances du patient. Sont aussi renseignées dans cette cible, les éventuelles IP réalisées lors de l'analyse pharmaceutique de la primo prescription hospitalière ou les Divergences Non Intentionnelles (DIV NI) principales révélées par la CTM d'entrée.

- **Sous-cible « patient à risque »** : « Patient à risque bénéficiant d'une CTM de sortie car première hospitalisation à l'EPSM » (voir Figure 5: Capture d'écran du logiciel CORTEXTE : cible « CONCILIATION ENTREE »)

- **Sous-cible « allergies, intolérances, contexte particulier » :** « Patient allergique à l'amoxicilline manifestation par un œdème de Quincke », « association bisoprolol + diltiazem maintenue. Instaurée par un cardiologue pour la prise en charge d'une insuffisance cardiaque dans un contexte d'hypertension artérielle. Cette association est déconseillée en raison d'un effet inotrope négatif majorant le risque de décompensation de l'insuffisance cardiaque, troubles de l'automatisme (bradycardie, arrêt sinusal), et troubles de la conduction sino-auriculaire et auriculo-ventriculaire »
- **Sous-cible « IP / DIV NI » :** « Omission du traitement par PREVISCAN lors de l'admission, un contrôle rapproché de l'International Normalized Ratio (INR) est recommandé »

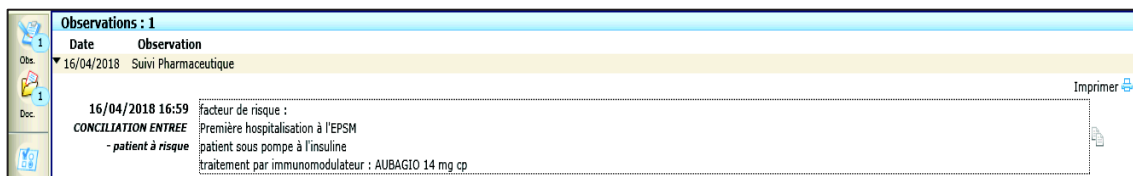


Figure 5: Capture d'écran du logiciel CORTEXTE : cible « CONCILIATION ENTREE »

6.4.2.2 Cible « DELIVRANCE »

Cette seconde cible est divisée en deux sous-cibles. La première intitulée « médicaments Hors Livret (HL) / APP » concerne les médicaments dits HL c'est-à-dire les médicaments qui ne sont pas référencés au livret thérapeutique de l'hôpital, et concerne également les médicaments personnels du patient que l'on résume sous le terme : « Apportés Par le Patient (APP) ». Une procédure donnant la conduite à tenir concernant la gestion des médicaments HL a d'ailleurs été rédigée. La seconde cible de niveau inférieur « contraintes réglementaires » est utilisée pour les médicaments qui ont des conditions particulières de prescription ou de délivrance.

- **Sous-cible « médicaments HL /APP » :** « Patient traité par AUBAGIO 14 mg cp pour une sclérose en plaque, médicament à commander chez le grossiste », « OGASTORO 15 mg cp apporté par le patient, reste 10 comprimés, ensuite substitution par pantoprazole 20 mg cp »
- **Sous-cible « contraintes réglementaires » :** « Patiente en âge de procréer traitée par DEPAMIDE, formulaire d'accord de soins rempli et signé par le psychiatre et la patiente le 19/05/2018. Contraception par LUDEAL 0,15 mg / 0,03 mg », « Patient épileptique traité par RIVOTRIL (prescription initiale annuelle réservée aux spécialistes en neurologie ou en pédiatrie), ordonnance initiale du neurologue datant du 19/05/2018, autorise la dispensation du traitement »

6.4.2.3 Cible « AIDE A LA DECISION THERAPEUTIQUE »

Le pharmacien est amené à répondre aux sollicitations du psychiatre ou du somaticien lorsque celui-ci souhaite un avis pharmaceutique concernant la prise en charge médicamenteuse de son patient. Le pharmacien va donc répondre à cette demande en réalisant une aide à la décision thérapeutique. Toutes les réponses apportées par la pharmacie sont tracées dans cette cible. Les demandes peuvent être de plusieurs horizons : « *Comment adapter la posologie ?* », « *Quel autre médicament peut être utilisé après échec de plusieurs thérapies ?* », « *Comment effectuer l'arrêt du médicament pour éviter un sevrage ?* » ... La Figure 6 est une capture d'écran de logiciel CORTEXTE illustrant l'utilisation de cette cible.

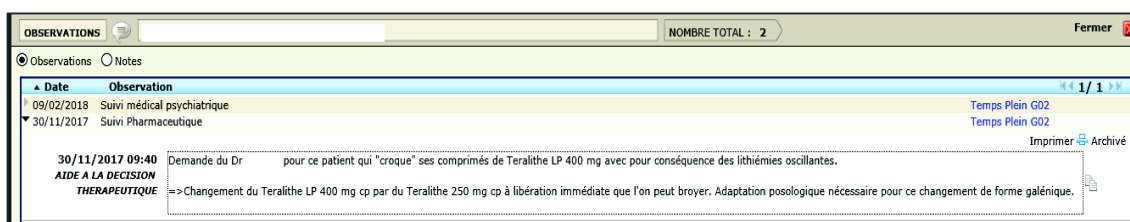


Figure 6: Capture d'écran du logiciel CORTEXTE : cible "AIDE A LA DECISION THERAPEUTIQUE"

6.4.2.4 Cible « ANALYSE PHARMACEUTIQUE »

Cette cible peut être utilisée pour tracer, si nécessaire, les IP effectuées lors de l'activité d'analyse pharmaceutique des prescriptions. On y inscrit toute l'IP : problème thérapeutique, solution proposée et devenir. En aucun cas, il ne s'agit d'un outil d'intervention auprès du médecin. Pour contacter le prescripteur et lui proposer notre IP, nous utilisons le système de messagerie intégré au logiciel ou directement le téléphone. Cette cible est composée de plusieurs cibles de niveau inférieur qui reprennent les problèmes médicamenteux soulevés dans l'outil Act-IP[®] de la SFPC (107).

- **Sous-cible « non-conformité aux référentiels »** : est utilisée lorsqu'un médicament prescrit n'est pas conforme aux dernières recommandations. Un autre médicament est tout aussi efficace et moins coûteux ou moins toxique pour le patient.
- **Sous-cible « indication non traitée »** : est utilisée lorsque le traitement du patient nécessite l'ajout d'un médicament synergique ou d'un correcteur.
- **Sous-cible « sous ou surdosage »** : est utilisée lorsque la posologie est soit infra-thérapeutique, c'est-à-dire que le médicament est utilisé à une dose trop faible, soit lorsque la durée de traitement est anormalement raccourcie (ex : lors de la prescription d'une antibiothérapie) ou alors lorsque la posologie est supra-thérapeutique ou lorsqu'un même principe actif est prescrit plusieurs fois sur l'ordonnance (doublet de prescription).

- **Sous-cible « médicament non-indiqué »** : est utilisée quand un médicament est prescrit sans indication justifiée, ou pendant une durée trop longue sans risque de surdosage.
- **Sous-cible « interaction »** : est utilisée quand une interaction médicamenteuse est décelée pendant l'analyse pharmaceutique de la prescription. Le document de référence utilisé est le thésaurus des interactions médicamenteuses publié par l'ANSM et mise à jour en mars 2018. « *L'association escitalopram + ATARAX constitue une contre-indication absolue. Ces deux médicaments torsadogènes majorent le risque de survenue de Tdp par allongement de l'espace QT. Une réévaluation de la prescription d'ATARAX est nécessaire et peut être remplacé par un autre anxiolytique (ex : benzodiazépines), de plus une surveillance cardiologique doit être mise en place* »
- **Sous-cible « effet indésirable »** : est utilisée lorsque le patient présente un EI. Sont aussi renseignées dans cette cible les déclarations de pharmacovigilance effectuées.
- **Sous-cible « voie et/ou administration inappropriée »** : est utilisée lorsque le médicament choisi est correct mais la voie d'administration n'est pas adaptée ou peu efficace et quand le plan d'administration n'est pas optimal (mauvaise répartition des prises)
- **Sous-cible « traitement non reçu »** : est utilisée pour tracer la raison pour laquelle le patient n'a pas reçu son traitement. « *Injection d'ABILIFY MAINTENA programmée ce jour non réalisée car refus du patient* ».

6.4.2.5 Cible « EVOLUTION PHARMACO CLINIQUE (hors IP)

Cette cible est utilisée pour tracer tous les événements identifiés pendant les analyses pharmaceutiques des prescriptions en relation avec la clinique. Par exemple l'arrêt ou le switch d'un antidépresseur.

6.4.2.6 Cible « MONITORING »

Cette cible permet de prévenir les EI à la fois cardiologiques et métaboliques des médicaments psychotropes. Mais aussi, de renseigner la charge anticholinergique du traitement du patient lorsque plusieurs médicaments anticholinergiques sont associées. De plus, certains médicaments utilisés en psychiatrie nécessitent des dosages sanguins pour atteindre une concentration efficace (ex : lithium) ou pour éviter un surdosage (ex : clozapine). Pour les médicaments dits « somatiques » comme les Antivitamines K (AVK) et le LEVOTHYROX, le suivi de l'INR et de la TSH peut y être inscrit. Enfin, la dernière sous-cible fait référence au monitoring « clinique ».

- **Sous-cible « prévention EI cardiologiques »** : *« l'association venlafaxine + rispéridone majore le risque d'apparition de Tdp par allongement de l'espace QT : ECG à réaliser dans un mois ou en cas d'ajout d'un médicament torsadogène (ECG du 20/05/2018 QTc = 402 ms => pas d'allongement du QT) »*
- **Sous-cible « prévention EI métaboliques »** : *« si poursuite du traitement par olanzapine prévenir l'apparition d'un syndrome métabolique : poids tous les 3 mois (66 kg le 20/05/2018), glycémie à jeun dans 3 mois puis tous les ans, bilan lipidique dans 3 mois puis tous les 5 ans (dernier bilan lipidique du 20/05/2018 sans particularité), surveillance tensionnelle à poursuivre »*
- **Sous-cible « charge anticholinergique »** : *« l'association halopéridol + LEPTICUR + quétiapine présente une charge anticholinergique importante. Il est recommandé de surveiller l'apparition de signes anticholinergiques, comme l'hyposialie, rétention urinaire et surtout la constipation. Un traitement par laxatif osmotique peut être prescrit »*
- **Sous-cible « biologique »** : *« dernière lithiémie réalisée il y a plus de 4 mois, une nouvelle lithiémie est à envisager » « adaptation posologique du LEVOTHYROX devant une TSH basse, à reconstrôler dans 3-4 semaines »*
- **Sous-cible « clinique »** : *« introduction d'amlodipine. Surveillance tensionnelle rapprochée recommandée ».*

6.4.2.7 Cible « CONCILIATION SORTIE »

Cette cible n'est pas utilisée actuellement. Cependant, nous pourrions y avoir recours pour inscrire les informations concernant la sortie du patient. Comme par exemple la synthèse de l'entretien pharmaceutique de sortie, l'observance, la motivation et l'autonomie du patient avec son traitement ainsi que les différents documents d'information remis lors de cet entretien (plan de prise, fiches médicaments...).

6.5 Processus de la CTM de sortie à l'EPSM Caen

Plusieurs documents permettant d'expliquer en détail le déroulement du processus de CTM de sortie à l'EPSM Caen ont été rédigés :

- une procédure intitulée : « Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM) de sortie : rédaction d'une Lettre de Conciliation médicamenteuse de Sortie ». Chacune des étapes du processus y sont décrites avec précision ;
- un schéma représentant de façon illustrée et synthétique l'organisation générale du processus de CTM de sortie à l'EPSM Caen. Ce document est utilisé comme support de formation pour les internes et support de présentation et de communication sur l'activité lors de réunions institutionnelles (Commission Médicale d'Etablissement (CME), Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS)...). Ce schéma organisationnel est présenté en Figure 7 ;
- un mode opératoire : « Accès et utilisation du suivi pharmaceutique dans CORTEXTE » a été élaboré.

L'activité de CTM de sortie à l'EPSM Caen se déroule en six étapes.

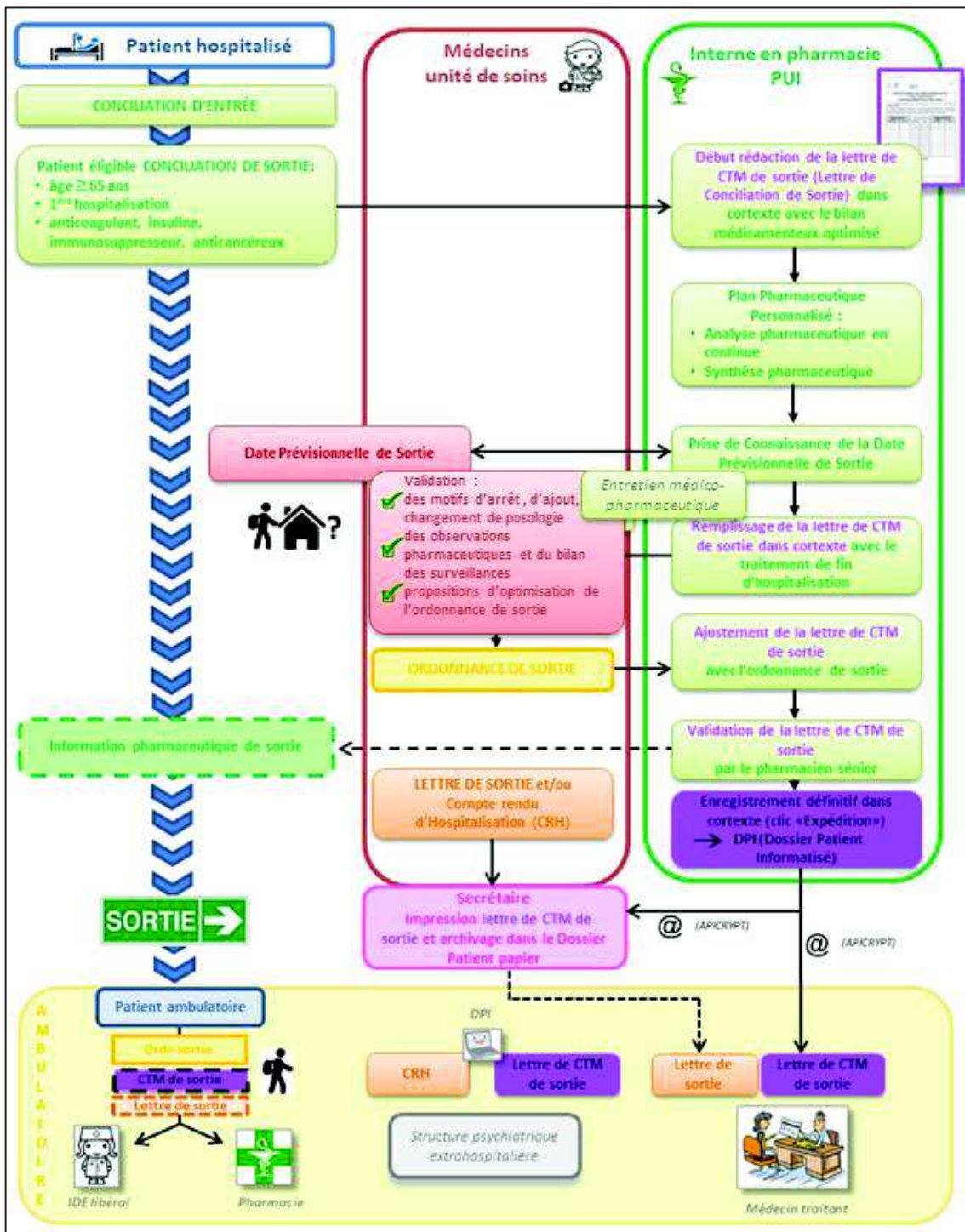


Figure 7: Organisation de l'activité de CTM de sortie à l'EPSM Caen

6.5.1 Première étape : conciliation à l'admission et repérage des patients éligibles à une CTM de sortie

Tous les matins, l'interne en pharmacie prend connaissance des nouvelles entrées des services dont il est référent. Il communique à l'externe en pharmacie la liste des nouveaux patients à concilier à l'admission. L'interne peut repérer les patients éligibles à une CTM de sortie en tenant compte des FDR précédemment définis soit :

- lorsqu'il prend connaissance des nouvelles admissions du service. Il repère si les patients ont un âge ≥ 65 ans et/ou s'il s'agit d'une première hospitalisation à l'EPSM en consultant l'historique des séjours ;
- lors de la validation de la CTM d'entrée, si le BMO du patient contient des médicaments à marge thérapeutique étroite : insuline, anticoagulants, immunomodulateurs et anticancéreux.

L'interne commence la rédaction de la lettre CTM de sortie dans le logiciel CORTEXTE dès l'obtention du BMO issu de la CTM d'entrée. Pour ce faire, le BMO est saisi dans la première colonne du support de la lettre de CTM de sortie.

6.5.2 Deuxième étape : utilisation du suivi pharmaceutique

Comme décrit dans la partie 6.4.2 relative à l'utilisation du suivi pharmaceutique, l'interne en pharmacie et/ou le pharmacien réalise en continu l'analyse pharmaceutique approfondie de toutes les prescriptions du patient et y inscrit les informations pharmaceutiques pertinentes. L'intérêt de tracer ces données dans le suivi pharmaceutique est double. Premièrement, c'est une obligation pour le pharmacien d'inscrire dans le dossier médical du patient les interventions qu'il a pu effectuer pendant son hospitalisation en lien avec la prise en charge médicamenteuse. Deuxièmement, cela facilite l'accès à ces données lors de la rédaction de la lettre de CMT de sortie. En effet, au moment de la rédaction de la lettre de CTM de sortie, l'interne ou le pharmacien sélectionne les informations pertinentes qui sont inscrites dans les différentes cibles du suivi pharmaceutique pour les faire figurer dans la synthèse pharmaceutique.

6.5.3 Troisième étape : prise de connaissance de la date prévisionnelle de sortie et rédaction de la synthèse pharmaceutique

L'obtention de la date prévisionnelle de sortie peut s'avérer difficile, d'autant plus que l'interne en pharmacie n'est pas constamment présent dans le service de soins. Pour en être tenu informé du mieux possible, plusieurs moyens peuvent être employés :

- via les externes présents le matin dans les services de soins ;
- par un passage régulier de l'interne en pharmacie dans les services de soins. L'interne peut alors rencontrer le médecin référent du patient ciblé ou d'autres membres de l'équipe soignante et être informé de son éventuelle sortie. A cette occasion, il peut aussi prendre connaissance des éventuelles sorties en consultant la planification murale ;
- par un appel téléphonique dans le service de soins ;

- via un « flyer » (Figure 22 page 84) en déposé dans le dossier du patient éligible à une CTM de sortie. Ce « flyer » constitue un marqueur visuel incitant les médecins à prévenir l'interne en pharmacie de la sortie éventuelle du patient ciblé.

L'obtention de la date prévisionnelle de sortie est essentielle pour finaliser la rédaction de la lettre de CTM de sortie. En effet, dès qu'il la connaît, l'interne en pharmacie peut :

- réaliser la comparaison du traitement de fin d'hospitalisation avec le BMO ;
- repérer les divergences éventuelles ;
- préparer les IP d'optimisation éventuelles qu'il proposera au médecin avant que l'ordonnance de sortie du patient ne soit rédigée ;
- rédiger la synthèse pharmaceutique composée d'observations pharmaceutiques et du bilan des surveillances à poursuivre.

6.5.3.1 Observations pharmaceutiques

Les observations pharmaceutiques sont issues directement des différentes cibles du suivi pharmaceutique. Elles peuvent être de différentes catégories :

- prévention des EI ;
- information sur la galénique d'un médicament : libération immédiate/modifiée/prolongée ;
- conseils d'administration d'un médicament : répartition des prises... ;
- équivalence gouttes/milligrammes d'une solution buvable : plusieurs médicaments utilisés en psychiatrie sont disponibles en solution buvable ;
- conseils sur le plan d'administration (ex : prendre le médicament à jeun).

6.5.3.2 Surveillances réalisées et à poursuivre en ambulatoire

Ces surveillances sont proposées au MT avec pour objectif de faciliter la prise en charge de son patient en ambulatoire. Elles proviennent du suivi pharmaceutique. Ainsi peuvent être proposées :

- une surveillance cardiologique liée aux psychotropes : surveillance ECG pour prévenir l'apparition de Tdp par allongement de l'espace QT (*cf.* protocole de surveillance à l'EPSM Caen) ;
- une surveillance métabolique liée aux psychotropes : pour prévenir l'apparition d'un syndrome métabolique chez un patient traité au long cours par un neuroleptique (*cf.* tableau de surveillance du syndrome métabolique) ;

- une surveillance des signes anticholinergiques : ralentissement du transit (constipation), hyposialie, rétention urinaire, confusion... ;
- une surveillance sérologique et proposition des rappels vaccinaux adaptés ;
- un monitoring biologique (ex : surveillance de la lithiémie, Numération de la Formule Sanguine (NFS) avec la clozapine, surveillance INR pour des traitements par AVK, etc.) ;
- une surveillance poids, alimentation, dénutrition.

6.5.4 Quatrième étape : Entretien médico-pharmaceutique

Grâce à l'audit réalisé avant la mise en place de cette activité, nous avons remarqué que le traitement de fin d'hospitalisation diffère peu de celui-ci de l'ordonnance de sortie. Pour finaliser la rédaction de la lettre de CTM de sortie, l'interne en pharmacie rencontre le médecin qui rédigera l'ordonnance de sortie au cours d'un entretien médico-pharmaceutique. C'est lors de cet échange que sont validés les motifs d'ajout, d'arrêt et de changement de posologie, ainsi que les observations pharmaceutiques et le bilan des surveillances à poursuivre. De plus, au cours de cet entretien sont présentées au médecin des IP pour optimiser l'ordonnance de sortie. Ces IP d'optimisation sont acceptées ou refusées par le médecin et peuvent être de différentes natures :

- reprise de la spécialité du traitement habituel du patient : à l'admission du patient, plusieurs substitutions médicamenteuses sont réalisées pour que la prescription soit conforme au livret thérapeutique. Ne pas prescrire ces spécialités sur l'ordonnance de sortie peut s'avérer être confusiogène pour le patient ;
- réévaluation des médicaments prescrits en « si besoin » : l'interne en pharmacie regarde les historiques d'administration de ces médicaments. S'il n'y a pas eu d'administration durant l'hospitalisation se pose la question de maintenir cette ligne de prescription sur l'ordonnance de sortie ;
- préciser une date de fin (ex : pour une antibiothérapie) ;
- passage de la forme buvable à la forme comprimé : pour éviter les erreurs de doses, il est préférable de prescrire les formes comprimées plutôt que les formes en solutions buvables.

6.5.5 Cinquième étape : ajustement de la lettre de CTM de sortie

Dès la saisie de l'ordonnance de sortie du patient, la lettre de CTM de sortie est ajustée en tenant compte des remarques éventuelles issues de l'entretien médico-pharmaceutique. Ensuite, elle est validée par un pharmacien sénior puis enregistrée définitivement dans le DPI. Celle-ci est alors accessible aux structures psychiatriques ambulatoires de suivi, via notre DPI CORTEXTE.

La lettre de CTM de sortie contient donc les données médicamenteuses comme stipulées dans le décret du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaisons (4), à savoir :

- les traitements prescrits à la sortie ;
- les traitements arrêtés durant l'hospitalisation ;
- les motifs d'arrêt ou de remplacement des traitements.

Quand le patient n'est pas encore sorti, une information pharmaceutique sur son traitement de sortie peut lui être proposée dans le service. La lettre de CTM de sortie pourra alors lui être remise afin qu'il puisse aussi la présenter au pharmacien d'officine et/ou d'autres professionnels de santé libéraux.

6.5.6 Sixième étape : envoi de la lettre de CTM de sortie au médecin traitant

Comme nous avons pu le voir précédemment, l'envoi de la lettre de CTM de sortie au MT par messagerie sécurisée constitue le moyen le plus efficient en termes de sécurité et de rapidité. Nous avons donc choisi d'utiliser principalement cette modalité d'envoi en utilisant la messagerie sécurisée Apicrypt[®]. Le mail envoyé au MT est composé d'un message « type » adapté au nom, prénom et sexe du patient et de la lettre de CTM de sortie, enregistrée au format PDF en pièce jointe. Ce message « introductif », présenté en Figure 8, permet d'expliquer succinctement le processus de conciliation de sortie. Ce mail est également envoyé en copie au psychiatre et au pharmacien sénior.

Il arrive cependant que le MT n'ait pas souscrit à une adresse mail de messagerie sécurisée. Dans ce cas, la lettre de CTM de sortie est imprimée et envoyée par courrier postal.

Mail au médecin traitant

Objet du mail :

Lettre de Conciliation des Traitements Médicamenteux

Corps du mail :

Cher confrère,

Votre patient[e] M/Mme XXXXXXXX, né[e] le XXXXX, a été hospitalisé[e] du 03/10/2018 au 13/10/2018 à l'EPSM de Caen.

A son entrée, nous avons établi un bilan des médicaments qu'[il/elle] prenait avant son hospitalisation. Vous trouverez en pièce jointe une synthèse intégrant ce bilan et les évolutions suite à cette hospitalisation, des observations pharmaceutiques et un bilan des surveillances effectives et à poursuivre.

Veillez recevoir mes cordiales salutations.

Alexis Landry - Interne en pharmacie
EPSM de Caen

Figure 8: Mail envoyé au médecin traitant

6.6 Enquête de satisfaction et de besoins auprès des médecins traitants

6.6.1 Conception d'un questionnaire Google forms®

Fidèles à notre volonté d'optimiser nos pratiques, nous avons voulu recueillir la satisfaction et les besoins des MT sur notre activité de CTM de sortie. En effet, qu'ils soient positifs ou négatifs, il est indispensable de recueillir les avis de nos principaux interlocuteurs. Pour cela un court questionnaire en ligne Google forms® a été élaboré. La création de ce type de questionnaire est assez simple et se fait directement en ligne via l'application Google forms®.

Le questionnaire est divisé en trois parties :

- évaluation de la pertinence des informations pharmaceutiques transmises ;
- évaluation du support utilisé ;
- modalités d'envoi et de réception de la lettre de CTM de sortie.

Une dernière question à réponse libre permet de recueillir les remarques et les propositions d'optimisation pour notre activité. Le questionnaire complet est présenté en Annexe 4.

Le lien hypertexte du questionnaire était joint à la lettre de CTM de sortie pour en faciliter l'accès. Ainsi tous les MT ayant reçu une lettre de CTM de sortie par messagerie Apicrypt® pouvaient y répondre en cliquant simplement sur celui-ci. Pour les lettres de CTM de sortie

envoyées par courrier postal, le questionnaire était imprimé et joint à la lettre de CTM. Une enveloppe pré-timbrée était mise à disposition des MT afin qu'ils puissent nous retourner le questionnaire dûment complété. Enfin, dans certains cas, nous avons obtenus directement les réponses du questionnaire par téléphone. Il s'agissait de MT à qui nous avons déjà envoyé une lettre de CTM de sortie, que nous devions contacter à propos d'un de leurs patients. Nous profitons alors de cet appel pour recueillir leurs réponses à notre questionnaire.

7 Résultats

Dans cette partie seront présentés dans un premier temps les résultats des 10 mois d'activité de CTM de sortie dans deux services d'admission psychiatrique puis dans un second temps seront présentés les résultats de l'enquête de satisfaction et de besoins à laquelle les MT ont répondu.

7.1 Obtention des résultats

Pour obtenir les résultats de notre période d'évaluation nous avons contacté le DIM de l'établissement pour extraire du logiciel CORTEXTE les données nécessaires à notre étude. Toutes ces données ont été ensuite consignées dans un tableur du logiciel Microsoft® Office Excel® version 2016 et leur exploitation à partir de formules adaptées a permis d'obtenir les résultats de l'étude.

Les résultats de l'enquête de satisfaction et de besoins auprès des MT ont été facilement obtenus. En effet, un des avantages de ce type de questionnaire est l'implémentation automatique de toutes les réponses sous forme de tableau dans un document Google Sheet®. Ce format est compatible avec le tableur Excel® et permet d'exploiter aisément les réponses recueillies.

7.2 Caractéristiques générales de la population

Durant la période d'étude, il y a eu 442 admissions dans les deux services correspondant à 282 patients. En effet, certains patients ont été hospitalisés plusieurs fois pendant la période de l'étude. Nous avons même relevé jusqu'à 8 admissions pour un même patient. Le pourcentage de patients conciliés à leur admission s'élève à 94,5 % (n = 418). Au moins une erreur médicamenteuse a été interceptée pour 22 % (n = 97) des admissions. L'âge moyen des patients était de 43,9 ans. Le patient le plus jeune était âgé de 15 ans et le plus âgé de 91 ans. Le sex-ratio homme/femme était égal à 1 (221 hommes et 221 femmes). La durée moyenne d'une hospitalisation était de 12 jours. Le plus court séjour était de 6 heures et le plus long était de 118 jours. Les caractéristiques générales de la population sont présentées dans le Tableau 5.

Tableau 5: Caractéristiques principales de la population des patients à l'admission

Durée de l'étude (en mois)	10
Nombre d'admissions	442
Nombre de patients conciliés à l'admission	418 (94,5 %)
Pourcentage d'admissions avec au moins 1 erreur médicamenteuse interceptée	97 (22 %)
Âge moyen (en années)	43,9 [15 – 91]
Sex-ratio H /F	1
Durée moyenne d'une hospitalisation (en jours)	12 [0,25 – 118]

7.3 Modes d'entrée des patients

Pour 64 % (n = 284) des admissions, les patients provenaient d'un service d'urgence d'un autre Centre Hospitalier (CH). Les patients étaient envoyés par un médecin ou un psychiatre de l'EPSM, dans 18 % des cas (n = 79) et par un médecin extérieur dans 14 % (n = 62). Ils arrivaient d'un service de Médecine Chirurgie Obstétrique dans 3 % (n = 12) et pour 1 % (n = 5) des patients, ils étaient envoyés par un psychiatre libéral/de ville. La Figure 9 représente la répartition des modes d'entrée des patients admis durant l'étude.

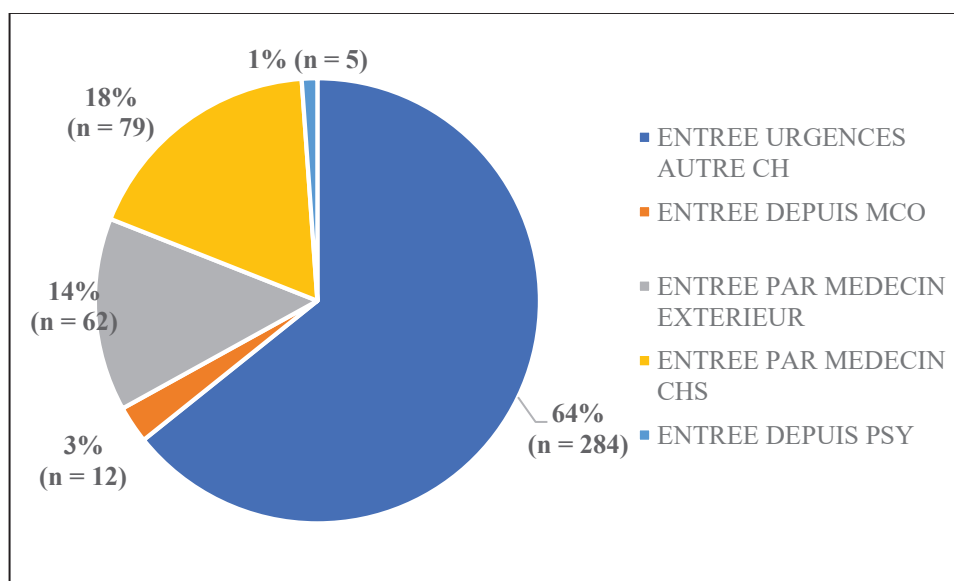


Figure 9: Modes d'entrée des patients

7.4 Modes de sortie des patients

Nous avons constaté qu'à leur sortie de l'hôpital les patients retournaient principalement à leur domicile. En effet, 86 % (n = 382) des séjours d'hospitalisation se soldent par un retour du patient à son domicile. Nous avons différencié d'autres modes de sortie :

- transfert du patient vers un autre CH pour 6 % (n = 27) des séjours d'hospitalisation ;
- sortie du patient sans autorisation (sortie contre avis médical, fugue...) pour 5 % (n = 21) des séjours d'hospitalisation ;
- non renseigné pour 3 % (n = 12) des séjours d'hospitalisation.

La Figure 10 présente les différents modes de sortie.

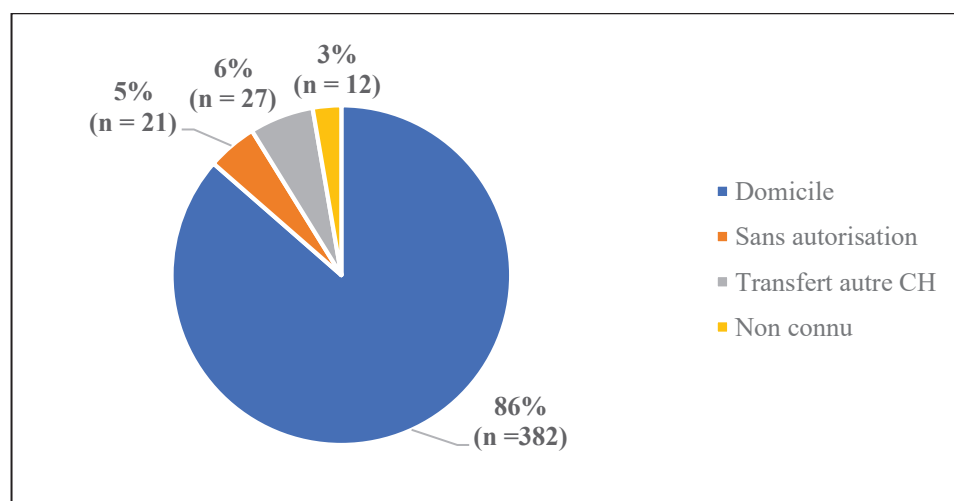


Figure 10: Modes de sortie des patients

7.5 Résultats de l'activité de CTM de sortie

Parmi les 442 patients admis pendant cette période, 31,2 % (n = 138) ont été identifiés lors de leur admission comme « patients à risque » donc éligibles pour une CTM de sortie.

Nous avons concilié 92 patients en sortie, 42 % (n = 39) étaient des hommes et 58 % (n = 53) étaient des femmes (sex-ratio H/F = à 0,7). La moyenne d'âge de ces patients était de 51,1 ans. Le plus jeune patient concilié était âgé de 15 ans et le plus âgé avait 91 ans. Nous avons exclu 10 patients éligibles car ils étaient toujours hospitalisés à la fin de notre étude. La Figure 11 représente le diagramme de flux.

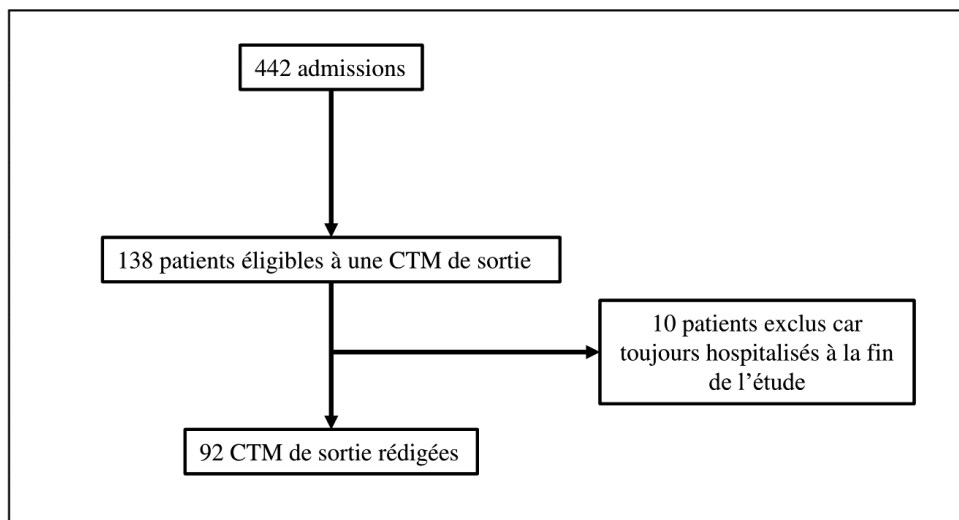


Figure 11: Diagramme de flux

Au total les patients avec des FDR ont été conciliés à 72 % (92 patients sur 128) comme présenté dans la Figure 12.

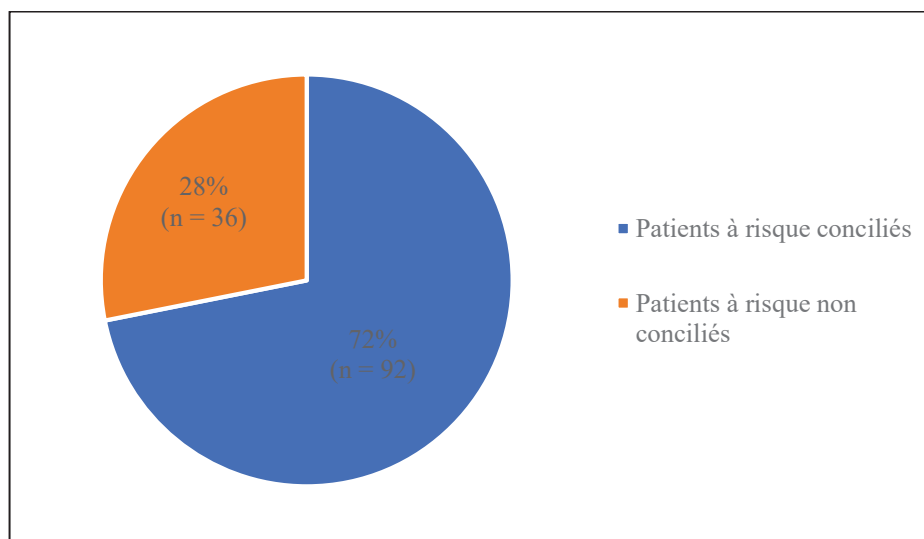


Figure 12: Taux de patients à risque conciliés en sortie

7.6 FDR des patients ayant bénéficiés d'une conciliation de sortie

Le FDR « 1^{ère} hospitalisation à l'EPSM » est celui qui a été majoritairement identifié à l'admission des patients et concernait 60 patients (soit 65,2 %). L'âge ≥ 65 ans concernait 30 patients (soit 32,6 %) et les traitements avec des médicaments à marge thérapeutique étroite 2 patients (soit 2,2 %). Ces 2 derniers patients étaient traités par des anticoagulants oraux. Le Tableau 6 présente les caractéristiques générales des patients ayant bénéficiés d'une CTM de sortie.

Tableau 6: FDR des patients ayant bénéficiés d'une CTM de sortie

FDR identifiés	Nombre de patients (%)
1 ^{ère} hospitalisation à l'EPSM	60 (65,2 %)
Age \geq 65 ans	30 (32,6 %)
Traitement avec médicaments à marge thérapeutique étroite	2 (2,2 %)

7.7 Conciliations de sortie proactives ou rétroactives ?

Durant ces 10 mois, 92 conciliations ont été rédigées, 80,4 % (n = 74) l'ont été de manière proactive (avant la sortie du patient) et 19,6 % (n = 18) ont été réalisées de façon rétroactive. La répartition des conciliations proactives et rétroactives est présentée dans le Tableau 7.

Tableau 7: Répartition des conciliations proactives et rétroactives

Nombre conciliations de sortie rédigées	92
proactives	74 (80,4 %)
rétroactives	18 (19,6 %)

7.8 Patients éligibles mais non conciliés

Certains patients pourtant éligibles à une conciliation de sortie n'ont pas pu être conciliés. Cela concerne 36 patients. Nous avons identifié plusieurs causes illustrées dans la Figure 13.

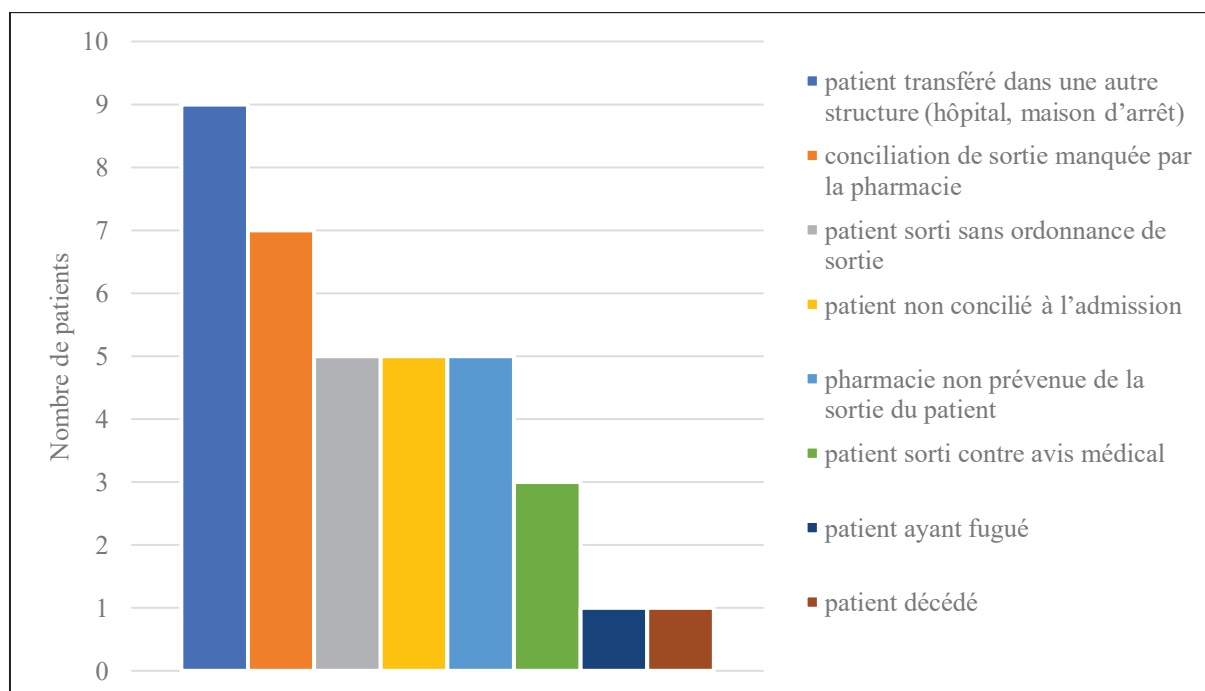


Figure 13: Causes pour lesquelles la lettre de CTM de sortie n'a pas été réalisée

Pour ces patients, la durée d'hospitalisation était de 3,5 jours. Les FDR principalement identifiés étaient : première hospitalisation à l'EPSM et âge ≥ 65 ans (cf. Tableau 8)

Tableau 8: FDR des patients éligibles non conciliés

Nombre de patients éligibles non conciliés :	36
- 1ère H	30
- Âge ≥ 65 ans	5
- Traitement par anticoagulant	1
Durée moyenne d'un séjour (en jours)	3,5

7.9 IP d'optimisation de l'ordonnance de sortie

Quatre-vingt-trois IP d'optimisation ont été proposées au médecin avant que celui-ci ne rédige l'ordonnance de sortie du patient. Celles-ci ont été acceptées à 83,1 % (n = 69) et refusées à 16,9 % (n = 14) comme le représente la Figure 14.

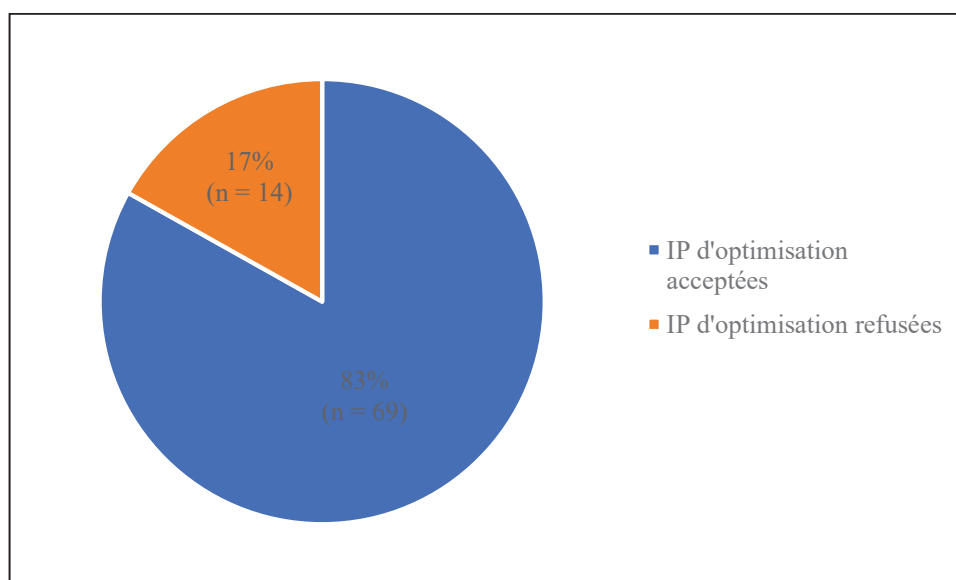


Figure 14: Taux d'acceptation des IP d'optimisation de l'ordonnance de sortie

L'analyse pharmaceutique du traitement de fin d'hospitalisation du patient abouti à des propositions d'optimisation de l'ordonnance de sortie. Les IP d'optimisation sont de nature différente. Ainsi, l'arrêt d'un médicament prescrit en « si besoin » et non administré pendant l'hospitalisation a été proposé 47 fois. C'est le type d'IP majoritairement effectué. A l'admission du patient, des substitutions de traitement, en conformité avec le livret thérapeutique de l'établissement sont effectuées (ex : esomeprazole 20 mg substitué par EUPANTOL 20 mg). La reprise du traitement habituel du patient a été proposée 19 fois. Le passage de la forme solution buvable à la forme comprimé a été suggéré 7 fois, l'arrêt ou l'adaptation d'un traitement 5 fois, l'ajout d'une date de fin 3 fois et nous sommes intervenu 2 fois car un médicament avait été oublié d'être resprescrit. Ces résultats sont représentés dans la Figure 15.

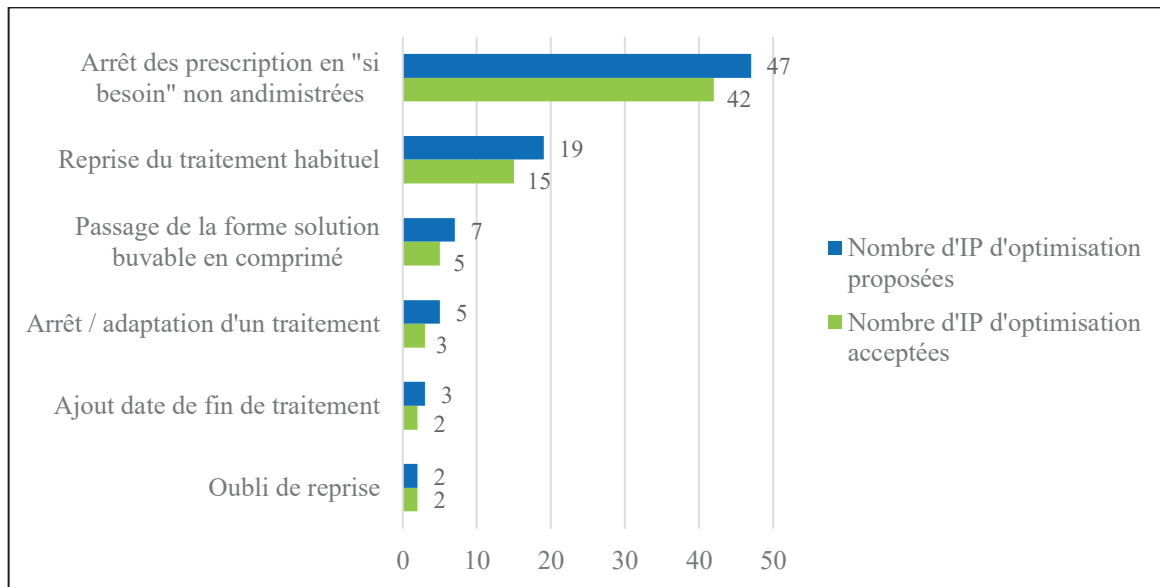


Figure 15: Types d'IP d'optimisation proposés pour l'ordonnance de sortie du patient

7.10 Types d'informations transmises au médecin traitant

En plus d'un bilan médicamenteux, figurent sur la lettre de CTM de sortie un bilan des surveillances effectuées et à poursuivre après hospitalisation et des observation pharmaceutiques. Nous avons comptabilisé et catégorisé ces différentes informations.

7.10.1 Surveillances effectuées et à poursuivre après l'hospitalisation

Les traitements psychotropes, en particulier les neuroleptiques étant donné leurs effets secondaires, nécessitent la surveillance de certains paramètres notamment cardiologiques et métaboliques. Plusieurs types de surveillances ont donc été proposées au MT pour optimiser la suite de la prise en charge de leurs patients. Des surveillances non spécifiques à la psychiatrie ont aussi été proposées comme par exemple la surveillance d'un traitement par AVK avec un contrôle régulier de l'INR, des recommandations sur les rappels vaccinaux... Au total 110 surveillances ont été proposées. Sur 81 lettres de CTM de sortie, soit 88 %, figuraient au moins une surveillance à poursuivre. Les deux principaux types de surveillance sont les surveillances cardiologiques 40,9 % (n = 45) et métaboliques 25,5 % (n = 28). La Figure 16 représente les différents types de surveillance et le nombre de fois qu'elles ont été proposées.

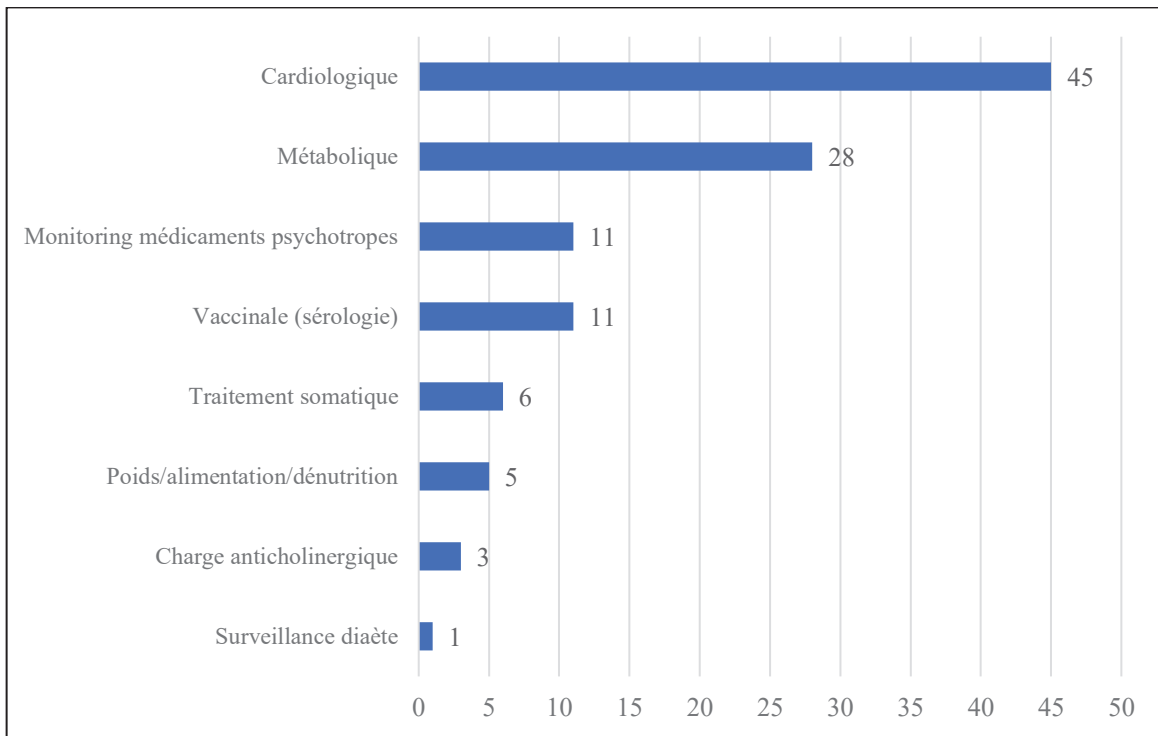


Figure 16: Types de surveillance à poursuivre

Nous avons détaillé chaque catégorie de surveillance en les illustrant par quelques exemples directement extraits des lettres de CTM de sortie rédigées (voir Tableau 9, liste non exhaustive).

Tableau 9: Exemples de surveillances proposées

Types de surveillances	Exemples
Cardiologique	L'association rispéridone + escitalopram majore le risque d'apparition de Tdp par allongement de l'espace QT : ECG à réaliser tous les ans (ECG du 14/02/2018 QTc = 424 ms => pas d'allongement de l'espace QT) ou en cas d'ajout d'un médicament torsadogène
Métabolique	Si poursuite au long court d'un traitement par neuroleptique, surveiller l'apparition d'un syndrome métabolique : <ul style="list-style-type: none"> - Poids tous les 3 mois - Glycémie à jeun dans 3 mois puis tous les ans - Bilan lipidique dans 3 mois puis tous les 5 ans - Surveillance tensionnelle à poursuivre
Monitoring des médicaments psychotropes	Surveillance de la natrémie avec un traitement par antidépresseur (ex : venlafaxine) car risque d'hyponatrémie. Introduction de clozapine, surveillance hebdomadaire de la NFS pendant les 18 premières semaines de traitement puis NFS mensuelle (carnet de suivi remis au patient). Surveillance de la lithiémie tous les 2/3 mois avec un traitement par lithium (TERALITHE), en cas d'ajout de médicament pouvant provoquer une insuffisance rénale transitoire et devant tout signe de déshydratation.
Vaccinale	Rappels des recommandations vaccinales. Proposition d'anticipation du rappel si sérologie négative en adéquation avec le calendrier vaccinal.
Traitement somatique	Surveillance de l'INR pour les patients traités par AVK, dosage TSH pour les patients traités par hormones thyroïdiennes, bilan martial pour les patients traité par FUMAFER...
Poids/Alimentation/Dénutrition	Poids le plus récent, surveillance + avis diététicien
Charge anticholinergique	Pour les patients avec un traitement ayant une charge anticholinergique importante, surveillance des effets anticholinergiques : hyposialie, rétention urinaire, constipation...
Diabète	Transmission des dernières glycémies mesurées pendant l'hospitalisation

7.10.2 Observations pharmaceutiques

Pour compléter la synthèse pharmaceutique de la lettre de CTM de sortie, sont également transmises au MT différentes observations pharmaceutiques. De la même manière que pour les surveillances à poursuivre, nous avons comptabilisé et catégorisé ces observations pharmaceutiques. Au total 72 observations pharmaceutiques ont été transmises. Ainsi 71 lettres de CTM de sortie, soit 77 %, présentaient au moins une observation pharmaceutique. Les trois principaux types d'observation pharmaceutique transmis sont :

- la prévention des EI pour 29,2% (n = 21) ;
- les conseils sur le plan d'administration pour 22,2 % (n = 16) ;
- les commentaires détaillés sur la prise en charge pour 22,2 % (n = 16).

La Figure 17 représente les différents types d'observations pharmaceutiques ainsi que le nombre de fois qu'elles ont été proposées.

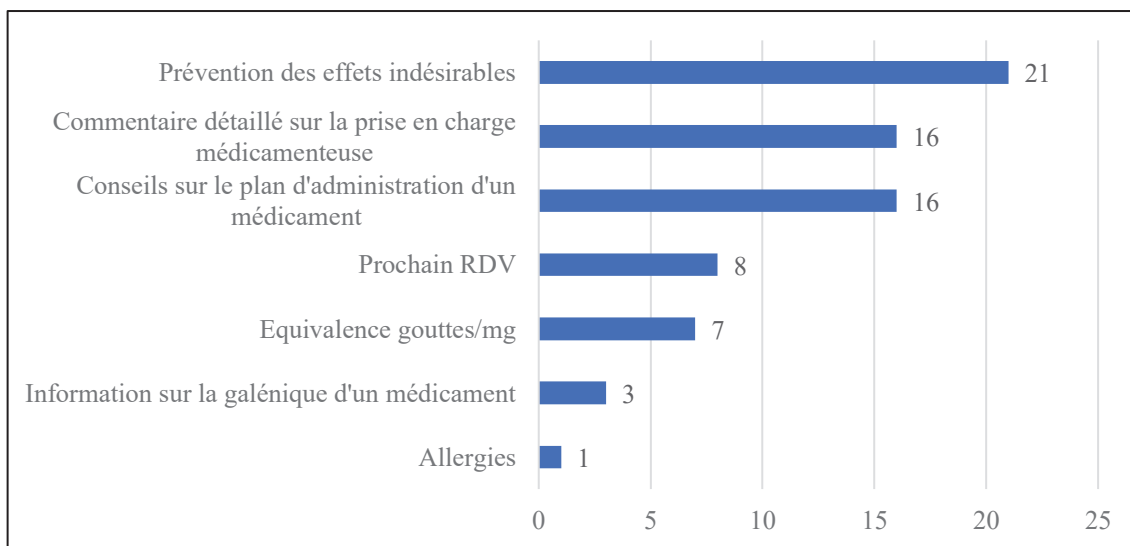


Figure 17: Types d'observations pharmaceutiques

Sur le même modèle que pour les surveillances à poursuivre, le Tableau 10 détaille chaque type d'observation pharmaceutique via des exemples concrets issus des lettres de CTM de sorties rédigées.

Tableau 10: Exemples d'observations pharmaceutiques proposées

Types d'observations pharmaceutiques	Exemples
Prévention des EI	<p>Contrôle du bilan hépatique sous duloxétine</p> <p>L'association de plusieurs benzodiazépines est déconseillée car elle entraîne une compétition au niveau des récepteurs et peut faire apparaître des effets paradoxaux.</p> <p>L'association d'un fibraté et d'une statine peut provoquer une toxicité musculaire</p>
Commentaire détaillé sur la prise en charge médicamenteuse	<p>Explications détaillées des changements de traitement avec arguments biologiques ; Conseils sur l'adaptation posologique (ex : metformine)</p> <p>Détail d'une quadrithérapie pour une éradication d'<i>Helicobacter pylori</i></p> <p>Réévaluation d'une posologie infrathérapeutique</p> <p>Délivrance des médicaments toutes les 48h pour éviter le mésusage par le patient</p>
Conseils sur le plan d'administration d'un médicament	<p>Précision sur les fréquences d'administration de différents médicaments ex : vitamine B12 et vitamine D, HUMIRA</p> <p>Prochaine date d'injection d'un neuroleptique à action prolongé</p>
Prochain RDV du patient	Centre Médicaux Psychologique, Addictologue, endocrinologue, gynécologue...
Equivalence gouttes/mg	<p>Ex : LYSANXIA</p> <p>1 goutte = 0,5 mg</p>
Informations sur la galénique d'un médicament	<p>Comprimés de lamotrigine sont friables et ne peuvent être coupés</p> <p>Adaptation galénique du TERALITHE : passage de la forme à Libération Prolongée (LP) à la forme à libération immédiate car le patient « mâche » ses comprimés de forme LP</p>
Allergies	Médicamenteuses, alimentaires

La Figure 18 est un exemple d'une lettre de CTM de sortie complétée avec des surveillances à poursuivre et des observations pharmaceutiques citées dans le Tableau 9 et le Tableau 10.


 EPSM de CAEN 15 ter rue Saint-Ouen / BP 223 / 14012 CAEN cedex Tél. 02 31 30 50 50					
Rédaction :	Le	Destinataire : Médecin traitant			
Validée par :	Dr. <i>Interne en Pharmacie</i> Dr. <i>Pharmacien</i> Dr. <i>Médecin psychiatre</i> Dr. <i>Médecin généraliste</i>				
Lettre de Conciliation des Traitements Médicamenteux à la Sortie d'Hospitalisation de Monsieur né le .../.../1995 hospitalisé du au					
Traitement médicamenteux pris AVANT hospitalisation		Evolutions et explications		Traitement médicamenteux en SORTIE d'hospitalisation	
Médicament (nom, forme, dosage)	Posologie	Qualification	Motif	Médicament (nom, forme, dosage)	Posologie
Olanzapine 10 mg cp	0 – 0 – 1	Arrêté	Changement pour ABILIFY MAINTENA		
		Ajouté	Schizophrénie affective	ABILIFY MAINTENA 400 mg inj	1 injection tous les 28 jours ; prochaine le 03/01/2017
		Ajouté	Difficultés d'endormissement	VALIUM 1% sol buv	15 mg au coucher (soit 50 gouttes)
		Ajouté	Insomnie	IMOVANE 7,5 mg cp	1 cp au coucher si besoin
		Ajouté	Schizophrénie affective	TERALITHE 250 mg cp	1 – 0 – 2
Observations PHARMACEUTIQUES et bilan des SURVEILLANCES : Surveillance cardio-métabolique réalisée et à prévoir : <ul style="list-style-type: none"> • Majoration du risque de torsades de pointe par allongement du QT (ABILIFY MAINTENA + TERALITHE) : ECG à réaliser dans 6 mois puis 1 fois par an (ECG du 17/10/2017 QTc = 400 ms) ou en cas d'ajout d'un médicament torsadogène • Dans le cadre de la prévention du syndrome métabolique (patient traité au long cours par neuroleptiques et lithium) : <ul style="list-style-type: none"> – Poids tous les 3 mois (60 kg le 18/10/2017) – Glycémie à jeun dans 3 mois puis tous les ans – Bilan lipidique dans 3 mois puis tous les 5 ans – Surveillance tensionnelle à poursuivre (120 / 70 mmHg le 06/12/2017) – TSH tous les ans (dernière TSH du 17/11/2017 normale à 3,04 mUI/l) <p>Le patient a tendance à « croquer » ses comprimés : la forme à libération immédiate de TERALITHE 250 mg cp à été choisie car les comprimés peuvent être écrasés. (ce n'est pas le cas avec les comprimés à libération prolongée de TERALITHE LP 400 mg)</p> <p>Dernière lithiémie du 21/12/2017 = 0,68 mEq/l (Intervalle thérapeutique de la forme à libération immédiate : 0,5 à 0,8 mEq/l).</p> <p>Prochaine lithiémie à faire tous les mois pendant 3 mois puis tous les 2 mois et devant toute situation de modification de la fonction rénale (ajout de médicament induisant une insuffisance rénale transitoire, déshydratation, diarrhée, etc..) Dernière fonction rénale le 21/12/2017, DFG estimé à 107 mL/min.</p> <p><u>Information médicament :</u> VALIUM sol buv : 1 goutte = 0,3 mg</p>					

Figure 18: Exemple d'une lettre de CTM de sortie rédigée

7.11 Résultats de l'enquête de satisfaction et de besoins

Nous avons obtenu 22 réponses au questionnaire pour 48 MT sollicités, cela représente un taux de participation de 46 %. Les réponses ont été recueillies principalement en ligne (n = 17), 3 obtenues directement par téléphone et 2 questionnaires ont été retournés par courrier postal.

7.11.1 Pertinence des informations pharmaceutiques transmises

Les MT trouvent, pour 95,5 % (n = 21) d'entre eux, que les observations pharmaceutiques et les surveillances proposées sont applicables et très utiles, notamment les motifs de changement d'un traitement et la prévention des EI. Les MT ont répondu à 82 % (n = 18) que la lettre de CTM de sortie les avait aidé dans la prise en charge de leur patient. La Figure 19 représente en détail les avis des MT concernant la pertinence des informations transmises sur la lettre de CTM de sortie.

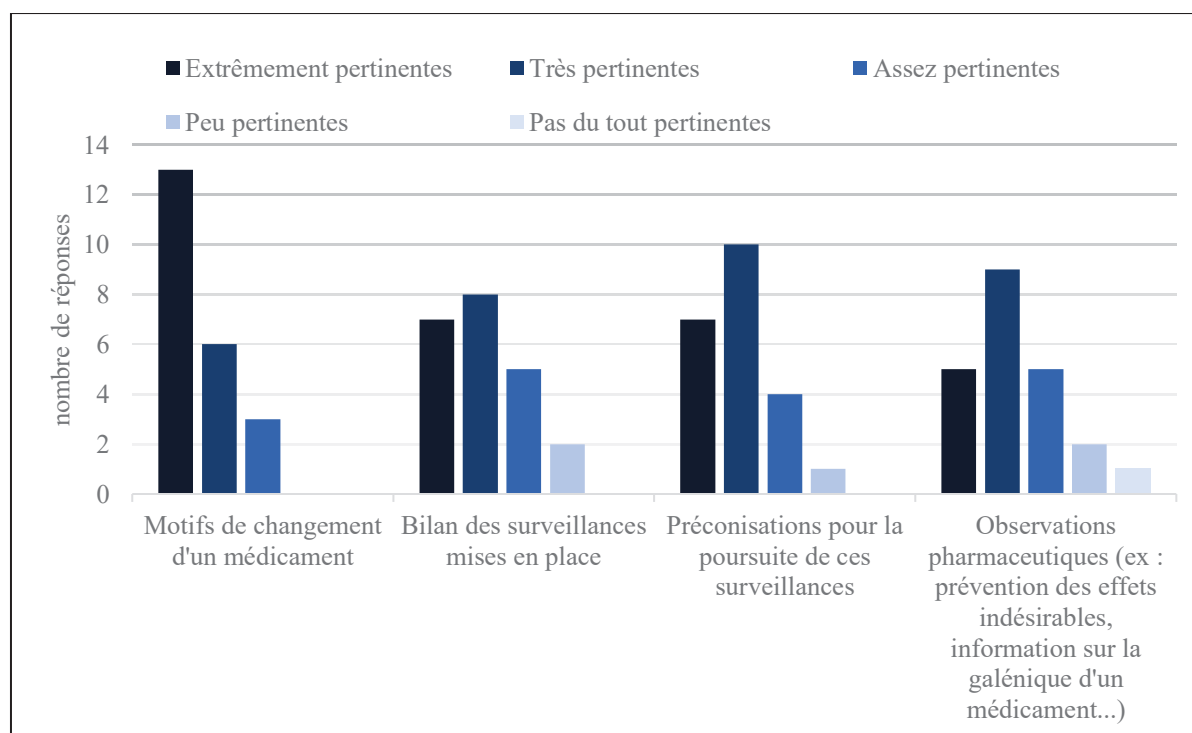


Figure 19: Pertinence des informations transmises

7.11.2 Evaluation du support utilisé

Il y a au moins 86,3 % (n = 19) des MT qui estiment que le support de la lettre de CTM de sortie est : très lisible, très claire, très complet, très facile à utiliser et pas trop long. Les détails des réponses concernant l'évaluation du support de la lettre de CTM de sortie par les MT sont exposés dans la Figure 20.

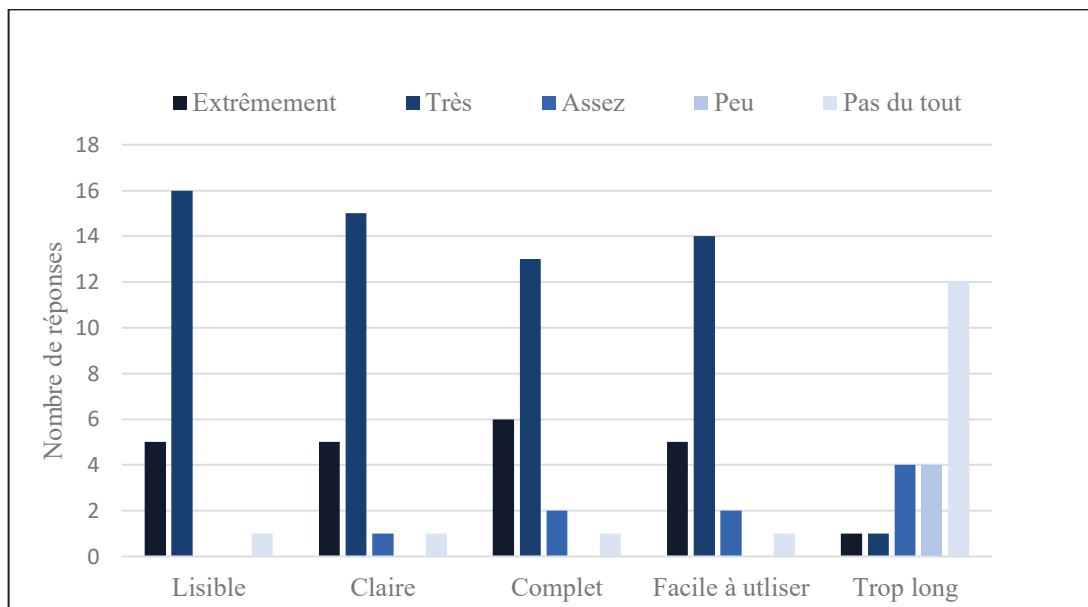


Figure 20: Evaluation du support de la lettre de CTM de sortie par les médecins traitants

7.11.3 Modalités d'envoi et de réception de la lettre de CTM de sortie

Pour 95,5 % (n = 21) des MT, le mode de transmission est très satisfaisant et 81 % (n = 18) ont intégré la lettre de CTM de sortie au dossier patient. De plus, 73 % (n = 16) des MT ont pris connaissance de la lettre de CTM de sortie avant de revoir leur patient en consultation.

7.11.4 Résultats de la question à réponse libre

La dernière question du questionnaire était une question à réponse libre afin que les MT puissent nous donner leur avis et leurs éventuelles propositions d'amélioration. Voici quelques-unes de leurs réponses :

- « avoir une conduite à tenir si manifestation d'un effet indésirable (arrêt du traitement, maintien...) » ;
- « avoir de courts rappels sur les associations médicamenteuses contre-indiquées » ;
- « avoir un numéro de téléphone pour joindre directement la pharmacie/le psychiatre référent... ».

7.12 Modalités d'envoi de la lettre de CTM de sortie

Nous avons fait le choix d'envoyer les lettres de CTM de sortie par messagerie sécurisée Apicrypt®. Ainsi 90,2 % (n = 83) lettres de CTM de sortie ont été, dès la sortie du patient, transmises par Apicrypt® au MT. Les autres lettres de CTM de sortie ont été adressées par courrier postal pour 7,6 % (n = 7) d'entre elles et 2,2 % (n = 2) des lettres de CTM de sortie n'ont pu être envoyées car le patient n'avait pas de MT. La Figure 21 représente les modalités d'envoi des lettres de CTM de sortie au MT.

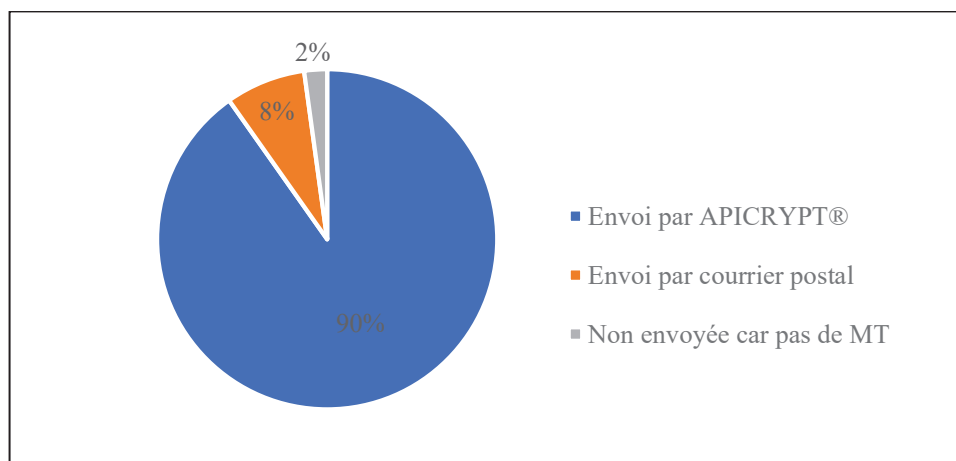


Figure 21: Modalités d'envoi des lettres de CTM de sortie au médecin traitant

8 Discussion

Dans cette partie les résultats de notre étude seront confrontés à ceux retrouvés dans la littérature, puis nous exposerons les difficultés et les limites soulevées par notre étude et enfin nous détaillerons les différentes perspectives d'avenir pour cette activité de CTM de sortie à l'EPSM Caen.

8.1 Interprétation des résultats

8.1.1 FDR choisis

Pour débiter notre activité de CTM de sortie, nous avons fait le choix de prioriser les patients éligibles à une CTM de sortie. En effet, lors de la période test d'octobre 2016 à avril 2017, tous les patients pouvaient bénéficier d'une CTM de sortie, nous nous sommes aperçus que la file active était trop importante pour pouvoir réaliser cette activité de manière efficiente. Ainsi, les FDR retenus étaient l'âge ≥ 65 ans, première hospitalisation à l'EPSM, traitement avec des médicaments à marge thérapeutique étroite (anticoagulants, insuline, immunomodulateurs et anticancéreux). Ces FDR de priorisation pour la conciliation médicamenteuse sont retrouvés dans plusieurs études (54,102,105). Nous avons pu constater que l'utilisation de ces FDR a permis d'identifier 31,2% ($n = 138$) des patients admis comme étant éligibles à une CTM de sortie. Cette valeur est légèrement supérieure à celles de deux études qui ont identifié respectivement 19 % et 24 % de patients à risque parmi les admissions (108,109). Les FDR utilisés dans ces études étaient l'âge ≥ 75 ans, médicaments à marge thérapeutique étroite, nombre de traitements à domicile, tabac, alcool.

Dans notre étude, le FDR le plus fréquemment identifié justifiant une conciliation de sortie était la première hospitalisation à l'EPSM ($n = 90$). Ces patients justifient leur statut de « patients à risque » car nous n'avons aucune information sur leurs antécédents, sur leurs traitements médicamenteux, leur pharmacie d'officine habituelle, s'ils sont suivis par des médecins

spécialistes... Comme abordé dans le SOP-Med'REC des high 5's (56), l'âge ≥ 65 ans constitue un FDR essentiel. Dans notre étude il est le second FDR le plus fréquemment identifié, 35 patients éligibles à une CTM de sortie étaient âgés de 65 ans ou plus. Enfin, seulement 3 patients étaient éligibles à une CTM de sortie car dans leur traitement habituel il y avait au moins un médicament à marge thérapeutique étroite. Pour cibler davantage de patients, d'autres critères pourront être utilisés, comme par exemple la demande du corps médical pour concilier un patient en sortie ou le nombre de médicaments du traitement habituel du patient (108).

8.1.2 Nombre de lettres de CTM de sortie rédigées : proactives/rétroactives

Nous avons rédigé 92 CTM de sortie. Sur les 138 patients éligibles, 10 ont été exclus car ces derniers étaient encore hospitalisés à la fin de l'étude. Cela représente un taux de patients à risque conciliés en sortie de 72 %. Les lettres de CTM de sortie ont été rédigées de manière proactive à 80,4 % (n = 74), c'est-à-dire avant la sortie du patient, et de manière rétroactive à 19,6 % (n = 18), c'est-à-dire après la sortie du patient. On retrouve dans la littérature peu d'études en psychiatrie. Dans l'une d'elles, Garriguet et *al.* ont réalisé un bilan de 3 ans d'activité de conciliation médicamenteuse d'entrée et de sortie en psychiatrie générale adulte. Le taux de patients conciliés en sortie était de 52 % et les conciliations étaient toutes réalisées de manière rétroactive (110). Dans une autre étude menée dans un hôpital psychiatrique à l'occasion d'un travail de thèse, les auteurs rapportent qu'en 5 mois d'activité seulement 7 conciliations de sortie ont pu être réalisées sur 82 patients éligibles et mettent en avant le manque d'information de la part de l'unité de soins concernant la date de sortie du patient (111). Alix et *al.*, ont recueillis dans leur étude, par un questionnaire de satisfaction, les critiques de MT car il y avait des divergences entre la lettre de CTM de sortie et le CRH (112) ; en effet les lettres de CTM de sortie étaient aussi rédigées de manière rétroactive. L'intérêt de réaliser les lettres de CTM de sortie en proactif est d'intervenir avant la sortie du patient et, dans le meilleur des cas, avant la rédaction de l'ordonnance de sortie afin de pouvoir proposer d'éventuelles IP d'optimisation de celle-ci.

8.1.3 Patients éligibles mais non conciliés

La mise en place d'une nouvelle activité demande du temps et amène des ajustements pour optimiser et rendre efficient le processus. Il est évidemment difficile de concilier l'intégralité des patients que ce soit à l'admission ou à la sortie. Au cours de notre étude, 36 patients à risque sur 128 (28 %) n'ont pas bénéficié d'une CTM de sortie. Nous avons tenté d'identifier les différentes causes responsables de ce résultat.

L'une d'elles est à mettre en relation le mode de sortie du patient. En effet, parmi les 36 patients non conciliés, 3 sont sortis contre avis médical, un patient a fugué et un autre est décédé. Cinq

patients sont sortis sans ordonnance de sortie, parce qu'il n'y avait eu aucun changement dans leur traitement habituel. Dans ce cas la lettre de CTM de sortie n'était pas rédigée. Pour également 5 patients, l'équipe pharmaceutique n'avait pas été prévenue de la sortie des patients et nous avons eu connaissance de ces sorties que plusieurs jours après. Dans ce contexte, le patient avait très certainement déjà revu son MT en consultation et il n'était plus pertinent de rédiger la lettre de CTM de sortie. Enfin, 9 patients ont été transférés dans d'autres structures médicalisées (hôpital, maison d'arrêt, ...). Nous n'étions que très peu prévenus de ces transferts souvent peu anticipés. Il s'agissait de patients pour qui la situation clinique nécessitait une prise en charge urgente dans un autre centre hospitalier, ou une demande très insistante des patients pour retourner dans leur structure initiale.

Une autre cause identifiée peut être expliquée par le manque de moyen humain et par manque de temps pharmaceutique. Pour ce faire, en cas d'absence de l'interne référent de l'activité, un pharmacien sénior en assurait la continuité en plus de ses tâches quotidiennes. Cependant, 7 lettres de CTM de sortie ont été manquées par manque de temps pharmaceutique dédié. Un autre interne en pharmacie en début d'internat était présent, mais il n'a pas été intégré à cette activité. En effet, elle nécessite des compétences pharmaceutiques d'analyse et de synthèse et ne peut donc être confiée qu'à un interne en fin de cursus ou un pharmacien sénior.

De plus, 5 patients, pour des raisons non déterminées, n'ont pas été conciliés à leur admission dans notre établissement empêchant ainsi la rédaction d'une lettre de CTM de sortie.

Enfin, nous avons calculé que pour cette population de patients le temps moyen d'une hospitalisation était de 3,5 jours. C'est une durée très courte qui peut expliquer en partie le nombre de conciliations de sortie non rédigées. En effet, le patient était concilié dans les 24 h de son admission, voir plus s'il s'agissait d'une admission pendant un week-end ou un jour férié. Il ne restait alors plus que 2 à 2,5 jours pour être averti de la sortie et pour anticiper la rédaction de la lettre de CTM de sortie. La durée d'hospitalisation influence directement la rédaction d'une lettre de CTM de sortie puisque la durée moyenne des séjours des patients ayant bénéficiés d'une lettre de CTM de sortie était de 18 jours contre 3,5 jours pour les patients non conciliés en sortie.

8.1.4 Intérêts du suivi pharmaceutique

Le module de suivi pharmaceutique dans le logiciel CORTEXTE a été mis en place à la mi-novembre 2017. L'activité de CTM de sortie est une activité chronophage car elle exige de nombreux « recopier » des informations notamment celui du BMO, du traitement de fin d'hospitalisation mais aussi des données qui figurent dans la synthèse pharmaceutique (bilan des surveillances à poursuivre et observation pharmaceutiques). L'avantage de ce suivi pharmaceutique est de pouvoir commencer la rédaction de la lettre de CTM de sortie dès

l'admission du patient (le BMO est inscrit sur le support de la lettre de CTM de sortie dès son obtention via la CTM d'entrée). Ensuite, ce suivi pharmaceutique est alimenté en continu pendant toute l'hospitalisation du patient permettant de construire un PPP grâce aux informations recueillies. Celles-ci seront utilisées lors de la rédaction finale de la lettre de CTM de sortie. C'est pourquoi, nous n'avons pas estimé le temps nécessaire à la rédaction d'une lettre de CTM de sortie. Il était difficile d'évaluer ce paramètre car la rédaction de la CTM de sortie était réalisée en continu pendant l'hospitalisation du patient.

La mise en œuvre de cette activité demande du personnel formé et disponible pour sa bonne réalisation. Nous avons donc organisé le suivi pharmaceutique en lien avec le parcours de soins du patient hospitalisé afin de le rendre intuitif pour un nouvel utilisateur. Il peut aussi être considéré comme un outil pédagogique pour les nouveaux internes en pharmacie en leur permettant d'avoir une approche structurée de la prise en charge médicamenteuse du patient et d'acquérir des réflexes dans les différentes activités de pharmacie clinique. L'organisation structurée du module de suivi pharmaceutique permet donc de former les nouveaux utilisateurs plus rapidement.

De plus, le suivi pharmaceutique informatisé permet au pharmacien qui en a l'obligation, de tracer directement dans le dossier du patient toutes les IP qu'il a pu effectuer pendant l'hospitalisation. Emilie PREVOST, dans son travail de thèse, rédigeait sur du papier des Comptes Rendus d'Analyse d'Ordonnance (CRAO) et les archivait dans le dossier papier des patients. Cependant, près de 40 % des CRAO n'était pas retrouvés dans le dossier papier du patient (113). Grâce à l'informatisation du suivi pharmaceutique l'activité pharmaceutique est donc tracée de manière pérenne. Ce suivi est directement intégré au DPI et est consultable par tous les professionnels de santé de l'EPSM. Cette accessibilité favorise la transmission d'informations sur le patient.

Initialement, le suivi pharmaceutique était seulement utilisé pour tracer les informations des patients éligibles à une CTM de sortie. Mais au fil du temps et à force d'y avoir recours, ce module est maintenant utilisé pour tous les patients, éligibles ou non, à une CTM de sortie. Son utilisation s'intègre de plus en plus à nos pratiques quotidiennes de pharmacie clinique. Principalement utilisé pour faciliter la rédaction de CTM de sortie, il est aussi très utile pour tracer des informations en lien avec la délivrance des médicaments ou en lien avec des problématiques autres que la conciliation (ex : association médicamenteuse déconseillée mais maintenue). Pour le moment, nous n'avons pas encore précisément évalué l'impact de son utilisation mais nous sommes déjà convaincus des bénéfices apportés. D'ailleurs, un mode opératoire est en cours de rédaction pour permettre à d'autres utilisateurs de standardiser son utilisation.

Néanmoins, sa mise en œuvre n'est pas encore optimale. Lors de la rédaction de la lettre de CTM de sortie, les éléments inscrits dans le suivi pharmaceutique ne s'intègrent pas automatiquement à la lettre de CTM de sortie. Il faut donc copier et coller, une à une, les informations pour les insérer à la lettre de CTM de sortie. C'est une amélioration à laquelle l'équipe pharmaceutique en lien avec celle de l'informatique doit réfléchir pour optimiser cette étape dans l'utilisation du suivi pharmaceutique.

8.1.5 IP d'optimisation proposées

Tout au long de notre étude, nous avons essayé de proposer aux médecins des IP d'optimisation de l'ordonnance de sortie. Cela s'apparente à de l'aide à la rédaction de l'ordonnance de sortie. Nous avons proposé 83 IP d'optimisation et 69 ont été acceptées soit 83,1 %. Cela démontre l'adhésion des médecins (psychiatres et somaticiens) à notre activité. Le but de cette démarche est, en plus de faciliter la rédaction par le médecin, d'obtenir une ordonnance de sortie qui soit claire avec des posologies compréhensibles par le patient, avec les formes galéniques les plus appropriées, avec les mêmes spécialités médicamenteuses qu'avant l'hospitalisation, sans doublon de prescription et sans protocole institutionnel retranscrits à tort. De plus, cela facilite ensuite la délivrance des médicaments par le pharmacien d'officine.

Pour illustrer ces propos, l'IP d'optimisation que nous avons proposé majoritairement est la « réévaluation des traitements prescrits en si besoin ». Celle-ci a été acceptée dans 89 % des cas et concernait principalement la classe des benzodiazépines. En effet, au début de notre activité nous nous sommes aperçus que beaucoup de benzodiazépines prescrites en si besoin n'étaient pas administrées pendant l'hospitalisation mais figuraient sur l'ordonnance de sortie. Notre démarche a donc permis de supprimer plusieurs lignes de traitement des ordonnances de sortie, de s'affranchir de délivrances superflues par le pharmacien d'officine et d'éviter des mésusages de la part des patients.

Pour éviter au patient tout risque de confusion avec son traitement à la sortie de son hospitalisation, nous étions vigilants sur l'adéquation entre la spécialité médicamenteuse habituelle du patient avant son hospitalisation et celle qui était reprise sur l'ordonnance de sortie. Ce type de proposition d'optimisation a été accepté à 79 %.

Plusieurs médicaments, notamment en psychiatrie, sont disponibles en solutions buvables. Cette forme est souvent prescrite à l'initiation du traitement car elle permet d'adapter plus facilement la posologie qu'avec la forme comprimé. Une fois la posologie minimale efficace trouvée un relais avec par la forme comprimé doit être envisagé sauf contraintes liées au patient (problèmes de déglutition...). La forme solution buvable présente plusieurs inconvénients en termes de conservation après ouverture du flacon mais aussi d'observance médicamenteuse. En effet, la manipulation de cette forme galénique peut être à l'origine d'erreurs de doses

administrées (114). Le patient doit savoir manipuler le dispositif pour prélever le bon volume, compter le bon nombre de gouttes ; parfois il peut même être amené à convertir les gouttes en milligrammes. Enfin certaines solutions buvables ont un goût désagréable. Ainsi, dès qu'il en était possible, nous proposons au médecin de prescrire la forme comprimé sur l'ordonnance de sortie. Ce type d'optimisation, accepté dans 72 % des cas, était principalement proposé au début de la période. Nous avons ensuite observé que certains médecins avait pris l'habitude de changer de forme galénique au moment de la sortie du patient avant même notre proposition d'optimisation.

Dans la littérature, l'hospitalisation est fréquemment associée à des changements de traitement. Certaines études ont montré que plus de 90% des patients hospitalisés sont concernés par des changements de traitement entre l'entrée et la sortie (115–117). Cependant la comparaison de ces études est délicate, du fait de méthodologies différentes. Celles-ci diffèrent par les modifications de traitement qui sont considérées, certaines ne tenant compte que des arrêts ou ajouts, d'autres considérant aussi les modifications de doses et/ou les substitutions.

8.1.6 Modes de sortie des patients

Pendant notre étude, les patients retournaient principalement à leur domicile (86 % des sorties, n = 382). Généralement, la sortie avait lieu sur avis médical et une ordonnance était remise au patient pour la poursuite de son traitement et son suivi dans les différentes structures extrahospitalières. D'autres patients (6 % des sorties, n = 27) ont été transférés dans un autre Centre Hospitalier Universitaire (CHU) ou CH pour différentes raisons. Par exemple, pour une dégradation de l'état du patient nécessitant une prise en charge plus spécifique, ou alors un transfert pour pratiquer un examen médical ne pouvant être réaliser à l'EPSM (une Imagerie par Résonance Magnétique, un examen radiologique, une consultation auprès d'un spécialiste...). Certains patients, représentant 5 % des sorties (n = 21), sont sortis contre avis médical ou ont fugué. Pour les patients sortis contre avis médical cela signifie que, si l'hospitalisation est réalisée sous le régime de soins psychiatriques libres, le patient peut à tout moment quitter l'établissement après avoir échangé avec son psychiatre, qui lui expliquera les risques consécutifs à une sortie prématurée. Si cette décision est maintenue, il appartient au patient de signer une décharge de responsabilité. Il est évident que dans ce contexte la sortie ne peut absolument pas être anticipée. Enfin pour seulement 3 % des sorties (n = 12) le mode de sortie n'était pas connu.

8.1.7 Informations transmises aux médecins traitants

Sur la lettre de CTM de sortie figurent, en plus du bilan médicamenteux entrée/sortie, des propositions de surveillances à poursuivre et des observations pharmaceutiques. Ces informations supplémentaires permettent d'une part la transmission au MT d'une lettre de CTM de sortie plus complète et d'autre part d'être en adéquation avec le décret du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaisons (4).

Lors de la rédaction de la lettre de CTM de sortie un bilan des surveillances initiées au cours de l'hospitalisation et à poursuivre en ambulatoire est validé avec les médecins. Cette analyse tient compte des données biologiques du patient et s'articule avec une surveillance protocolisée des traitements, en collaboration entre pharmaciens, médecins psychiatres et somaticiens. Ainsi, des propositions de surveillances à poursuivre après l'hospitalisation ont figuré sur 88 % des lettres de CTM de sortie. Les surveillances cardiologiques ont été majoritairement préconisées 40,9 % (n = 45) des surveillances. Puis les surveillances métaboliques à 25,5 % (n = 28). Ces résultats obtenus sont logiques en raison des principaux effets secondaires des médicaments psychotropes et notamment ceux des neuroleptiques. D'autant plus que sur 48 lettres de CTM de sortie le traitement de sortie comportait au moins un neuroleptique.

Par exemple, la surveillance cardiologique était transmise sur la lettre de CTM de sortie de la manière suivante :

« L'association ABILIFY + TERALITHE majore le risque de Tdp par allongement de l'espace QT : ECG à réaliser dans 6 mois puis 1 fois par an (ECG du 17/10/2017, QTc = 400 ms => pas d'allongement de l'espace QT) ou en cas d'ajout d'un médicament torsadogène »

Cette surveillance des patients sous neuroleptiques est essentielle car il est décrit que les patients schizophrènes présentent une surmortalité d'origine cardiovasculaire de 33 % par rapport à la population générale (118) et que la prise régulière d'antipsychotiques majorait de trois fois le risque de mort subite (119). De plus, nos préconisations permettent de sensibiliser les MT à la surveillance cardiologique des neuroleptiques car leur utilisation en médecine générale est très fréquente et une prescription sur deux de neuroleptiques est faite par des médecins généralistes (120). Il est légitime de se demander si la réalisation d'un ECG par le MT est facilement réalisable en pratique. Il faut savoir que la possession d'un appareil à ECG n'est pas obligatoire pour l'exercice de la médecine générale en France. Néanmoins, les recommandations actuelles le rendent incontournable pour un grand nombre de pathologies, notamment les pathologies chroniques, pour lesquelles le médecin généraliste est le professionnel de santé central du parcours de soins. Une étude menée sur 109 MT montrait que 54,1 % d'entre eux possédaient un appareil à ECG (121). De ce postulat, la poursuite des surveillances cardiologiques par le MT ne semble pas pleinement garantie.

La surveillance métabolique concernait la prévention de l'apparition d'un syndrome métabolique. Un message type était pré-rédigé puis complété avec les données personnelles du patient :

« Dans le cadre de la surveillance du syndrome métabolique (patient traité au long cours par neuroleptiques) :

- Poids tous les 3 mois (60 kg le 18/10/2017)
- Glycémie à jeun dans 3 mois puis tous les ans
- Bilan lipidique dans 3 mois puis tous les 5 ans
- Surveillance tensionnelle à poursuivre (120 / 70 mmHg le 06/10/2017) »

Nous n'avons pas proposé de surveillance de l'hyperprolactinémie car le dosage de la prolactine n'est pas protocolisé en routine à l'EPSM, comme peuvent l'être les surveillances cardiologiques et du syndrome métabolique.

D'autres surveillances somatiques ont été proposées comme le monitoring des traitements psychotropes, des recommandations vaccinales, ainsi que des observations pharmaceutiques. Ces informations permettent de renforcer la prise en charge du patient par son MT. Dans une étude écossaise, 90 % des médecins généralistes considéraient que ces informations facilitaient la continuité des soins (122). Il ne faut pas hésiter à renseigner ces informations sur la lettre de CTM de sortie de peur de la rendre moins lisible et surchargée. En effet, ces demandes d'informations émanent directement des MT, d'ailleurs plusieurs enquêtes de satisfaction en attestent (112,123).

8.1.8 Modalités d'envoi de la lettre de CTM de sortie aux médecins traitants

L'utilisation des messageries sécurisées par les professionnels de santé est appelée à se généraliser, pour répondre aux objectifs législatifs et réglementaires de sécurisation des échanges d'informations de santé. Ainsi pour garantir une transmission confidentielle des informations comme stipulé dans le décret n° 2016-95 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison (4), 90,2 % (n = 83) des lettres de CTM de sortie ont été envoyées par messagerie sécurisée Apicrypt®. Cependant tous les MT ne possèdent pas d'adresse de messagerie sécurisée puisque 7,6 % (n = 7) des lettres de CTM de sortie ont été transmises par courrier postal, faisant ainsi perdre le bénéfice d'une transmission électronique instantanée.

Certains éditeurs de logiciels de dossier patient commencent à intégrer la messagerie sécurisée dans leur interface. Avec cette innovation, il suffit d'un simple « clic » pour échanger de manière sécurisée des informations sur le patient. Le logiciel CORTEXTE utilisé à l'EPSM Caen ne dispose pas de cette fonctionnalité. La boîte de messagerie sécurisée est externe au

logiciel imposant plusieurs étapes informatiques. Ainsi, la lettre de CTM de sortie doit être enregistrée au format PDF puis ajoutée en pièce jointe. Pour obtenir l'adresse mail Apicrypt® des MT il faut consulter l'annuaire en ligne du site www.apicrypt.org. Le mail doit être rédigé en texte simple pour garantir la compatibilité informatique car l'utilisation d'une autre police bloque la transmission des mails. Cette succession de manipulations informatiques apparaît fastidieuse et chronophage pour son utilisateur. C'est pourquoi l'intégration de la messagerie sécurisée aux logiciels métiers des professionnels de santé sera un gain de temps significatif et incitera son utilisation.

8.1.9 Questionnaire de satisfaction et de besoins auprès des médecins traitants

Le but de cette enquête était d'évaluer la perception des MT, via un questionnaire de satisfaction et de besoins, sur notre activité de CTM de sortie. Nous avons réalisé 92 lettres de CTM de sortie. Sur 48 MT contactés, 22 ont répondu à notre questionnaire soit un taux de participation de 46 %. Alix *et al.*, ont aussi évalué la satisfaction des MT après l'envoi d'une lettre de CTM de sortie. Nous retrouvons pratiquement le même taux de participation qui était de 48 % (16 réponses sur 33 MT contactés) (112).

Dans notre étude les MT étaient très satisfaits à 95,5 % (n = 21) des informations transmises (surveillances à poursuivre et observations pharmaceutiques). Ce résultat est en accord avec d'autres études. Par exemple dans l'étude de Alix *et al.*, le taux de satisfaction des MT était comparable (94 % des MT satisfaits). Dans une autre étude menée au CHU de Caen, sur 223 patients conciliés en sortie, 85 % des MT était très satisfaits de recevoir une lettre de CTM de sortie (124). A l'étranger, les taux de satisfaction sont encore supérieurs, notamment dans une étude menée en Ecosse dans laquelle la satisfaction des MT atteignait 96 % (122). Ces résultats témoignent de l'impact positif que peut avoir la lettre de CTM de sortie auprès des MT et la reconnaissance de ces derniers qui estiment que la lettre de CTM de sortie leur apporte les informations pertinentes sur les modifications de traitement qu'ils ne retrouvent pas toujours dans les comptes rendus hospitaliers (112). D'ailleurs, dans notre étude, 95,5 % (n= 21) des MT trouvent que les surveillances proposées et les observations pharmaceutiques sont utiles et applicables. De plus, pour 82 % (n = 18) d'entre eux la lettre de CTM de sortie les a aidé dans la prise en charge de leur patient.

Le support utilisé pour la rédaction de la lettre de CTM de sortie a été jugé très clair, très lisible, très complet, très facile à utiliser et assez concis par 86,3 % (n = 19) des MT.

Nous avons fait le choix d'utiliser la messagerie sécurisée Apicrypt® pour transmettre de manière sécurisée la lettre de CTM de sortie au MT. Ce mode de communication offre plusieurs avantages comme une rapidité de transmission et une intégration de la lettre de CTM de sortie au dossier patient facilitée. Dans notre étude 90 % (n = 83) des lettres de CTM de sortie ont été

envoyées par messagerie sécurisée et les MT ont été à 95,5 % (n = 21) très satisfaits de ce mode de transmission, 81 % (n = 18) l'ont intégré au dossier patient et 73 % (n = 16) ont pu la lire avant de recevoir leur patient en consultation. Alors que dans d'autres études, la lettre de CTM de sortie était envoyée par courrier postal et que 20 % des MT n'ont jamais pu en prendre connaissance (112,125).

Enfin, dans une question à texte libre, les médecins pouvaient exprimer leurs remarques et leurs propositions d'amélioration. Un MT a trouvé que la synthèse pharmaceutique était « trop complexe ». C'est le seul avis « négatif » que nous avons recueilli. En revanche, plusieurs MT ont souhaité avoir de courts rappels sur les associations médicamenteuses contre-indiquées, une conduite à tenir si manifestation d'un effet indésirable (arrêt du traitement, maintien...), un numéro de téléphone ou adresse mail pour joindre la pharmacie / le psychiatre référent. Comme dans l'étude de Alix et *al.*, les MT ont avancé l'idée de voir figurer des éléments supplémentaires notamment les diagnostics établis au cours de l'hospitalisation (112).

Les réponses que nous avons pu obtenir sont très encourageantes pour la poursuite de notre activité. Nous avons ajusté nos observations pharmaceutiques en tenant compte des remarques recueillies.

8.2 Difficultés rencontrées et limites de l'étude

L'activité de CTM de sortie est un processus « multi-étape » et pluriprofessionnel dans lequel le pharmacien hospitalier occupe une place centrale. Il amorce le processus, recueille les informations nécessaires pendant l'hospitalisation du patient et les inscrit dans le suivi pharmaceutique, communique avec les médecins, se tient informé de la sortie du patient, rédige et envoie la lettre de CTM de sortie aux professionnels de santé d'aval (MT, pharmacien d'officine, infirmier libéral...). Dans cette partie seront exposées les difficultés rencontrées lors de cette période de 10 mois ainsi que les limites de notre étude.

8.2.1 Être informés de la date théorique de sortie du patient

La principale difficulté que nous avons rencontrée est la prise de connaissance de la date théorique de sortie du patient. En effet, être averti de cette date permet au pharmacien d'anticiper la rédaction de la lettre de CTM de sortie, de synthétiser les IP d'optimisation de l'ordonnance de sortie et de rencontrer le médecin avant la rédaction de l'ordonnance de sortie lors de l'entretien médico-pharmaceutique. Cependant, à plusieurs reprises nous avons été pris de court et averti seulement le jour même de la sortie du patient. De plus, comme l'a révélé l'audit sur les modalités de sortie, l'intervalle de temps entre la prise de connaissance de cette date et la sortie effective du patient est très court (24 heures). Plusieurs raisons peuvent être à l'origine de cette difficulté :

- le contexte particulier de la psychiatrie fait qu'il est parfois difficile de prévoir une sortie quelques jours à l'avance. En effet, la décision de faire sortir le patient peut être prise après un retour d'une permission ou sur demande insistante du patient... ;
- sortie du patient contre avis médical ou fugue ;
- communication insuffisante entre le pharmacien et le psychiatre ou le somaticien.

Pour être mieux informé de cette date prévisionnelle de sortie nous avons créé un flyer (Figure 22) qui était déposé dans le dossier des patients éligibles à une CTM de sortie. Il constituait un moyen visuel qui permettait au médecin de repérer les patients ciblés pour une lettre de CTM de sortie. De plus, il incitait les médecins à prévenir l'interne en pharmacie de la sortie éventuelle du patient concerné.

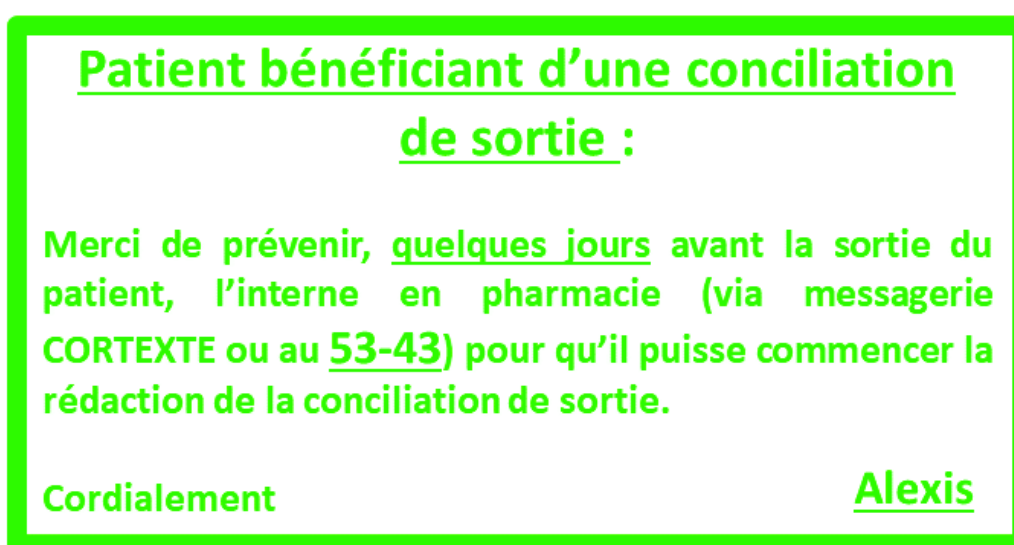


Figure 22: Flyer déposé dans le dossier des patients éligibles à une CTM de sortie

Un autre moyen d'être averti de cette date de sortie impliquait les externes en pharmacie. Ces derniers étaient présents chaque matinée dans les services de soins. Ainsi, nous avons créé un tableau de bord partagé au format papier sur lequel ils pouvaient noter la date de sortie du patient pour faire remonter cette information à l'interne en pharmacie. Cette solution n'a pas été maintenue car elle dépendait de l'implication de l'externe et à plusieurs reprises ils oublièrent de noter cette information.

Enfin pour favoriser la communication et l'échange d'informations avec les psychiatres, somaticiens et infirmiers, nous avons essayé d'avoir un passage plus régulier dans les services de soins et de participer d'avantage aux staffs médicaux mais cela nécessite de se libérer du temps.

8.2.2 Manque de présence pharmaceutique dans les unités de soins

Nos activités pharmaceutiques quotidiennes ne nous permettaient malheureusement pas d'assurer une présence régulière dans les unités de soins. Pourtant cette présence aurait été un réel atout pour se tenir informé de la « vie » du service. En effet, elle aurait permis :

- à l'interne en pharmacie de se tenir facilement informé des sorties éventuelles et d'anticiper la rédaction de la lettre de CTM de sortie ;
- de faciliter l'entretien médico-pharmaceutique et ainsi d'exposer au médecin les propositions d'optimisation de l'ordonnance de sortie et de valider la synthèse pharmaceutique figurant sur la lettre de CTM de sortie.

Nous n'avons pas évalué le temps nécessaire pour réaliser une conciliation de sortie. Ce paramètre est difficile à estimer car la rédaction de la lettre de CTM de sortie est continue pendant l'hospitalisation du patient. Par ailleurs, la prise en charge d'un patient en psychiatrie fait intervenir le psychiatre et très souvent le somaticien. Cette dichotomie s'est avérée être bien souvent un frein à notre activité de CTM de sortie car il fallait composer selon leurs disponibilités.

Une des limites de notre étude est que cette activité était réalisée dans deux services d'admission par un seul interne en pharmacie en fin de cursus. Les informations de la synthèse pharmaceutique transmises aux MT étaient donc subjectives. L'interne effectuait en parallèle ses activités dites de « routine » (analyse pharmaceutique des prescriptions, travaux de fond et autres missions au sein de la PUI). Il aurait été intéressant et enrichissant qu'un deuxième interne participe à cette activité pour pouvoir confronter les choix et la rédaction des informations transmises aux MT car la rédaction de la synthèse pharmaceutique reste opérateur dépendant. C'est pour cela que toutes les lettres de CTM de sortie sont validées par un pharmacien sénior avant d'être envoyées au MT du patient.

8.2.3 Communication itérative auprès des personnels des unités de soins

Pour que l'activité de CTM de sortie fonctionne correctement tous les intervenants du processus doivent être dûment informés de son organisation et l'implication de l'équipe de soins est un élément indispensable. En effet, les médecins, infirmiers et aides-soignants étaient nos principaux interlocuteurs dans les services de soins et ce sont principalement eux qui nous informaient des sorties potentielles. Pour sensibiliser un maximum de personnes à notre démarche, nous venions expliquer l'organisation de l'activité de CTM de sortie pendant les transmissions des infirmiers et avons rencontré, lors de deux réunions, les médecins des services concernés. Malgré cela, nous n'avons pas pu rencontrer l'ensemble du personnel des services de soins. Ceci peut expliquer en partie le nombre de conciliations de sortie manquées au début

de la mise en œuvre de l'activité. De plus, pendant notre étude, il y a eu plusieurs changements de personnel et avons dû, à de nombreuses reprises, réexpliquer l'organisation du processus.

8.2.4 Difficultés liées aux patients

A plusieurs reprises nous avons été confrontés à des patients qui n'avaient pas de MT au moment de leur admission. Cela n'empêchait pas de commencer la rédaction d'une lettre de CTM de sortie mais il était convenu avec le patient qu'il trouve un MT avant la fin de son hospitalisation. Pour deux patients, la lettre de CTM de sortie a été rédigée mais non transmise car ils n'avaient pas trouvé de MT à la fin de leur hospitalisation. Plusieurs patients sont sortis contre avis médical ou ont fugué. Dans cette situation il était donc impossible d'aller au terme de notre processus de conciliation de sortie.

8.2.5 Participation à l'enquête de satisfaction et de besoins

Au début de la diffusion du questionnaire, nous n'obtenions que peu de réponses. Nous avons donc contacté par téléphone les MT concernés d'abord pour s'assurer de la bonne réception de la lettre de CTM de sortie, mais aussi pour recueillir directement par téléphone leurs avis sur notre activité. Malheureusement ces appels téléphoniques ne se sont pas toujours montrés fructueux pour l'obtention de réponses au questionnaire, ils ont cependant servi à identifier certaines causes expliquant le faible nombre de réponses obtenues.

En effet, certains MT n'avaient pas reçu la lettre de CTM de sortie sur leur boîte de messagerie Apicrypt®. Devant ce constat, nous avons donc pris contact avec le service technique de la société Apicrypt® pour leur faire part de ce problème. Après avoir vérifié la bonne fonctionnalité des flux d'envoi et de réception des e-mails, nous pensons qu'il s'agit d'un problème de paramétrage des boîtes mail de certains MT. Dans ces cas, les lettres de CTM de sortie étaient envoyées par courrier postal.

Une autre cause pouvant expliquer le peu de réponses obtenues, est le temps nécessaire pour répondre au questionnaire. Nous avons pourtant essayé d'anticiper cette contrainte en créant un questionnaire court et rapide à compléter (moins de 5 minutes). Cependant, à plusieurs reprises les MT ont reconnu ne pas avoir assez de temps pour répondre aux questionnaires en rapport avec un travail de thèse d'exercice. Enfin, d'autres MT ont catégoriquement refusé de participer à l'enquête.

Suite à la proposition d'un des MT que nous avons contacté et devant le peu de réponses obtenues, nous avons diffusé une lettre de CTM de sortie « d'exemple » avec le lien du questionnaire au sein d'un groupement d'une vingtaine de médecins généralistes. Cette lettre avait été rédigée pour un patient qui n'avait pas de MT et n'avait pas pu être envoyée. Grâce à cette démarche nous avons pu recueillir quelques avis supplémentaires. Les résultats de

l'enquête de satisfaction auprès des MT sont donc à nuancer devant le faible nombre de réponses obtenues. En effet, nous espérons au moins 30 réponses de MT différents mais nous en avons obtenu que 22.

8.2.6 La lettre de CTM de sortie est envoyée seulement aux médecins traitants

Une autre limite de notre étude est que les MT sont les seuls professionnels de santé d'aval à recevoir les lettres de CTM de sortie. Elles ne sont donc pas transmises aux pharmaciens d'officine, ni aux infirmiers libéraux ainsi qu'aux autres structures de type EHPAD, Centres de Soins, d'Accompagnements et de Prévention en Addictologie car les moyens de communication disponibles avec ces professionnels de santé ne sont pour l'instant pas sécurisés. En effet, dans le Calvados, les pharmaciens d'officine possédant une adresse de messagerie sécurisée MSSanté® sont peu nombreux (une dizaine). Reste à savoir si la version 2 d'Apicrypt® intégrant à son espace de confiance la messagerie MSSanté® permettra à un plus grand nombre de professionnels de santé de communiquer avec une boîte de messagerie sécurisée.

8.2.7 Devenir des surveillances préconisées

Nous n'avons pas évalué si les surveillances à poursuivre après l'hospitalisation ont été effectuées au regard des recommandations préconisées dans la synthèse pharmaceutique de la lettre de CTM de sortie.

8.3 Perspectives

8.3.1 Consolider et déployer l'activité de CTM de sortie à l'ensemble des services de soins de notre établissement et pour tous les patients

La nouvelle organisation a été présentée en COMEDIMS le 29 mai 2018 et en CME le 24 mai 2018. Les premiers résultats et retours obtenus pendant ces 10 mois de la période de consolidation sont globalement satisfaisants et valident la nouvelle organisation. Ils assoient ainsi notre volonté de pérenniser cette activité dans les services d'admission déjà concernés et de la généraliser à l'ensemble des services de l'EPSM Caen. Cela sera sans doute réalisable mais demandera d'importants moyens pharmaceutiques. Actuellement un interne en pharmacie, un pharmacien sénior et à moindre degrés les externes en pharmacie participent à cette activité. Pour mener à bien ce projet, il faudra déployer d'autres moyens en commençant par la formation de l'ensemble des pharmaciens (internes et séniors).

8.3.2 Mettre en place un entretien pharmaceutique de sortie avec le patient

L'entretien pharmaceutique de sortie avec le patient serait l'occasion de lui expliquer les changements éventuels de son traitement habituel, d'évaluer son adhésion thérapeutique, de lui donner des conseils de bon usage sur ses médicaments et enfin de lui remettre un plan de prise personnalisé. Leguelinel-Blache et *al.*, ont évalué l'intérêt des entretiens pharmaceutiques de sortie sur l'adhésion thérapeutique des patients. Ils ont pu ainsi observer que le groupe de patients ayant bénéficié d'un entretien pharmaceutique de sortie avait un taux d'adhésion thérapeutique de 79,7 % contre 51 % pour le groupe de patients n'ayant pas réalisé d'entretiens pharmaceutiques de sortie (100).

8.3.3 Transmettre la lettre de CTM de sortie aux pharmaciens d'officine et aux autres professionnels de santé d'aval

Comme nous l'avons déjà décrit, la lettre de CTM de sortie est seulement transmise au MT car les moyens de communication disponibles avec les professionnels de santé d'aval ne sont pas sécurisés. Pour renforcer davantage le lien ville-hôpital, il serait nécessaire de communiquer la lettre de CTM de sortie notamment aux pharmaciens d'officine. Ils seraient alors informés des motifs de changement du traitement habituel du patient et en faciliterait sa prise en charge médicamenteuse. Cela permettrait au pharmacien d'officine de compléter les informations au patient sur ses médicaments et sur les surveillances à poursuivre en adéquation avec celles données lors de l'entretien pharmaceutique de sortie. La transmission de cette lettre permettra également au pharmacien d'officine d'anticiper les commandes de certains médicaments pour éviter les ruptures. Pour ce faire, il faudrait renseigner la pharmacie habituelle du patient dans son dossier médical (donnée disponible grâce à la CTM réalisée à l'admission), au même titre que son MT et/ou les spécialistes qui le suivent. Ensuite il conviendrait de définir un moyen pour transmettre de manière sécurisée la lettre de CTM de sortie, tout en ayant au préalable obtenu l'accord du patient et en assurant confidentialité et rapidité de transmission des informations (126).

8.3.4 Intégrer les préparateurs en pharmacie hospitalière à l'activité de conciliation médicamenteuse

L'activité de CTM d'entrée repose actuellement sur un binôme interne et externes en pharmacie. Pour pérenniser l'activité de CTM de sortie, il est nécessaire de libérer du temps pharmaceutique à l'interne pour qu'il puisse s'y consacrer pleinement. Pour cela, nous envisageons d'intégrer les préparateurs en pharmacie dans l'activité de CTM à l'admission (l'ESPM Caen dispose de 4 préparateurs en pharmacie hospitalière). Une étude canadienne a montré qu'un préparateur en pharmacie était aussi performant sur la réalisation d'un historique

médicamenteux que le pharmacien, après une formation adéquate (127). Ainsi, les préparateurs participeraient à l'activité de CTM d'entrée en partenariat avec les externes en pharmacie. Il est prévu qu'ils participent à la formation et coordonnent l'activité de routine des étudiants, missions actuellement dévolues aux pharmaciens. Ce temps pharmaceutique économisé sera ainsi transféré sur l'activité de CTM de sortie. De plus, cette nouvelle mission permettrait aux préparateurs de se rendre plus régulièrement dans les unités de soins, développant davantage le lien entre l'équipe de soins et la pharmacie. Cependant, pour qu'ils puissent effectuer cette activité, il faudra repenser l'organisation de leurs missions et le rythme des dispensions pour leur dégager le temps nécessaire.

8.3.5 Optimisation du module de suivi pharmaceutique dans le logiciel CORTEXTE

Pendant notre étude, nous avons mis en place dans le logiciel CORTEXTE un module de suivi pharmaceutique et l'avons testé pendant 5 mois. Cette première version est évidemment perfectible. Il faudra continuer à l'utiliser pour l'améliorer et rendre son utilisation plus intuitive. Ainsi, un mode opératoire intitulé « création et utilisation du suivi pharmaceutique dans le logiciel CORTEXTE » va être rédigé pour harmoniser son utilisation (recueil et rédactions des informations) entre les différents utilisateurs (internes en pharmacie et pharmaciens). Cette harmonisation des « pratiques » est indispensable car les analyses pharmaceutiques des prescriptions ne sont pas toujours réalisées par le même opérateur (interne en pharmacie ou pharmacien).

Nous envisageons de mener une étude pour évaluer son utilisation et son impact dans les différentes activités de pharmacie clinique.

8.3.6 Intégrer la lettre de CTM de sortie à la lettre de liaison

Le décret du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison (4) a été un tremplin pour la mise en place de notre activité de CTM de sortie. Les informations inscrites sur la lettre de CTM de sortie sont celles exigées par le décret dans sa partie médicamenteuse. Actuellement, les médecins de l'EPSM Caen rédigent une lettre de sortie qui est envoyée au MT. Notre souhait serait de faire évoluer la lettre de sortie vers une lettre de liaison intégrant la lettre de CTM de sortie. Pour cela, la CME a validé la création d'un groupe de travail composé de médecins et de pharmaciens pour mener à bien ce projet.

8.3.7 Evaluer l'impact des IP par l'échelle CLEO

Nous avons réalisé plusieurs IP pour optimiser l'ordonnance de sortie mais nous n'en n'avons pas évalué l'impact. Il serait intéressant de le faire et d'utiliser pour cela l'échelle CLEO définie

par la SFPC. Elle présente l'avantage de mesurer l'impact des IP réalisées selon trois dimensions : clinique, économique et organisationnelle. Pour aller plus loin, il serait intéressant qu'un pharmacien et qu'un médecin cote, séparément, l'impact des IP et comparent ensuite les résultats obtenus.

9 Conclusion

Les résultats de l'étude ont montré que l'activité de CTM de sortie pouvait être envisagée de façon proactive, dès le début de l'hospitalisation en mettant à profit le concept de PPP sur le modèle de la SFPC. Ceci a été rendu possible par la création d'un module de suivi pharmaceutique informatisé qui permet de recueillir pendant toute l'hospitalisation du patient des informations pharmaceutiques essentielles qui seront utilisées pour la rédaction de la synthèse pharmaceutique figurant sur la lettre de CTM de sortie. Ce module est finalement utilisé pour tous les patients, au-delà de l'éligibilité à une CTM de sortie. Il permet au pharmacien clinicien hospitalier d'intégrer toutes les activités de pharmacie clinique directement dans le Dossier Patient. Ce module permet également au pharmacien d'être réactif, dès prise de connaissance de la date de sortie du patient, pour la CTM de sortie. L'entretien médico-pharmaceutique avec le médecin est proposé avant la rédaction de l'ordonnance de sortie, permettant de proposer des IP d'optimisation de l'ordonnance, de valider les motifs d'arrêt, de changement ou d'ajout d'un médicament et la synthèse pharmaceutique (observations pharmaceutiques et bilan des surveillances à poursuivre). Cette organisation peut s'apparenter à une aide à la rédaction des ordonnances de sortie. Puis, la lettre de CTM de sortie est transmise par messagerie sécurisée aux MT qui ont manifesté leur enthousiasme et leur attrait pour cette activité en répondant à une enquête de satisfaction et de besoins.

Il s'agit maintenant de pérenniser cette nouvelle activité dans les 2 services d'admission déjà bénéficiaires pour ensuite être déployée aux autres services de notre établissement. Actuellement, la lettre de CTM de sortie n'est envoyée qu'aux MT. Notre volonté est de la fusionner à la lettre de sortie pour former la lettre de liaison et de la transmettre de manière sécurisée aux autres professionnels de santé d'aval (pharmaciens d'officine, infirmiers libéraux, autres structures médicales...). De plus, nous aimerions mettre en place des entretiens pharmaceutiques à la sortie du patient, lors desquels des informations sur son traitement de sortie et sur les surveillances à poursuivre lui seront communiquées. Ces perspectives sont en lien avec notre volonté de renforcer le lien entre la ville et l'hôpital et d'améliorer la qualité et la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient lors de sa sortie d'hospitalisation.

Bibliographie

1. Gleason KM, McDaniel MR, Feinglass J, Baker DW, Lindquist L, Liss D, et al. Results of the Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) study: an analysis of medication reconciliation errors and risk factors at hospital admission. *J Gen Intern Med.* mai 2010;25(5):441-7.
2. Bishop MA, Cohen BA, Billings LK, Thomas EV. Reducing errors through discharge medication reconciliation by pharmacy services. *Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst Pharm.* 1 sept 2015;72(17 Suppl 2):S120-126.
3. Van Hollebeke M, Talavera-Pons S, Mulliez A, Sautou V, Bommelaer G, Abergel A, et al. Impact of medication reconciliation at discharge on continuity of patient care in France. *Int J Clin Pharm.* oct 2016;38(5):1149-56.
4. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. 2016-995 juill 20, 2016.
5. Haute Autorité de Santé. Mettre en oeuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé [Internet]. 2018 [cité 22 févr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf
6. SFPC. Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC). Préconisations pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux. 2015.
7. Grasso BC, Rothschild JM, Genest R, Bates DW. What do we know about medication errors in inpatient psychiatry? *Jt Comm J Qual Saf.* août 2003;29(8):391-400.
8. Haute Autorité de Santé - Dossier du patient [Internet]. [cité 5 févr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_438115/fr/dossier-du-patient
9. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. 70-1318 déc 31, 1970.
10. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
11. Décret n°74-230 du 7 mars 1974 relatif à la communication du dossier des malades hospitalisés ou consultants des établissements hospitaliers publics. 74-230 mars 7, 1974.
12. Décret n°92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). 92-329 mars 30, 1992.
13. Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la santé publique. 2002-637 avr 29, 2002.
14. Code de la santé publique - Article R1112-2. Code de la santé publique.
15. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.

16. Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé. 2016-914 juill 4, 2016.
17. Lau D, Moquet DB, Guégan P, Barel P. L'accompagnement du GCS e-santé Bretagne. :12.
18. Société Française de Pharmacie Clinique. Fiche mémo : Préconisations pour la pratique des bilans partagés de médication [Internet]. 2017 [cité 31 mars 2018]. Disponible sur: <http://sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/1734-memo-sfpc-bilan-partage-de-medications-dec-2017.html/0>
19. Haute Autorité de Santé. Rencontres régionales HAS 2013 (Lyon) - Parcours de soins, un enjeu d... [Internet]. Santé & Médecine présenté à; 08:07:45 UTC [cité 24 janv 2018]. Disponible sur: https://fr.slideshare.net/HAS_Sante/lyon-renc-has2013tr1
20. Van Walraven C, Jennings A, Forster AJ. A meta-analysis of hospital 30-day avoidable readmission rates. *J Eval Clin Pract.* déc 2012;18(6):1211-8.
21. Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, Spijker A, Gademan P, Kalkman C, et al. Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Ann Intern Med.* 18 sept 2012;157(6):417-28.
22. Allen J, Ottmann G, Roberts G. Multi-professional communication for older people in transitional care: a review of the literature. *Int J Older People Nurs.* déc 2013;8(4):253-69.
23. Ravn-Nielsen LV, Duckert M-L, Lund ML, Henriksen JP, Nielsen ML, Eriksen CS, et al. Effect of an In-Hospital Multifaceted Clinical Pharmacist Intervention on the Risk of Readmission: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* [Internet]. 29 janv 2018 [cité 25 févr 2018]; Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2670037>
24. Fédération Française de Psychiatrie. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique [Internet]. 2015 [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: http://www.psydoc-france.fr/conf&rm/rpc/Reco_Soins_Soma_Psy.pdf
25. Centre de preuve en psychiatrie et en Santé Mentale. Rapport : Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique. 2015.
26. Haute Autorité de Santé - Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux - Note de cadrage [Internet]. [cité 31 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2032142/fr/ameliorer-la-coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-troubles-mentaux-note-de-cadrage
27. Société française de pharmacie clinique, Gravoulet J, Develay A. Ville hôpital [Internet]. SFPC. [cité 18 juin 2018]. Disponible sur: <http://sfpc.eu/fr/pratiques-professionnelles/9-groupes-travail/18-ville-hopital.html>
28. Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 8 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2002/4/29/MESP0221143D/jo>

29. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
30. Plaquette_HPST_grand_public-2.pdf [Internet]. [cité 24 janv 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette_HPST_grand_public-2.pdf
31. APICRYPT - Messagerie Sécurisée en Santé - Accueil [Internet]. [cité 24 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.apicrypt.org/>
32. Messageries sécurisées de santé : ouverture de l'espace de confiance à toutes les messageries sécurisées | esante.gouv.fr, le portail de l'ASIP Santé [Internet]. [cité 24 janv 2018]. Disponible sur: <http://esante.gouv.fr/asip-sante/espace-presse/communiqués-de-presse/messageries-securisees-de-sante-ouverture-de-l-espace>
33. I. VANDAELE. APICRYPT 2 et l'interopérabilité [Internet]. 2018 [cité 12 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.apicrypt.org/index.php?page=14>
34. Code de la santé publique - Article L1110-4. Code de la santé publique.
35. Code civil - Article 1348. Code civil.
36. Loi n° 2000-230 du 13 mars 2000 portant adaptation du droit de la preuve aux technologies de l'information et relative à la signature électronique | Legifrance [Internet]. [cité 8 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005629200>
37. Calop J, Allenet B, Brudieu É. 1 - Définition de la pharmacie clinique. In: Pharmacie clinique et thérapeutique (3e édition entièrement revue) [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2008 [cité 31 janv 2018]. p. 3-8. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294062346500016>
38. Spinewine A. La pharmacie clinique, une nouvelle orientation pharmaceutique au service des patients : Réalisations à l'étranger et possibilités en Belgique. *Louvain Méd.* 2003;122(4):127-39.
39. HAS - Prise en charge médicamenteuse. Manuel de certific.pdf [Internet]. [cité 15 déc 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-08/reference_20_prise_en_charge_medicamenteuse_manuel_certification_v210_revisé_2011.pdf
40. Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur.
41. Code de la santé publique - Article L1110-12. Code de la santé publique.
42. Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical pharmacy services, pharmacist staffing, and drug costs in United States hospitals. *Pharmacotherapy.* déc 1999;19(12):1354-62.
43. Calop J, Limat S, Fernandez C, Aulagner G, Association nationale des enseignants de pharmacie clinique, éditeurs. *Pharmacie clinique et thérapeutique.* Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier, Masson, DL 2012; 2012. xxxix+1296.
44. Hepler CD. Clinical pharmacy, pharmaceutical care, and the quality of drug therapy. *Pharmacotherapy.* nov 2004;24(11):1491-8.

45. WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist in the Health Care System (3rd: 1997: Vancouver C, Policies WHOD of DM and. The role of the pharmacist in the health care system : preparing the future pharmacist : curricular development : report of a third WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist, Vancouver, Canada, 27-29 August 1997. 1997 [cité 1 févr 2018]; Disponible sur: <http://www.who.int/iris/handle/10665/63817>
46. WIENDENMAYER K., SUMMERS R. S., MACKIE C. A., GOUS A. G., et al. OM de la S. Elargir la pratique pharmaceutique : Recentrer les soins sur les patients. 2006;
47. Calop J, Baudrant M, Bedouch P, Allenet B. La pharmacie clinique en France : contexte de développement à l'hôpital et état des lieux. *Pharmactuel* [Internet]. 2009 [cité 3 févr 2018];42(0). Disponible sur: <http://www.pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/view/970>
48. Planus C, Charpiat B, Allenet B, Calop J. Référentiels pédagogiques en pharmacie et impact sur les pratiques professionnelles : revue de la littérature française. *J Pharm Clin*. 1 juill 2008;27(2):113-9.
49. Ordre des pharmaciens du Québec. Ordre des pharmaciens du Québec. Grand public [Internet]. 2011 [cité 18 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.opq.org/>
50. Filippi M, Mallet L, Allenet B, Calop J. Le processus hospitalier de «soins pharmaceutiques» au Québec : illustration à partir d'un cas clinique. *J Pharm Clin*. 1 avr 2003;22(2):88-94.
51. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. mars 1990;47(3):533-43.
52. Mailhot C, Mallet L. 3 - Concept des «soins pharmaceutiques» (Pharmaceutical Care): une approche systématique du suivi du patient. In: *Pharmacie clinique et thérapeutique* (3e édition entièrement revue) [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2008 [cité 18 juin 2018]. p. 19-29. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978229406234650003X>
53. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. *DICP Ann Pharmacother*. nov 1990;24(11):1093-7.
54. HAS. Fiche descriptive projet High5s [Internet]. [cité 29 nov 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-07/fiche_descriptive_projet_high5s.pdf
55. Allenet B, Cabelguenne D, Lepelletier A, Prot-Labarthe S, Mouchoux C, Colomb R, et al. Le plan pharmaceutique personnalisé et le nouveau modèle de pharmacie clinique. *Pharm Hosp Clin*. 1 sept 2017;52(3):306-9.
56. Initiative des HIGH 5s - Medication Reconciliation [Internet]. [cité 12 nov 2017]. Disponible sur: 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
57. Ankri J. Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé = Iatrogenic drug risk in elderly patients. *Gérontologie Société*. 2002;25 / n° 103(4):93-106.

58. Chayé H, Bernard M, Tubéry M, Rousseau V, Ecoiffier M, Montastruc J-L, et al. [Hospital readmission induced by adverse drug reaction: a pilot study in a post-emergency unit of a French university hospital]. *Rev Med Interne*. juill 2015;36(7):450-6.
59. Lau HS, Florax C, Porsius AJ, De Boer A. The completeness of medication histories in hospital medical records of patients admitted to general internal medicine wards. *Br J Clin Pharmacol*. juin 2000;49(6):597-603.
60. Bonhomme J, Dony A, Baum T, Doerper S, Piney D, Dufa E. La juste liste des médicaments à l'admission du patient hospitalisé - De la fiabilité des sources d'information J. Bonhomme, A. Dony, T. Baum, S. Doerper, D. Piney, E. Dufay Centre hospitalier, Lunéville. *RISQUES & QUALITÉ • 2013 - VOLUME X - N° 4*. Risques Qual. 1 janv 2013;X.
61. Gérard M, Baudouin A, Malet Delphine, et al. Pour une conciliation optimale, soyons efficace ! Quelles sources d'informations privilégier pour réaliser la conciliation médicamenteuse ? Congrès SNPHPU. Septembre 2015.
62. Danos L, Landry A, Colombe M, Auclair V, Gabriel-Bordenave C, Roberge C. Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM) : top chrono ! Congrès francophone de pharmacie hospitalière HOIPHARM. EPSM Caen; 2018.
63. Delvoye J, Rodier S, Reichling A, Gabriel-Bordenave C, Colombe M, Auclair V, et al. Evaluation de l'opinion des étudiants en pharmacie sur leur activité de Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM). Congrès francophone de pharmacie hospitalière HOIPHARM Mai 2014. 2014.
64. Rodinger Q. Conciliation des traitements médicamenteux à l'entrée en Etablissement Public de Santé Mentale : Conception d'un guide afin de faciliter l'entretien avec les patients. 2016.
65. Feistl P. Evaluation of the interest and the organization of a Medication Reconciliation activity in a psychiatric hospital. ESCP. 2013.
66. HAS. Guide d'entretien du patient à l'admission en établissement de santé pour l'obtention du bilan médicamenteux optimisé [Internet]. 2015 [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: 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
67. Code de la santé publique - Article R4235-48. Code de la santé publique.
68. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé | Legifrance [Internet]. [cité 21 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2011/4/6/ETSH1109848A/jo>
69. Juste M. Recommandation de bonne pratique en pharmacie clinique. Analyse d'ordonnance et niveaux d'analyse pharmaceutique. *Pharm Hosp Clin*. 2012;47(4):293-295.
70. Observatoire régional du médicament et des dispositifs médicaux stériles. Poitou-Charente, Commission Sécurisation du circuit du médicament. Analyse pharmaceutique des prescriptions : note de synthèse. ORMEDIMS Poitou-Charente; 2010 p. 6.

71. HAS - 2016 - Management de la prise en charge médicamenteuse.pdf [Internet]. [cité 30 nov 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir19/pec_medicaments_-_guide_ev_v2014.pdf
72. Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, et al. Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. *L'Encéphale*. 1 sept 2009;35(4):330-9.
73. Alber H, Dromigny E, Le Hazif L, Nedelec M, Perrus-Lesquibe C, Burgot G. Les troubles du rythme cardiaque liés à la prise de médicaments psychotropes. *J Pharm Clin*. 2010;29(4):183–209.
74. Granger B, Jalfre V. *Les Psychotropes: idées reçues sur les psychotropes*. Le Cavalier Bleu Editions; 2015. 83 p.
75. Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique. Antipsychotiques : données récentes concernant leur efficacité et leurs effets indésirables. *Folia Pharmacother*. juin 2009;(36):46-8.
76. Réseau Psychiatrie Information Communication, Berchot F, Pollet C. *Les Médicaments psychotropes : Psychiatrie et Santé mentale. Guide d'information* [Internet]. 4e éd. Paris: Psycom; 2014. 55 p. (Médicaments psychotropes). Disponible sur: http://www.reseau-pic.info/medicaments/Guide/Guide_2014.pdf
77. Raoux F. Syndrome métabolique: définitions et épidémiologie. *Mt Cardio*. 2006;2(2):174–182.
78. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques [Internet]. AFSSAPS; 2010 avr p. 1. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/9fbf487608c0e0e0647a9b0470a17c4f.pdf
79. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. *Thésaurus des interactions médicamenteuses* [Internet]. [mise à jour] septembre 2016. Saint-Denis-La Plaine: ANSM; 2016. 234 p. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/>
80. Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique. Allongement de l'intervalle QT et torsades de pointes d'origine médicamenteuse. *Folia Pharmacother*. nov 2012;(39):82-6.
81. Peveler RC, Branford D, Citrome L, Fitzgerald P, Harvey PW, Holt RIG, et al. Antipsychotics and hyperprolactinaemia: clinical recommendations. *J Psychopharmacol Oxf Engl*. mars 2008;22(2 Suppl):98-103.
82. Haddad PM, Wieck A. Antipsychotic-induced hyperprolactinaemia: mechanisms, clinical features and management. *Drugs*. 2004;64(20):2291-314.
83. Besnard I, Auclair V, Callery G, Gabriel-Bordenave C, Roberge C. Hyperprolactinémies induites par les antipsychotiques : physiopathologie, clinique et surveillance. *L'ENCEPHALE*. 2011;
84. Klubanski A, Biller BM, Rosenthal DI, Schoenfeld DA, Saxe V. Effects of prolactin and estrogen deficiency in amenorrheic bone loss. *J Clin Endocrinol Metab*. juill 1988;67(1):124-30.

85. Larrey D, Lainey E, Blanc P, Diaz D, David R, Biaggi A, et al. Acute colitis associated with prolonged administration of neuroleptics. *J Clin Gastroenterol.* janv 1992;14(1):64-7.
86. Suh D-C, Kahler KH, Choi I-S, Shin H, Kralstein J, Shetzline M. Patients with irritable bowel syndrome or constipation have an increased risk for ischaemic colitis. *Aliment Pharmacol Ther.* 15 mars 2007;25(6):681-92.
87. Peyro Saint Paul L, Mosquet B, Hourmand-Ollivier I, Perroux D, Morello R, Roberge C. Les colites ischémiques en psychiatrie. *Gastroentérologie Clin Biol.* 1 juin 2008;32(6):578-80.
88. Boily M-J, Mallet L. Comment évaluer la charge anticholinergique? *Pharmactuel.* 2008;41.
89. Rudolph JL, Salow MJ, Angelini MC, McGlinchey RE. The anticholinergic risk scale and anticholinergic adverse effects in older persons. *Arch Intern Med.* 10 mars 2008;168(5):508-13.
90. OMEDIT Normandie. Déploiement de la conciliation des traitements médicamenteux dans le cadre de la gestion des risques associés aux soins et de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient en établissements de santé [Internet]. [cité 7 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.omedit-normandie.fr/media-files/12708/aap-pharmacie-clinique-2018.pdf>
91. Schnipper JL, Kirwin JL, Cotugno MC, Wahlstrom SA, Brown BA, Tarvin E, et al. Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalization. *Arch Intern Med.* 13 mars 2006;166(5):565-71.
92. Eggink RN, Lenderink AW, Widdershoven JWMG, van den Bemt PMLA. The effect of a clinical pharmacist discharge service on medication discrepancies in patients with heart failure. *Pharm World Sci PWS.* déc 2010;32(6):759-66.
93. Bullock S, Morecroft CW, Mullen R, Ewing AB. Hospital patient discharge process: an evaluation. *Eur J Hosp Pharm.* 2016;ejhpharm–2016.
94. The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, The Guild of Hospital Pharmacists, The Pharmaceutical Services Negotiating Committee, The Primary Care Pharmacists' Association. Moving patients, Moving Medicines, Moving Safely : Guidance on Discharge and Transfer Planning [Internet]. Londres: RPSGB; 2006. 124 p. Disponible sur: <http://www.wales.nhs.uk/>
95. Health & Social Care Joint Agents Team Unit and Change. Discharge from hospital: pathway, process and practice. Londres: Department of Health, Health and Social Care Joint Unit; 2003. 104 p.
96. Vigod SN, Kurdyak PA, Dennis C-L, Leszcz T, Taylor VH, Blumberger DM, et al. Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* mars 2013;202(3):187-94.
97. Misdrahi D, Llorca P-M, Cadot M, Lançon C, Bayle F-J. L'observance dans la schizophrénie : facteurs prédictifs, voies de recherches, implications thérapeutiques. *L'Encéphale.* juin 2002;28(1):266-72.
98. Passerieux C, Caroli F, Giraud-Baro E. Les personnes atteintes de schizophrénie et la rechute. *L'Encéphale.* déc 2009;(35(6)):586-94.

99. Forster AJ, Clark HD, Menard A, Dupuis N, Chernish R, Chandok N, et al. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 3 févr 2004;170(3):345-9.
100. Leguelinel-Blache G, Dubois F, Bouvet S, Roux-Marson C, Arnaud F, Castelli C, et al. Improving Patient's Primary Medication Adherence: The Value of Pharmaceutical Counseling. *Medicine (Baltimore).* oct 2015;94(41):e1805.
101. Leplay C, Fellous L, Boutal F, Mascitti H, Villart M, Davido B, et al. Étude préliminaire à la mise en place d'un entretien pharmaceutique de sortie : enquête auprès des patients en sortie d'hospitalisation. *Pharm Hosp Clin.* 1 déc 2016;51(4):356.
102. Falconer N, Liow D, Zeng I, Parsotam N, Seddon M, Nand S. Validation of the assessment of risk tool: patient prioritisation technology for clinical pharmacist interventions. *Eur J Hosp Pharm.* 2017;ejhpharm-2016.
103. Stevenson JM, Williams JL, Burnham TG, Prevost AT, Schiff R, Erskine SD, et al. Predicting adverse drug reactions in older adults; a systematic review of the risk prediction models. *Clin Interv Aging.* 2014;9:1581-93.
104. Urbina O, Ferrández O, Grau S, Luque S, Mojal S, Marin-Casino M, et al. Design of a score to identify hospitalized patients at risk of drug-related problems. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 23(9):923-32.
105. Saedder EA, Lisby M, Nielsen LP, Rungby J, Andersen LV, Bonnerup DK, et al. Detection of Patients at High Risk of Medication Errors: Development and Validation of an Algorithm. *Basic Clin Pharmacol Toxicol.* 118(2):143-9.
106. Hickson RP, Steinke DT, Skitterall C, Williams SD. Evaluation of a pharmaceutical assessment screening tool to measure patient acuity and prioritise pharmaceutical care in a UK hospital. *Eur J Hosp Pharm.* 1 mars 2017;24(2):74.
107. Conort O, Bedouch P, Juste M, Augereau L, Charpiat B, Roubille R, et al. Validation d'un outil de codification des interventions de pharmacie clinique. *J Pharm Clin.* 2004;23(3):141-147.
108. Mondoloni P. Conciliation médicamenteuse : Evaluation du ciblage des patients les plus à risque dans un centre hospitalier. Université de Bourgogne UFR des Sciences de Santé Circonscription Pharmacie; 2016.
109. Blanchet M. Évaluation de l'impact clinique de la réalisation d'un bilan comparatif des médicaments au Centre hospitalier affilié universitaire de Québec. *Pharmactuel [Internet].* 2010 [cité 19 juin 2018];43(3). Disponible sur: <http://www.pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/view/772>
110. Garriguet P, Beauverie P, Yassine S, Mouffak S, Alemanni J, Gaudoneix-Taïeb M, et al. Conciliation médicamenteuse en psychiatrie générale adulte : résultats de 3 années d'expérience. *Pharm Hosp Clin.* juin 2017;52(2):138-46.
111. Arnaud A. La conciliation médicamenteuse en psychiatrie : expérience au Centre Hospitalier Gérard Marchant. [Université de Toulouse]; 2016.
112. Alix L, Dumay M, Cador-Rousseau B, Gilardi H, Hue B, Somme D, et al. Conciliation médicamenteuse avec remise d'une fiche de conciliation de sortie dans un service de

Médecine Interne : évaluation de la perception des médecins généralistes. Rev Médecine Interne. 1 juin 2018;39(6):393-9.

113. Prevost E. Pharmacie clinique et bonnes pratiques de communication : du dossier pharmaceutique au compte rendu d'analyse d'ordonnance. Reims; 2009.
114. Le Meur-Ringard C, Gaudoneix-Taieb M, Beauverie P. Pratiques infirmières de préparation et d'administration des solutions buvables en psychiatrie. *Thérapie*. nov 2007;62(6):489-98.
115. Pichat C. Evolution de l'ordonnance des patients à un mois de la sortie de médecine polyvalente : étude prospective sur 3 mois. Montpellier 1; 2013.
116. Mansur N, Weiss A, Beloosesky Y. Relationship of in-hospital medication modifications of elderly patients to postdischarge medications, adherence, and mortality. *Ann Pharmacother*. juin 2008;42(6):783-9.
117. Brulebois A. Analyse des écarts de prescriptions médicamenteuses entre domicile, admission et sortie d'hospitalisation au Centre Hospitalier de Voiron: vers la conciliation des traitements médicamenteux. :151.
118. Frimas V, Roberge C, Perroux D, Dauvillier J-M. Surveillance cardiologique des patients traités par neuroleptiques : évaluation et évolution d'un protocole hospitalier. *L'Encéphale*. 1 oct 2008;34(5):467-76.
119. Straus SMJM, Bleumink GS, Dieleman JP, van der Lei J, 't Jong GW, Kingma JH, et al. Antipsychotics and the risk of sudden cardiac death. *Arch Intern Med*. 28 juin 2004;164(12):1293-7.
120. Gallais J-L, Naudet M, Hebbrecht G, Duhot D. Quels sont les problèmes de santé présentés par les patients ayant bénéficié en médecine générale de prescriptions de neuroleptiques ? *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. oct 2009;57:S75-6.
121. Morin S. L'électrocardiogramme en médecine générale: indications actuelles et utilisations. Enquête auprès des médecins généralistes vosgiens. 2014;109.
122. Munday A, Kelly B, Forrester JW, Timoney A, McGovern E. Do general practitioners and community pharmacists want information on the reasons for drug therapy changes implemented by secondary care? *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. sept 1997;47(422):563-6.
123. Landry A, Danos L, Colombe M, Auclair V, Gabriel-Bordenave C, Roberge C. Optimisation du processus de Conciliation Médicamenteuse de sortie du point de vue du médecin traitant. Congrès francophone de pharmacie hospitalière HOPIPHARM; 2018; Bordeaux.
124. Colombe M, Blanchemain S, Six A, Kowalski V, Lescure P. Impact d'un processus complet de conciliation des traitements médicamenteux en court séjour gériatrique sur le nombre d'erreurs médicamenteuses aux interfaces ville/hôpital. *Pharm Hosp Clin*. 1 juin 2014;49(2):e20-1.
125. Moulis M, Gibert P, Payen M, Greivy A, Gavazzi G, Calop J, et al. La conciliation médicamenteuse en gériatrie : un moyen de pérenniser l'optimisation thérapeutique après la sortie d'hospitalisation ? *Pharm Hosp Clin*. 1 juin 2014;49(2):e126.

126. Pourrat X, Roux C, Bouzige B, Garnier V, Develay A, Allenet B, et al. Impact of drug reconciliation at discharge and communication between hospital and community pharmacists on drug-related problems: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 30 juin 2014;15:260.
127. Johnston R, Saulnier L, Gould O. Best Possible Medication History in the Emergency Department: Comparing Pharmacy Technicians and Pharmacists. *Can J Hosp Pharm*. 2010;63(5):359-65.

Annexes

Annexe 1 : Tableau Act-IP [®] : identification des problèmes	102
Annexe 2 : Tableau Act-IP [®] : interventions pharmaceutiques	103
Annexe 3 : Echelle CLEO définie par la SFPC	104
Annexe 4 : Questionnaire de satisfaction et de besoins auprès des médecins traitants sur la lettre de CTM de sortie (3 pages).....	105

Tableau 1 : description des problèmes liés à la thérapeutique médicamenteuse

- ☞ L'identification des problèmes liés à la thérapeutique médicamenteuse se fait au vu de l'ensemble des prescriptions (sous forme ou non d'ordonnance), et en fonction des données cliniques disponibles sur le patient.
 - ☛ **Un seul choix** : Si la situation thérapeutique du patient fait émerger plusieurs problèmes, remplir autant de fiches que de problèmes.
 - ?
- Se poser la question** : Ce patient développe ou est susceptible de développer un symptôme clinique lié à **OU** il existe un problème lié à la thérapeutique médicamenteuse nécessitant une intervention pour éviter une mobilisation inutile de ressources.

	PROBLEME LIE A	DESCRIPTION
1.1	Non conformité aux référentiels ou Contre-indication	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Non conformité du choix du médicament au livret thérapeutique</i> : Il existe un équivalent au livret thérapeutique. - <i>Non conformité du choix du médicament aux différents consensus</i> : Un autre médicament est tout aussi efficace et moins coûteux ou moins toxique pour ce patient conformément aux consensus ou recommandations ou référentiels. - <i>Il existe une contre-indication à l'usage de ce médicament</i> : Par exemple, le patient présente un terrain qui contre-indique le médicament prescrit : asthme et bêtabloquant.
1.2	Indication non traitée	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Absence de thérapeutique pour une indication médicale valide.</i> - <i>Un médicament n'a pas été prescrit après un transfert.</i> - <i>Le patient n'a pas bénéficié d'une prescription de prophylaxie ou de prémédication.</i> - <i>Un médicament synergique ou correcteur devrait être associé.</i>
1.3	Sous-dosage	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Posologie infra-thérapeutique</i> : le médicament est utilisé à une dose trop faible pour ce patient (dose par période de temps). - <i>La durée de traitement est anormalement raccourcie</i> (Ex : antibiotique prescrit sur 5 jours au lieu de 10 jours)
1.4	Surdosage	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Posologie supra-thérapeutique</i> : <ul style="list-style-type: none"> . Le médicament est utilisé à une dose trop élevée pour ce patient. . Il existe une accumulation du médicament. - <i>Un même principe actif est prescrit plusieurs fois sur l'ordonnance</i> (Ex : Doliprane® et Di-antalvic®).
1.5	Médicament non indiqué	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Un médicament est prescrit sans indication justifiée.</i> - <i>Un médicament est prescrit sur une durée trop longue sans risque de surdosage</i> (Ex : antibiothérapie sur 15 jours). - <i>Prescriptions de deux médicaments à principe actif différent mais appartenant à la même classe thérapeutique créant une redondance pharmacologique</i> (Ex : Josir® et Xatral®).
1.6	Interaction	<p><i>Un médicament du traitement interfère avec un autre médicament</i> et peut induire une réponse pharmacologique exagérée ou insuffisante.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>D'après le GTIAM de l'AFSSAPS</i> : Association à prendre en compte (selon la pertinence clinique), Précaution d'emploi, Association déconseillée, Association contre-indiquée. - <i>Interaction publiée mais non validées par le GTIAM de l'AFSSAPS.</i> (préciser les références bibliographiques).
1.7	Effet indésirable	<i>Le patient présente un effet indésirable alors que le médicament est administré à la bonne posologie.</i> Il peut s'agir d'un effet clinique ou biologique, cinétique.
1.8	Voie et/ou administration inappropriée	<p>Le médicament choisi est correct mais la voie d'administration n'est pas adaptée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Autre voie plus efficace, ou moins coûteuse à efficacité équivalente</i> - <i>La méthode d'administration n'est pas adéquate</i> (reconstitution, dilution, manipulation, durée). - <i>Mauvais choix de galénique.</i> - <i>Libellé incomplet</i> (absence de dosage...) - <i>Plan de prise non optimal</i> (répartition horaire et moment).
1.9	Traitement non reçu	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Incompatibilité physico-chimique entre plusieurs médicaments injectables</i> : risque de précipitation entre des médicaments incompatibles en cours d'administration par perfusion. - <i>Problème d'observance.</i>
1.10	Monitoring à suivre	<i>Le patient ne bénéficie pas d'un suivi approprié ou suffisant</i> pour son traitement : suivi biologique ou cinétique ou clinique (glycémie, ECG, tension artérielle, mesure de concentration d'un médicament...)

Elaboré par le groupe de travail SFPC "Standardisation et valorisation des activités de pharmacie clinique". Juin 2004 et Copyright 2004. Version 1

Annexe 1 : Tableau Act-IP[®] : identification des problèmes

Tableau 2 : description des interventions pharmaceutiques

un seul choix possible sur la fiche

	INTERVENTION	DESCRIPTIF
2.1	Ajout (prescription nouvelle)	<i>Ajout d'un médicament au traitement d'un patient.</i>
2.2	Arrêt	<i>Arrêt d'un médicament du traitement d'un patient <u>sans</u> substitution.</i>
2.3	Substitution /échange	<p><i>Mise en place d'une alternative générique ou thérapeutique à un médicament du traitement d'un patient :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Il peut s'agir d'une substitution générique (application de décisions liées à un marché) ou thérapeutique (formulaire local). - L'échange thérapeutique correspond à la dispensation d'une alternative dans le cadre d'un protocole approuvé. - L'alternative est mieux adaptée au patient.
2.4	Choix de la voie d'administration	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Relais voie injectable /voie orale :</i> . Alternative thérapeutique d'un produit différent à efficacité équivalente et passage voie injectable vers voie orale. . Alternative voie injectable vers voie orale du même produit avec efficacité conservée. - <i>Choix d'une voie d'administration plus adaptée au patient.</i>
2.5	Suivi thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Suivi INR, kaliémie, suivi clinique, suivi cinétique...</i> - <i>Demande / arrêt du dosage d'un médicament.</i> - <i>Demande / arrêt prélèvement biologique.</i>
2.6	Optimisation des modalités d'administration	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Plan de prise :</i> . Répartition des prises par rapport au repas ou aux interactions médicamenteuses sans modification de posologie. . Conseils de prise optimale (Ex : Prise à jeun, à distance des repas, en position debout...). - <i>Précisions des modalités d'administration ou du libellé (dosage...)</i> (Ex : Modalité de reconstitution, de dilution, durée d'une perfusion...).
2.7	Adaptation posologique	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Adaptation de la posologie d'un médicament à marge thérapeutique étroite</i> en tenant compte d'un résultat de concentration de ce médicament dans un milieu biologique, de la fonction rénale (clairance de la créatinine) et/ou de la fonction hépatique ou du résultat d'un autre examen biologique. - <i>Adaptation de la posologie d'un médicament par ajustement des doses avec le poids, l'âge, l'AMM ou la situation clinique du patient.</i> - <i>Allongement d'une durée de traitement jugée trop courte.</i>

Annexe 2 : Tableau Act-IP® : interventions pharmaceutiques

EVALUATION DES IMPACTS D'UNE INTERVENTION PHARMACEUTIQUE PAR L'ECHELLE CLEO v3

1. IMPACT CLINIQUE (CL)

Score	Impact	Définition: L'impact clinique est évalué selon le scénario prévu le plus probable et non pas le pire/meilleur scénario
-1C	Nuisible	L'IP peut conduire à des résultats défavorables concernant l'état clinique, la connaissance, la satisfaction, l'adhésion médicamenteuse et/ou la qualité de vie du patient.
0C	Nul	L'IP n'a pas d'influence sur le patient concernant l'état clinique, la connaissance, la satisfaction, l'adhésion médicamenteuse et/ou la qualité de vie du patient.
1C	Mineur	L'IP peut améliorer la connaissance, la satisfaction, l'adhésion médicamenteuse, et/ou la qualité de vie OU l'IP peut empêcher un dommage qui ne requiert pas de surveillance/traitement
2C	Moyen	L'IP peut empêcher un dommage qui requiert une surveillance accrue ou un traitement, mais n'entraîne pas ou n'allonge pas un séjour hospitalier du patient.
3C	Majeur	L'IP peut empêcher un dommage qui entraîne ou allonge un séjour hospitalier OU entraîne une incapacité permanente ou un handicap.
4C	Vital	L'IP peut empêcher un accident qui entraîne potentiellement un soin intensif ou le décès du patient.
ND	Non-déterminé	Les informations disponibles ne permettent pas de déterminer l'impact clinique.

- ⚡ L'impact clinique est évalué du point de vue **clinique** chez le patient.
- ⚡ **Dommage**: dommage corporel - altération des *capacités physiques* et *psychiques* survenant au décours d'un accident ou d'une maladie.
- ⚡ **Qualité de vie**: fonction *physique* (autonomie, capacités physiques, capacités à réaliser les tâches de la vie quotidienne...), *psychologique* (anxiété, dépression, émotivité...), *sociale* (rapport à l'environnement familial, amical ou professionnel, engagement dans des relations personnelles, participation aux activités sociales et de loisirs...) et *somatique* (symptômes liés à la maladie).
- ⚡ **Surveillance**: *Suivi clinique (physiologique ou psychologique)*, *biologique* pertinent.
- ⚡ **Traitement**: *Changement de thérapie ou ajout d'un traitement médical/chirurgical supplémentaire.*

2. IMPACT ECONOMIQUE (E)

Score	Impact	Définition
-1E	Augmentation du coût	L'IP augmente le coût de la prise en charge médicamenteuse du patient.
0E	Pas de changement	L'IP ne modifie pas le coût de la prise en charge médicamenteuse du patient.
1E	Réduction du coût	L'IP économise le coût de la prise en charge médicamenteuse du patient.
ND	Non-déterminé	Les informations disponibles ne permettent pas de déterminer l'impact économique.

- ⚡ Le coût de la prise en charge médicamenteuse contient deux éléments principaux :
 - *Le coût des médicaments*
 - *Le coût de surveillance de la prise en charge médicamenteuse (par exemple, suivi clinique, cinétique, biologique...).*
- ⚡ Le coût de la prise en charge médicamenteuse se base sur le **coût financier de l'hôpital.**

3. IMPACT ORGANISATIONNEL (O)

Score	Impact	Définition
-1O	Défavorable	L'IP diminue la qualité du processus des soins.
0O	Nul	L'IP ne change pas la qualité du processus des soins.
1O	Favorable	L'IP augmente la qualité du processus des soins.
ND	Non-déterminé	Les informations disponibles ne permettent pas de déterminer l'impact organisationnel.

- ⚡ L'impact organisationnel est codé selon l'**impact global sur la qualité du processus des soins selon la perspective des personnels soignants** (eg, *économies de temps ; amélioration de connaissance, de satisfaction au travail ou de sécurité des personnels soignants ; facilitation des tâches professionnelles ou du travail d'équipe, de continuité des soins ; etc.*)

Annexe 3 : Echelle CLEO définie par la SFPC

Questionnaire de satisfaction et de besoins sur la lettre de conciliation médicamenteuse de sortie

D'avance je vous remercie pour vos réponses qui m'aideront à mener à bien mon projet de thèse

***Obligatoire**

1. Pour commencer, merci d'indiquer votre nom :

.*

Évaluation des informations transmises

2. Selon vous, quelles sont les informations pertinentes à vous transmettre ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Extrêmement pertinentes	Très pertinentes	Assez pertinentes	Peu pertinentes	Pas du tout pertinentes
Motifs de changement d'un médicament	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bilan des surveillances mises en place	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Préconisations pour la poursuite de ces surveillances	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Observations pharmaceutiques (ex : prévention des effets indésirables, information sur la galénique d'un médicament...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Y-a-t'il d'autres informations concernant les médicaments, ne figurant pas sur ce support, que vous auriez aimées recevoir ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

4. Si oui, lesquelles ?

5. Les observations pharmaceutiques et les surveillances proposées vous ont-elles semblé utiles et applicables ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

6. Si non, pourquoi ?

7. Jugeriez-vous utile d'avoir un support dédié pour appliquer / suivre les surveillances proposées ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

8. La lettre de conciliation médicamenteuse de sortie vous a-t-elle aidé dans la prise en charge de votre patient ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Autre : _____

Évaluation du support

9. Le support vous paraît-il : *

Une seule réponse possible par ligne.

	Extrêmement	Très	Assez	Peu	Pas du tout
Lisible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Claire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Complet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facile à utiliser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trop long	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Avez-vous des remarques sur la présentation du support ?

Modalités d'envoi et de réception

La lettre de conciliation médicamenteuse de sortie est envoyée par messagerie sécurisée (Apicrypt®) ou par courrier postal.

11. Le mode de transmission par messagerie sécurisé Apicrypt® vous convient-il ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

12. Avez-vous pu prendre connaissance de la lettre de conciliation médicamenteuse de sortie avant de recevoir votre patient en consultation ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Autre : _____

13. Avez-vous intégré la lettre de conciliation médicamenteuse de sortie au dossier de votre patient ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

14. Si non, pourquoi ?

Et pour terminer...

15. Afin d'améliorer notre pratique et notre communication, avez-vous des remarques, des idées ou des propositions d'optimisation ? *

VU, LE PRESIDENT DU JURY

CAEN, LE

VU, LE DIRECTEUR DE LA FACULTE
DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

CAEN, LE

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses et mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.