



HAL
open science

Conciliation médicamenteuse et lien ville-hôpital au CH de Salon-de-Provence : mise en place et impact sur les connaissances du traitement chez le patient âgé

Fanny Chaix

► To cite this version:

Fanny Chaix. Conciliation médicamenteuse et lien ville-hôpital au CH de Salon-de-Provence : mise en place et impact sur les connaissances du traitement chez le patient âgé. Sciences pharmaceutiques. 2018. dumas-02294186

HAL Id: dumas-02294186

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02294186>

Submitted on 23 Sep 2019

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.

MÉMOIRE
DU DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES
DE PHARMACIE HOSPITALIÈRE - PRATIQUE ET RECHERCHE

Soutenu le 17 décembre 2018

Par Mlle Fanny CHAIX

Née le 20 mars 1990

Conformément aux dispositions de l'Arrêté du 04 octobre 1988
tenant lieu de

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

----oOo----

**CONCILIATION MEDICAMENTEUSE ET LIEN VILLE-HOPITAL AU CH
DE SALON-DE-PROVENCE : MISE EN PLACE ET IMPACT SUR LES
CONNAISSANCES DU TRAITEMENT CHEZ LE PATIENT ÂGE**

----oOo----

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Stéphane HONORE

Membres : Madame le Docteur Hélène PEYRIERE

Madame le Docteur Mireille NATAF (directrice de thèse)

Madame le Docteur Marjorie NELLI

Madame le Docteur Sarah LE TOHIC

27 Boulevard Jean Moulin – 13385 MARSEILLE Cedex 05
Tel. : 04 91 83 55 00 – Fax : 04 91 80 26 12

ADMINISTRATION :

<i>Doyen :</i>	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
<i>Vice-Doyens :</i>	M. Jean-Paul BORG, M. François DEVRED, M. Pascal RATHELOT
<i>Chargés de Mission :</i>	Mme Pascale BARBIER, M. David BERGE-LEFRANC, Mme Manon CARRE, Mme Caroline DUCROS, Mme Frédérique GRIMALDI
<i>Conseiller du Doyen :</i>	M. Patrice VANELLE
<i>Doyens honoraires :</i>	M. Jacques REYNAUD, M. Pierre TIMON-DAVID, M. Patrice VANELLE
<i>Professeurs émérites :</i>	M. José SAMPOL, M. Athanassios ILIADIS, M. Jean-Pierre REYNIER, M. Henri PORTUGAL
<i>Professeurs honoraires :</i>	M. Guy BALANSARD, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIEUX, M. Aimé CREVAT, M. Bernard CRISTAU, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. José MALDONADO, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI
<i>Chef des Services Administratifs :</i>	Mme Florence GAUREL
<i>Chef de Cabinet :</i>	Mme Aurélie BELENGUER
<i>Responsable de la Scolarité :</i>	Mme Nathalie BESNARD

DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

PROFESSEURS

BIOPHYSIQUE	M. Vincent PEYROT M. Hervé KOVACIC
GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE	M. Christophe DUBOIS
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIQUE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETIQUE	M. Philippe PICCERELLE

MAITRES DE CONFERENCES

BIOPHYSIQUE	M. Robert GILLI Mme Odile RIMET-GASPARINI Mme Pascale BARBIER M. François DEVRED Mme Manon CARRE M. Gilles BREUZARD Mme Alessandra PAGANO
GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE	M. Eric SEREE-PACHA Mme Véronique REY-BOURGAREL
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE	M. Pascal PRINDERRE M. Emmanuel CAUTURE Mme Véronique ANDRIEU Mme Marie-Pierre SAVELLI
NUTRITION ET DIETETIQUE	M. Léopold TCHIAKPE

A.H.U.

THERAPIE CELLULAIRE	M. Jérémy MAGALON
---------------------	-------------------

ENSEIGNANTS CONTRACTUELS

ANGLAIS	Mme Angélique GOODWIN
---------	-----------------------

DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Philippe CHARPIOT

PROFESSEURS

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	M. Philippe CHARPIOT
BIOLOGIE CELLULAIRE	M. Jean-Paul BORG
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE Mme Laurence CAMOIN-JAU Mme Florence SABATIER-MALATERRE Mme Nathalie BARDIN
MICROBIOLOGIE	M. Jean-Marc ROLAIN M. Philippe COLSON
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Nadine AZAS-KREDER

MAITRES DE CONFERENCES

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	Mme Dominique JOURDHEUIL-RAHMANI M. Thierry AUGIER M. Edouard LAMY Mme Alexandrine BERTAUD Mme Claire CERINI Mme Edwige TELLIER M. Stéphane POITEVIN
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Aurélie LEROYER M. Romaric LACROIX Mme Sylvie COINTE
MICROBIOLOGIE	Mme Michèle LAGET M. Michel DE MEO Mme Anne DAVIN-REGLI Mme Véronique ROUX M. Fadi BITTAR Mme Isabelle PAGNIER Mme Sophie EDOUARD M. Seydina Mouhamadou DIENE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Carole DI GIORGIO M. Aurélien DUMETRE Mme Magali CASANOVA Mme Anita COHEN
BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne-Catherine LOUHMEAU

A.H.U.

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	M. Maxime LOYENS
----------------------------	------------------

DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Patrice VANELLE

PROFESSEURS

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine BADENS
CHIMIE PHYSIQUE - PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Philippe GALLICE
CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE - CHIMIE THERAPEUTIQUE	M. Pascal RATHELOT M. Maxime CROZET
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE	M. Patrice VANELLE M. Thierry TERME
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE, HOMEOPATHIE	Mme Evelyne OLLIVIER

MAITRES DE CONFERENCES

BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE, BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne FAVEL Mme Joëlle MOULIN-TRAFFORT
CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine DEFOORT M. Alain NICOLAY Mme Estelle WOLFF Mme Elise LOMBARD Mme Camille DESGROUAS
CHIMIE PHYSIQUE - PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. David BERGE-LEFRANC M. Pierre REBOUILLON
CHIMIE THERAPEUTIQUE	Mme Sandrine FRANCO-ALIBERT Mme Caroline DUCROS M. Marc MONTANA Mme Manon ROCHE
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE HYDROLOGIE	M. Armand GELLIS M. Christophe CURTI Mme Julie BROGGI M. Nicolas PRIMAS M. Cédric SPITZ M. Sébastien REDON
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE, HOMEOPATHIE	M. Riad ELIAS Mme Valérie MAHIOU-LEDDET Mme Sok Siya BUN Mme Béatrice BAGHDIKIAN

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Anne-Marie PENET-LOREC
CHIMIE PHYSIQUE - PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Cyril PUJOL
DROIT ET ECONOMIE DE LA PHARMACIE	M. Marc LAMBERT
GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARMACOECONOMIE ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE, DROIT ET COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE ET GESTION DE LA PHARMAFAC	Mme Félicia FERRERA

A.H.U.

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	M. Mathieu CERINO
--	-------------------

ATER

CHIMIE ANALYTIQUE	M. Charles DESMARCHELIER
CHIMIE THERAPEUTIQUE	Mme Fanny MATHIAS

DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE

Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

PROFESSEURS

PHARMACIE CLINIQUE	Mme Diane BRAGUER M. Stéphane HONORÉ
PHARMACODYNAMIE	M. Benjamin GUILLET
TOXICOLOGIE GENERALE	M. Bruno LACARELLE
TOXICOLOGIE DE L'ENVIRONNEMENT	Mme Frédérique GRIMALDI

MAITRES DE CONFERENCES

PHARMACODYNAMIE	M. Guillaume HACHE Mme Ahlem BOUHLEL M. Philippe GARRIGUE
PHYSIOLOGIE	Mme Sylviane LORTET Mme Emmanuelle MANOS-SAMPOL
TOXICOCINETIQUE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Joseph CICCOLINI Mme Raphaëlle FANCIULLINO Mme Florence GATTACECCA
TOXICOLOGIE GENERALE ET PHARMACIE CLINIQUE	M. Pierre-Henri VILLARD Mme Caroline SOLAS-CHESNEAU Mme Marie-Anne ESTEVE

A.H.U.

PHARMACIE CLINIQUE	M. Florian CORREARD
PHARMACOCINETIQUE	Mme Nadège NEANT

CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Valérie AMIRAT-COMBRALIER, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Marie-Hélène BERTOCCHIO, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Nicolas COSTE, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Sylvain GONNET, Pharmacien titulaire

Mme Florence LEANDRO, Pharmacien adjoint

M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire

M. Patrick REGGIO, Pharmacien conseil, DRSM de l'Assurance Maladie

Mme Clémence TABELLE, Pharmacien-Praticien attaché

Mme TONNEAU-PFUG, Pharmacien adjoint

M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier

M. Joël VELLOZZI, Expert-Comptable

Mise à jour le 22 février 2018

Remerciements

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Stéphane HONORE,

C'est un honneur pour moi de vous compter parmi les membres du jury, merci d'avoir accepté de présider le jury et d'évaluer ce travail, je vous remercie également pour les réponses que vous m'avez apporté tout au long de ce projet, veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A ma directrice de thèse,

Madame le Docteur Mireille NATAF,

Merci de m'avoir proposé ce sujet et d'avoir accepté d'encadrer ce travail. Je te remercie également pour ta confiance, tes nombreuses relectures, ton écoute et ton soutien tout au long de ce travail.

Aux membre du jury,

A Madame le Docteur Hélène PEYRIERE,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et d'avoir évalué ce travail. Veuillez recevoir l'expression de mes remerciements les plus sincères.

A Madame le Docteur Marjorie NELLI,

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury et d'avoir contribué à la mise en place. Merci pour ton attention, ton écoute et ta bienveillance tout au long de ce travail. J'en profite pour remercier l'ensemble du service de gastro-entérologie.

A Madame le Docteur Sarah LE TOHIC,

Merci d'avoir accepté de faire partie du jury et d'avoir évalué ce travail. Tes précieux conseils et ton aide ont grandement contribué à l'amélioration de ce mémoire.

Merci,

A l'équipe de la pharmacie du CH de Salon de Provence, pour votre accueil, merci spécialement à Flore pour avoir poursuivi ce travail,

A tous les pharmaciens que j'ai croisés durant mon internat, pour avoir partagé vos connaissances,

A mes amis, pour votre bonne humeur et votre chaleur,

A ma famille, mes parents, mes frères et sœurs, pour tout ce que vous avez fait pour moi,

A ma marraine, pour m'avoir écouté et soutenu dans les moments difficiles,

A mon parrain, pour avoir toujours maintenu le contact malgré la distance,

A toi, qui est présent à mes côtés, pour ton soutien, ton aide, ta confiance et ta patience, merci à ta famille.

Merci à tous, pour votre soutien, votre aide, et votre présence même dans les moments difficiles.

*« L'Université n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses.
Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. »*

Table des matières

Remerciements.....	8
Abréviations.....	14
Figures.....	16
Tableaux.....	17
Introduction.....	18
Partie 1. Contexte.....	19
1. Le patient âgé et son traitement médicamenteux.....	19
1.1 Evénement iatrogène médicamenteux, erreur médicamenteuse et effet indésirable.....	19
1.2 Le patient âgé : un patient à risque.....	21
1.3 Facteurs de risque d'événements iatrogènes médicamenteux retrouvés dans la littérature.....	21
1.3.1. Facteurs liés aux caractéristiques physiopathologiques du patient âgé.....	21
1.3.2. Facteurs liés au traitement médicamenteux du patient âgé et à sa gestion.....	22
1.3.3. Facteurs de risque d'erreurs médicamenteuses non liés au patient.....	24
1.4 Connaissance du traitement : moyen de diminution des facteurs de risques iatrogènes.....	26
1.4.1. Adhésion thérapeutique.....	26
1.4.2. Patient acteur de sa prise en charge médicamenteuse.....	27
1.4.3. Gestion du traitement.....	27
1.5 Connaissance du traitement : données actuelles et facteurs déterminants.....	28
1.5.1. Données actuelles.....	28
1.5.2. Facteurs déterminants.....	29
2. Place du pharmacien dans l'amélioration de la connaissance du traitement et la sécurisation du parcours de soin du patient.....	31
2.1 Les actions d'éducation thérapeutique.....	31
2.1.1. Définitions et objectifs.....	31
2.1.2. Impact sur les connaissances.....	33
2.1.3. Impact sur la réduction des erreurs médicamenteuses.....	34
2.1.4. Impact sur l'adhésion thérapeutique.....	34
2.2 La conciliation médicamenteuse et son impact sur les erreurs médicamenteuses.....	35
2.2.1. La conciliation médicamenteuse à l'admission.....	37
2.2.2. La conciliation médicamenteuse de sortie.....	38

Partie 2. Mise en place de la conciliation à l'admission et à la sortie du patient et impact sur les connaissances du traitement.....	40
1.Introduction.....	40
2.Objectifs.....	40
2.1 Principal.....	40
2.2 Secondaires.....	41
3.Patients et méthode.....	41
3.1 Type, période et population d'étude.....	41
3.1.1. Critères d'inclusion des patients.....	41
3.1.2. Critères d'exclusion des patients.....	42
3.2 Organisation pratique et données recueillies.....	42
3.2.1. Mise en place de la conciliation médicamenteuse à l'admission.....	42
3.2.2. Mise en place de la conciliation médicamenteuse à la sortie.....	43
3.2.3. Données recueillies lors de la conciliation médicamenteuse.....	45
3.2.4. Évaluation de la connaissance du traitement du patient.....	47
3.2.5. Données recueillies lors de l'évaluation de la connaissance.....	50
3.3 Outils utilisés.....	51
3.4 Analyse statistique.....	52
4.Résultats.....	53
4.1 Questionnaire aux officinaux.....	53
4.2 Description de la population d'étude.....	53
4.3 Conciliation médicamenteuse.....	55
4.1.1. Conciliation médicamenteuse à l'admission.....	55
4.1.2. Conciliation médicamenteuse à la sortie.....	60
4.2 Évaluation de la connaissance du traitement.....	65
4.2.1.Évaluation à l'admission.....	65
4.2.2.Évaluation à la sortie.....	67
4.2.3. Évaluation à distance de l'hospitalisation.....	70
5.Discussion.....	72
5.1 La réunion avec les officinaux.....	72
5.2 La conciliation médicamenteuse.....	72
5.2.1. Limites rencontrées lors de la mise en place de la conciliation médicamenteuse.....	72
5.2.2. La conciliation médicamenteuse à l'admission.....	73
5.2.3. La conciliation médicamenteuse à la sortie.....	74

5.2.4. Impact à distance de l'hospitalisation.....	76
5.3 Évaluation de la connaissance du traitement du patient.....	77
5.3.1. Méthodologie et outil.....	77
5.3.2. Connaissance du traitement à l'admission.....	78
5.3.3. Connaissance du traitement à la sortie d'hospitalisation	80
5.3.4. Connaissance du traitement à distance de l'hospitalisation.....	82
Conclusion.....	84
Bibliographie.....	85
Annexes.....	94
Annexe 1 - Présentation de la conciliation médicamenteuse aux officinaux.....	95
Annexe 2 - Fiche de conciliation médicamenteuse.....	100
Annexe 3 - Questionnaire d'entretien au patient.....	101
Annexe 4 - Questionnaire aux officinaux.....	102
Annexe 5 - Compte rendu de conciliation.....	105
Annexe 6 - Cartes AIPAT du CH de Cannes (68).....	107
Annexe 7 - Questionnaire d'entretien téléphonique.....	114
Annexe 8 – Algorithme de cotation de la gravité potentielle de l'erreur médicamenteuse de la SFPC et la HAS (94).....	115
Annexe 9 - Plan de Prise Personnalisé.....	117

Abréviations

AOD	Anticoagulants oraux directs
ARS	Agence régionale de santé
ATC	Anatomique thérapeutique et chimique
AVK	Antivitamine K
CR	Compte rendu
DPC	Développement Professionnel Continu
DPI	Dossier patient informatisé
HAS	Haute autorité de santé
BMS	Bilan médicamenteux de sortie
BMO	Bilan médicamenteux optimisé
BMS	Bilan médicamenteux de Sortie
BPCO	Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
CAQES	Contrat d'Amélioration de la Qualité dans les Établissements de Santé
CBU	Contrat de bon usage
CH	Centre hospitalier
CM	Conciliation médicamenteuse
CMA	Conciliation médicamenteuse à l'admission
CME	Commission médicale d'établissement
CMS	Conciliation médicamenteuse de sortie
COMEDIMS	Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles
CP	Consultation Pharmaceutique
DCI	Dénomination commune internationale
DI	Divergence intentionnelle
DIND	Divergence intentionnelle non documentée
DNI	Divergence non intentionnelle
EFI	Effet indésirable
EI	Événement indésirable
EIG	Événement indésirable grave
EIM	Événement iatrogène médicamenteux
EM	Erreur médicamenteuse
ENEIS	Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins
EP	Entretien pharmaceutique
ETP	Éducation thérapeutique du patient
HIA	Hôpital d'instruction des armées
IAM	Interactions médicamenteuses
IDE	Infirmière à domicile
INR	International Normalized Ratio
IPP	Inhibiteur de la pompe à proton
PECM	Prise en charge médicamenteuse
PUI	Pharmacie à usage intérieur
REMED	Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et Dispositifs médicaux

SFPC	Société française de pharmacie clinique
SFPO	Société française de pharmacie oncologique
SSR	Soins de suite et de réadaptation
URPS	Union régional des professionnels de santé

Figures

Figure 1.	Relation entre événement iatrogène médicamenteux, erreur médicamenteuse et effet indésirable selon la SFPC (14).....	19
Figure 2.	Les erreurs médicamenteuses (SFPC (14)).....	20
Figure 3.	Diagramme d'Ishikawa (40).....	25
Figure 4.	Etapes de réalisation de la conciliation médicamenteuse à l'admission.....	37
Figure 5.	Etapes de réalisation de la conciliation de sortie.....	38
Figure 6.	Déroulement de l'étude.....	50
Figure 7.	Logigramme des patients inclus dans l'étude	54
Figure 8.	Répartition des divergences intentionnelles selon leur type à l'admission.....	56
Figure 9.	Répartition des erreurs médicamenteuses en fonction de leur type à l'admission.....	57
Figure 10.	Pourcentage d'erreurs médicamenteuses corrigées ou non selon leurs gravités.....	59
Figure 11.	Répartition des patients selon leur score d'observance (Girerd) à l'admission.....	59
Figure 12.	Répartition des DI selon leur type à la sortie.....	61
Figure 13.	Répartition des erreurs médicamenteuses selon leur type à la sortie.....	62
Figure 14.	Pourcentage d'erreurs médicamenteuses corrigées ou non selon leurs gravités à la sortie.....	64
Figure 15.	Répartition des patients selon leur score de connaissance à l'admission.....	65
Figure 16.	Répartition des patients selon leur score de connaissance pour le nom et l'indication de leur traitement à l'admission.....	66
Figure 17.	Répartition des patients selon leur score de connaissance avant et après entretien de sortie.....	68
Figure 18.	Répartition des patients selon leur score de connaissance du nom avant et après entretien de sortie.....	69
Figure 19.	Répartition des patients selon leur score de connaissance de l'indication avant et après entretien de sortie.....	69
Figure 20.	Evolution du pourcentage de patients selon leur score de connaissance entre la sortie et à distance de l'hospitalisation.....	71
Figure 21.	Evolution de la connaissance avant, après et à distance de l'entretien pharmaceutique	71

Tableaux

Tableau 1.	Caractérisation de l'erreur médicamenteuse par sa nature selon la SFPC (97).....	35
Tableau 2.	Caractérisation de l'erreur médicamenteuse par sa gravité selon la SFPC (97).....	36
Tableau 3.	Caractéristiques des patients, N=52.....	54
Tableau 4.	Répartition du motif d'hospitalisation des patients.....	55
Tableau 5.	Nombre et pourcentage d'erreurs médicamenteuses selon la classe thérapeutique à l'admission.....	58
Tableau 6.	Nombre et pourcentage d'erreurs médicamenteuses selon la classe thérapeutique en sortie.....	63
Tableau 7.	Résultats des tests de régression linéaires pour chaque facteur lié à la connaissance.	66
Tableau 8.	Évaluation de la compréhension des modifications de traitement avant l'entretien de sortie.....	67
Tableau 9.	Taux moyen de connaissance du traitement avant et après entretien de sortie.....	68

Introduction

Les patients âgés sont des patients identifiés « à risque » car ils sont victimes de deux fois plus d'Événements Indésirables (EI) que dans la population générale (1). Parmi ces EI, ceux liés au médicament nommés Événements Indésirables Médicamenteux (EIM) sont responsables de 10 % des hospitalisations (10) (11). Ces derniers possèdent plusieurs origines que l'on regroupe en deux catégories : ceux liés aux caractéristiques physiopathologiques du patient âgé et sur laquelle aucune action n'est possible tels que la polyopathie, les troubles cognitifs, et ceux sur lesquels le pharmacien peut agir, dits manœuvrables.

Parmi les facteurs manœuvrables, une mauvaise gestion des traitements, une faible adhésion thérapeutique ou un défaut de participation des patients à leur prise en charge médicamenteuse (PECM) sont des exemples de facteurs de risque d'EIM liés au patient. La connaissance des traitements diminueraient ces facteurs (2) (3) (4). En réalité, le traitement médicamenteux est insuffisamment connu chez les patients âgés. En effet, seulement 18,5 % à 62 % des patients ont une bonne connaissance de leur traitement (5) (6) (7). L'âge, un nombre élevé de médicaments et la présence d'une IDE à domicile diminueraient leur connaissance (4) (6) (8) (9).

Les actions d'éducation thérapeutique du patient permettraient d'augmenter leurs connaissances de 10 à 33 % (10) (11). Le pharmacien peut y prendre part, notamment lors de la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son hospitalisation. Il peut également, par la conciliation médicamenteuse, sécuriser le parcours de soins du patient aux points de transition, responsables de 20 % d'EIM (12). Cette activité de pharmacie clinique est un moyen d'intercepter les erreurs médicamenteuses à l'admission, aux transferts et à la sortie d'hospitalisation.

Nous avons mis en place la conciliation médicamenteuse à l'admission et à la sortie du patient au centre hospitalier de Salon de Provence, puis évalué son impact sur les connaissances du patient âgé.

Partie 1. Contexte

1. Le patient âgé et son traitement médicamenteux

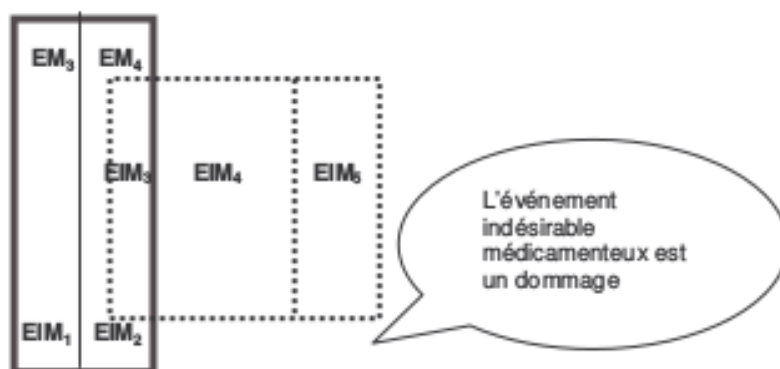
1.1 Événement iatrogène médicamenteux, erreur médicamenteuse et effet indésirable

L'Événement Indésirable est défini comme « un événement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Cet événement est consécutif aux actes de prévention, de diagnostic ou de traitement. Il s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin et n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie » (13).

Cette augmentation d'EI chez le patient âgé est notamment due aux médicaments. On parle alors d'Événements Iatrogènes Médicamenteux, d'Événements Indésirables Médicamenteux (EIM) ou de « Adverse Drug Event » en anglais. La notion d'iatrogénie médicamenteuse se définit comme « un dommage survenant chez le patient, lié à sa prise en charge médicamenteuse et résultant de soins appropriés, de soins inadaptés ou d'un déficit de soins ». On distingue les EI inévitables correspondants aux effets indésirables (EFI) des médicaments ou « Adverse Drug Reaction » utilisés dans les conditions normales d'utilisation et les EI évitables correspondants aux Erreurs Médicamenteuses (EM), ou aux effets indésirables liés à un mésusage (**Figure 1**) (14).

Les Événements Indésirables Médicamenteux - EIM

Adverse Drug Events - ADE



- EIM₁** : EIM liés à une EM par omission du médicament
- EIM₂** : EIM liés à une EM par prise inappropriée du médicament
- EIM₃** : EIM = EFI liés à une EM
- EIM₄** : EIM = EFI dans les conditions normales d'utilisation
- EIM₅** : EIM = EFI avec mésusage

Figure 1. Relation entre événement iatrogène médicamenteux, erreur médicamenteuse et effet indésirable selon la SFPC (14)

L'Erreur Médicamenteuse (EM) ou « Medication Error » est l'« écart par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient ». Elle est « l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte relatif à un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque (EM potentielle) ou d'un événement indésirable pour le patient (EM avérée) (Figure 2).

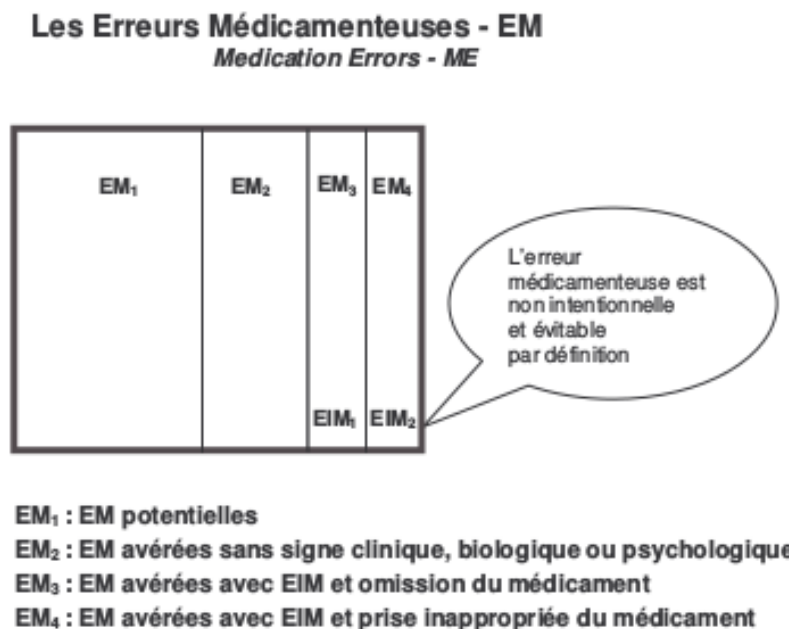


Figure 2. Les erreurs médicamenteuses (SFPC (14))

Par définition, l'erreur médicamenteuse est évitable car elle manifeste ce qui aurait dû être fait et qui ne l'a pas été au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse d'un patient. L'erreur médicamenteuse peut concerner une ou plusieurs étapes du circuit du médicament, telles que la sélection au livret du médicament, la prescription, dispensation, l'analyse des ordonnances, la préparation galénique, le stockage, la délivrance, l'administration, l'information, le suivi thérapeutique ; mais aussi ses interfaces, telles que les transmissions ou les transcriptions » (14). L'EM est responsable de 20 % des EI évitables (12).

Les EIM sont considérés comme des Evénements Indésirables Graves (EIG) s'ils causent une hospitalisation ou la prolongation d'un séjour hospitalier, une incapacité, un risque vital pour le patient ou un décès (14). En établissement de santé, d'après l'étude ENEIS (1), 89 % des EIG sont évitables dont 43 % liés au médicament.

1.2 Le patient âgé : un patient à risque

Un patient est dit âgé lorsqu'il a plus de 75 ans ou plus de 65 ans et qu'il est polypathologique (15). Il est identifié « à risque » car il est soumis à deux fois plus de risques d'avoir un événement indésirable que dans la population générale (1). L'iattrogénie médicamenteuse serait deux fois plus fréquente après 65 ans (16). D'après l'étude ENEIS (1), 71 % des EIG surviennent chez les patients de plus de 65 ans. La prévalence des EIG liée au médicament en établissement de santé est de 19 à 30 % (12). De plus, 50 % des EIG liés aux médicaments seraient évitables (1) (17). Ces EIM sont responsables d'une hospitalisation sur 10 (18) (19) (20).

1.3 Facteurs de risque d'événements iatrogènes médicamenteux retrouvés dans la littérature

Trois types de facteurs de risques sont distingués, ceux liés aux caractéristiques du patient, ceux liés à son traitements médicamenteux et sa gestion et ceux non liés au patient.

1.3.1. Facteurs liés aux caractéristiques physiopathologiques du patient âgé

Hormis l'âge du patient qui est un facteur de risque d'EIM, la polypathologie et les troubles cognitifs sont deux exemples de facteurs de risque d'EIM.

- **La polypathologie ou comorbidité**

Plusieurs études s'accordent sur le fait que le nombre de comorbidités augmente le risque d'EIM (18). Avec l'âge, les capacités physiologiques de nombreux organes dont le rein, le foie, et le cœur diminuent. Le patient âgé devient plus vulnérable, fragile et souffre de plus de pathologies (21). Les médicaments sont moins bien éliminés. Les caractéristiques pharmacocinétiques telles que l'administration, la distribution, le métabolisme et l'élimination et pharmacodynamiques sont altérées. Le rapport bénéfice risque des médicaments est plus tangible. De plus, cette polypathologie entraîne une polymédication qui expose à un risque majoré d'interactions médicamenteuses. Cette vulnérabilité engendre une majoration de la gravité des EI chez ces patients (12). La polypathologie entretient un risque plus élevé de survenue d'un EIM.

- **Les troubles cognitifs**

D'après Mira et al (22), les patients âgés qui ont des troubles cognitifs sont plus amenés à commettre des Erreurs Médicamenteuses (EM) et à induire des EIM. En effet, ils auraient plus de difficultés dans la gestion de leurs traitements médicamenteux (22). Cette hypothèse est confirmée par Granjon et al. (23), d'après eux, 85 % des patients déments ne prennent pas leurs traitements correctement à domicile et 21 % des hospitalisations sont dues à un effet indésirable médicamenteux évitable soit deux fois plus que la moyenne chez les patients âgés non déments (23). Ce taux élevé pourrait s'expliquer par le fait que les troubles cognitifs induisent un manque de connaissance médicale (24). De plus, ces troubles affecteraient la perception de la maladie et les croyances des patients quant à leurs gestions de l'erreur médicamenteuse et de leurs traitements. Les patients seraient moins volontaires à participer à leur PECM (25).

Ces deux critères sont peu influençables.

1.3.2. Facteurs liés au traitement médicamenteux du patient âgé et à sa gestion

- **La polymédication et interactions médicamenteuses**

On parle de polymédication quand un patient prend plus de 5 médicaments. Elle est souvent la conséquence d'une polypathologie. D'après les données de la littérature (21) (26), la polypathologie et la polymédication sont deux facteurs de risque avérés d'EIM. D'après Jonquet (4), les patients avec un antécédent d'EIM prennent en moyenne plus de médicaments que les patients sans antécédent d'EIM (7,34 vs 6,46). Ce facteur de risque d'EIM pourrait s'expliquer par plusieurs causes :

- une augmentation du risque d'interactions médicamenteuses qui peuvent majorer les effets indésirables (27). Le risque d'iatrogénie est alors augmenté. En effet, 7 % des EIM sont dus aux IAM (18) et 30 % des IAM seraient dues à des effets indésirables (12).
- une mauvaise gestion du traitement médicamenteux par le patient. En effet, plus le nombre de médicaments pris par les sujets âgés est élevé, plus ils sont amenés à commettre des EM (22).
- une mauvaise observance (12) (28)
- une augmentation des divergences en sortie d'hospitalisation. En effet, le nombre de médicaments pris par le patient entraîneraient une augmentation du nombre d'EM identifiées en sortie d'hospitalisation. En effet, pour chaque ajout de médicament, le risque d'EM augmente de 46 %.

- **La participation du patient pour être acteur et sécuriser sa PECM**

Le terme « acteur de sa santé » a émergé avec la loi du 4 mars 2002 dite Kouchner décrivant le droit des patients, et plaçant le patient au cœur de sa prise en charge (29). L'objectif est la participation du patient aux décisions concernant sa santé. Les moyens de contribution du patient à la PECM sont divers tels que l'énumération de la liste de ses médicaments, des effets indésirables, et des complications liées à la maladie (30). Un patient est qualifié d'acteur s'il peut prendre des décisions sur sa santé, agir de façon autonome et responsable. (26). Ce patient « actif » s'implique dans la sécurisation de ses propres soins. En effet, d'après Modig et al (3), les patients qui ont su trouver l'information sur leurs traitements par eux même se sentent plus en sécurité avec leur traitement.

Dans la réalité, l'application de ce modèle « patient acteur » pour sécuriser la PECM reste un défi. En effet, d'après une étude menée dans 5 pays anglophones (UK, Canada, USA, Australie, Nouvelle zélande), seulement 50 % à 60 % des patients malades ont contribué à établir la liste de leur traitement, soit 30 % de moins que dans la population générale (31). Les patients âgés serait la tranche d'âge où l'on retrouve la plus faible contribution (25). En effet, l'âge et la sévérité de la maladie rendrait le patient passif. (25). Il serait moins susceptible de poser des questions sur l'objectif de son traitement (32) ou de participer aux décisions médicales (33) (24). Cette faible participation mettrait en jeu la sécurité des patients vis à vis de leurs traitements.

- **La mauvaise gestion du traitement par le patient âgé**

La mauvaise gestion du traitement par le patient est incriminée dans plusieurs causes de survenues d'EIM telles qu'un défaut d'administration des médicaments, un défaut de posologie des médicaments, un défaut de surveillance médicale, clinique et biologique de certains médicaments à risque (anticoagulants, antihypertenseurs...). Elles peuvent être dues au non respect du conseil clinique, ou à des modalités de gestion des médicaments inadaptées aux capacités du patient (34) (21).

Un manque d'information ou une incompréhension du traitement par le patient peut expliquer certaines causes. En effet, l'incompréhension du traitement est liée à un risque plus fréquent d'erreurs médicamenteuses (22).

- **L'adhésion thérapeutique**

L'adhésion thérapeutique est le rapport entre « ce que le patient fait » et ce que « le patient et le médecin ont décidé de faire après négociation sans imposition ». Ce terme tend à remplacer le terme d'observance qui se définit par le rapport entre « ce que le patient fait » et « ce que le médecin dit ». En effet l'observance renvoie à une situation « d'obéissance » du patient envers le soignant à un instant t alors que l'adhésion renvoie à un perpétuel changement de comportement du patient selon sa volonté vis à vis de sa maladie et de ses traitements. Cette définition inclut un « caractère dynamique » qui évolue au cours du temps. (35)

Il existe plusieurs échelles d'évaluations de l'observance dont le score de Girerd (36). Il s'agit d'un questionnaire validé initialement dans l'hypertension artérielle qui s'est étendu à d'autres pathologies. Il est recommandé par l'assurance maladie. L'adhésion thérapeutique du patient est répartie en trois scores : bonne adhésion, problème d'adhésion mineur, et mauvaise adhésion thérapeutique (37). Le score de Morisky est plus facile d'utilisation et comporte 4 à 8 questions. La méthode de comptage des pilules est une autre méthode d'évaluation de l'adhésion qui consiste à compter le nombre de comprimés restants dans la boîte de médicaments du patient et de comparer ce nombre avec le nombre de comprimés qui devrait rester en théorie (38).

Chez les patients âgés le taux d'adhésion thérapeutique varie entre 43 % et 95 % (39).

Un défaut d'adhésion thérapeutique pourrait engendrer des EIM. D'après Field et al (34), la survenue d'EIM peut être due à un défaut d'administration du médicament. Par exemple, la décompensation d'une BPCO d'un patient en raison de la non adhésion thérapeutique à domicile. Il y a donc une erreur d'administration du médicament, provenant soit de la fréquence, de la dose, ou de la posologie (1).

1.3.3. Facteurs de risque d'erreurs médicamenteuses non liés au patient

- **La discontinuité de la prise en charge médicamenteuse aux points de transition**

La complexité du parcours de soin du patient, liée à la multitude de spécialités médicales, rend difficile la communication entre les différents acteurs et peut nuire à la PECM du patient. En effet, une rupture de continuité de la PECM entre professionnels de santé peut être responsable d'incohérence entre les

messages des différents médecins sur un même problème de santé. Ce problème est accentué par le changement fréquent de médecins qui peut engendrer un changement plus fréquent de médicaments pour un même patient. Ce changement est notamment observé lors de la transition ville-hôpital. Les médicaments habituels du patient ne sont pas toujours disponibles à l'hôpital. Des équivalences ou des substitutions de médicaments peuvent être réalisées. Ces divergences par rapport au traitement habituel du patient peuvent être poursuivies en ville car prescrites sur l'ordonnance de sortie d'hospitalisation. Le nombre de divergences en sortie d'hospitalisation augmenterait le risque d'EM et d'EIM (27). D'après Mira et al. (22), les causes liées à la discontinuité de la PECM du patient seraient responsables d'une accentuation du risque d'EM. Les transitions entre l'hôpital et la ville sont donc des situations à risque.

Ces différents facteurs de risques d'EIM sont retrouvés dans le diagramme d'Ishkawa (40).

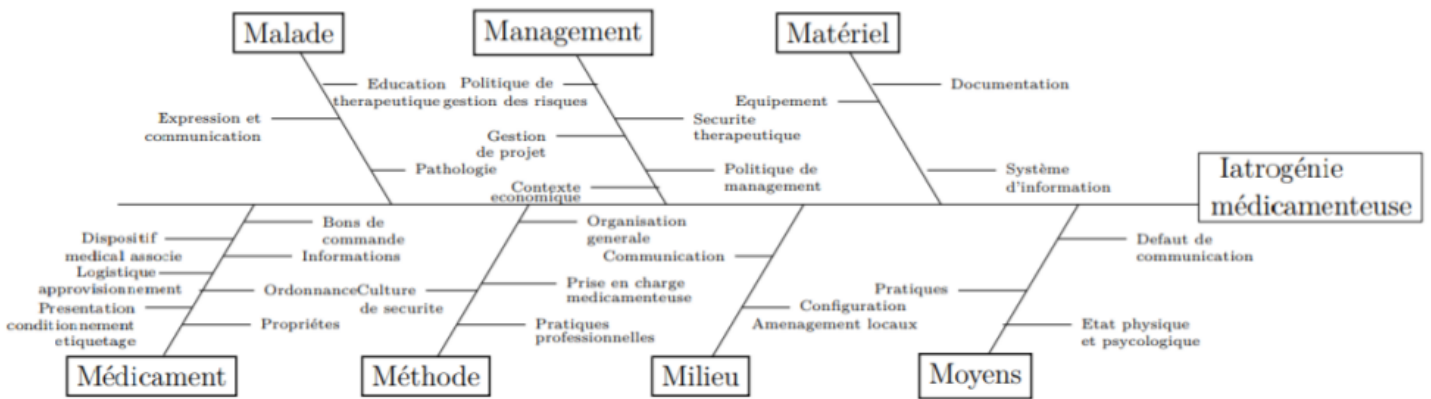


Figure 3. Diagramme d'Ishkawa(40)

Parmi les facteurs décrits, il reste difficile d'avoir une action sur ceux liés aux caractéristiques physiopathologiques du patients tels que l'âge, les comorbidités, et les troubles cognitifs. Les facteurs liés au traitement médicamenteux du patient et à sa gestion tels que la polymédication, la gestion du traitement, la volonté à être acteur de sa PECM, l'adhésion thérapeutique, la discontinuité de la PECM lors du parcours de soin sont des facteurs influençables. La connaissance du patient permettrait de diminuer les facteurs de risques d'EIM tels que l'adhésion thérapeutique, la participation du patient en tant qu'acteur et la gestion du traitement.

1.4 Connaissance du traitement : moyen de diminution des facteurs de risques iatrogènes

Une meilleure connaissance du traitement par le patient pourrait diminuer les risques d'EIM. Cette intuition est démontrée par plusieurs études qui prouvent qu'un taux de connaissance faible et plus précisément pour le nom et l'indication est directement corrélé avec une augmentation des EIM (41). Les patients qui ont eu un EIM connaissaient en moyenne moins bien leurs traitements (33 % des noms et 40 % des indications) que les patients sans antécédent d'EIM qui connaissaient en moyenne 49 % des noms et 53 % des indications de leurs traitements (4). En effet, mieux les patients connaissent leur traitement, moins ils commettent d'EM. Une étude a corrélé le nombre d'erreurs médicamenteuses involontaires commises par les patients telles que les erreurs d'administrations des médicaments au taux de connaissance des patients. Les patients qui ont commis plus de deux erreurs par an, avaient 7 % de connaissance en moins que les patients qui ont commis moins de deux erreurs dans l'année (2).

1.4.1. Adhésion thérapeutique

Les avis divergent selon les études pour établir un lien entre la connaissance et l'adhésion thérapeutique. Pour la plupart d'entre elles, une mauvaise connaissance du traitement serait un facteur de risque de non adhésion (42). En effet, un problème d'adhésion est identifié chez 57 % des patients diabétiques qui connaissent insuffisamment leurs traitements et leurs maladies (43). A l'inverse, chez les patients gérant eux même leur traitement, une bonne connaissance a été corrélée à une bonne observance (6). Plus précisément, il s'agit de la connaissance de l'indication qui serait corrélée au score d'observance (44) (45).

Les autres facteurs retrouvés dans la littérature liés à une mauvaise adhésion sont des difficultés à avaler (14%), une incompréhension des notices (4%) ou des compte rendu médicaux (6%) (46), l'âge, l'absence d'activités sociales, un niveau scolaire bas, des troubles cognitifs et l'absence d'un médecin à proximité du domicile du patient (42). A l'inverse, le fait de ne pas souhaiter obtenir d'informations sur son traitement n'est pas un facteur de risque de mauvaise observance car seulement 17 % des patients bons observants souhaitaient obtenir des informations sur leurs traitements (46).

1.4.2. Patient acteur de sa prise en charge médicamenteuse

Plusieurs études ont déterminé les obstacles à la participation des patient âgés dans leur PECM. Une des principales limites est le manque de connaissance des traitements (47) (3) (24). En effet d'après Schwappach et al (48), une corrélation significative a été établie entre la connaissance et le fait d'être acteur de sa PECM. Ce manque de connaissance potentiellement lié au manque d'information reçue par le patient vis à vis de son traitement diminue son engagement à réduire les erreurs médicamenteuses (3). Ce manque d'information peut être expliqué par un manque de temps de consultation des médecins (32) (49), un manque de disponibilité du médecin pour répondre aux questions concernant les effets indésirables des médicaments (3) ou encore une relation non confiante avec le médecin (50).

1.4.3. Gestion du traitement

La cause principale d'une mauvaise gestion du traitement par le patient est son incompréhension. Une étude a corrélé les EM réalisées par les patients telles qu'un mauvais dosage de médicaments ou un oubli de traitement au manque de connaissance. La moitié des patients qui déclarent savoir se comporter devant une EM se réfèrent en réalité à leurs médecins (51). Plusieurs raisons sont mises en évidence telles que le manque d'information reçue sur la manière de prendre leur traitement pour 32 % des patients âgés (22). Ce manque d'information peut chez les patients créer un sentiment d'insécurité vis à vis de leur traitement (3).

1.5 Connaissance du traitement : données actuelles et facteurs déterminants

Tout d'abord, nous n'avons pas retrouvé de consensus sur la définition d'une connaissance optimale du traitement. Il en est de même pour l'outil d'évaluation de la connaissance du traitement d'un patient. Beaucoup d'études ont été menées avec des méthodologies différentes et concernant des traitements différents. La plupart avaient lieu en ville (4) (6) (5) (2) (44) (52) (53). Pour la plupart des études, l'évaluation de la connaissance globale du traitement consiste à citer le nom et l'indication (4) (6) (53) (33). Certaines d'entre elles prennent en compte la posologie (5) (54) (55) (56), la forme galénique (9) la capacité à énumérer le nombre de médicaments pris (7) ou encore la durée de traitement et les précautions d'emplois (54). Une étude a mesuré seulement la connaissance de l'indication des traitements (44).

1.5.1. Données actuelles

Le pourcentage de patients avec un bon score de connaissance est assez disparate en fonction des études. Ainsi, 18,5 % à 62 % des patients ont une bonne connaissance de leur traitement (6) (53) (7) (54) (56) (5) (42). Le nom des médicaments est connu en moyenne pour 41 % à 76 % des traitements (4) (54) (2) et 28 % à 57 % des patients ont une bonne connaissance des noms (6) (4) (53) (5) (7) (56) (7). Le nombre de patients qui connaissent bien l'indication (27 % à 87 %) est plus élevé que ceux qui connaissent bien les noms (6) (4) (53) (7) (44) (56). L'indication des traitements est en moyenne connue pour 48% à 84 % des traitements (4) (2) (52). Même si le taux de connaissance moyen varie entre les études, l'indication, le nom et la posologie des médicaments restent les critères de connaissance les mieux connus devant la conservation des médicaments, les effets indésirables et les précautions d'emplois (2). Il est à noter que les posologies sont mieux connues avec la boîte de médicaments sous les yeux (56). Les critères d'une bonne connaissance sont *a minima*, le nom et l'indication des traitements.

Concernant les médicaments à risque, la connaissance des AVK a largement été étudiée. Le taux de connaissance moyen pour le nom et l'indication sont respectivement de 91 % et 67 % (57). La connaissance des antidiabétiques est insuffisante pour 40 % des patients avec un traitement antidiabétique (43).

Toutes ces études concluent sur le fait que le taux de connaissance du traitement des patients reste insuffisant avec un maximum de 62 % de patients qui connaissent bien leur traitement.

1.5.2. Facteurs déterminants

➤ Connaissance et âge

Parmi ces 14 études, 8 d'entre elles concluent à une corrélation significative entre l'âge et le taux de connaissance. Plus les patients sont âgés, moins ils connaissent leur traitement médicamenteux (6) (9) (4) (53) (7) (54) (44) (8). Aucune n'a conclu à une non corrélation ou une corrélation inverse.

➤ Connaissance et nombre de médicaments

La majorité des études concluent à une corrélation entre le nombre de médicaments et le taux de connaissance. Plus les patients âgés prennent de médicaments, moins elles connaissent leur traitement médicamenteux (8) (6) (9) (4) (53) (54) (44) (2). D'après Shen et al, la connaissance des noms diminue avec le nombre de médicaments (58). Une seule étude a conclu à une non corrélation entre le nombre de médicaments et la connaissance (5).

➤ Connaissance et genre

Les avis divergent selon les études. Certaines concluent que les femmes ont une meilleure connaissance que les hommes (6) (5) alors que d'après Collard et al, aucune corrélation n'est établie entre le genre et le score de connaissance (2). Une autre étude n'a pas conclu quant à une liaison significative entre le genre et le taux de connaissance (7).

➤ Connaissance et IDE à domicile

La présence d'une IDE à domicile est liée à un plus faible taux de connaissance des patients selon plusieurs études (8) (6) (9) (4).

➤ Connaissance et pilulier

Selon deux études, l'utilisation d'un pilulier est corrélé avec une moins bonne connaissance (6) (9) alors que deux autres études n'ont pas établi de corrélation entre le fait d'avoir un pilulier et le taux de connaissance (4) (7).

➤ Autres facteurs de risques de faible connaissance

Les autres facteurs de risque liés au patient associés à un faible taux de connaissance retrouvés dans la littérature sont un score faible au Mini-Mental State Examination, la présence d'apathie, la croyance en la non-nocivité des médicaments (8), et un faible niveau d'étude (59) (60).

Les facteurs non liés au patient sont la fréquence de changement de traitement (2), un manque d'information régulière délivrée par les médecins (2). Plusieurs études s'accordent pour dire qu'il n'y a pas assez d'informations délivrées sur les médicaments en sortie d'hospitalisation (3) (61). A l'hôpital, 67 % des patients ont déclarés avoir reçu une information sur leur nouveau traitement chronique à la sortie et seulement 32 % à avoir eu l'information dans leur courrier de sortie (51). L'information est délivrée en moyenne pour 15 % des traitements chroniques (62). Les patients connaissent moins l'indication si le médicament est introduit à l'hôpital (62). Une semaine après l'instauration d'un traitement chronique, l'indication était mieux connue lorsqu'une information avait été délivrée en sortie d'hospitalisation (62).

A l'hôpital, 41 % des patients ont déclaré avoir besoin de plus d'informations à propos d'un nouveau médicament prescrit (51). Ils sont 30 % à souhaiter être mieux informés sur leurs traitements en ville (6).

Les premières sources d'informations sont le médecin (45%) et le pharmacien (39%) (63). La notice des médicaments est consultée par 40 % à 60 % des patients (63) (3), mais seulement 39% des patients la comprennent (59). Les autres sources sont l'entourage (13%), internet (10%) (63) (3) (30) et les programmes médicaux à la télévision (3). Ces diverses sources d'informations montrent que les patients âgés sont en recherche d'information concernant leurs médicaments (3).

Cet état des lieux des connaissances et son lien avec les principaux facteurs de risques d'EIM, nous confortent sur le fait qu'il faut améliorer la connaissance des patients pour diminuer l'iatrogénie médicamenteuse. En tant que seconde source d'information des patients, le pharmacien joue un rôle primordial dans l'amélioration des connaissances du patient. Il peut également agir sur un facteur non lié au patient qui est la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient en pratiquant la conciliation médicamenteuse.

2. Place du pharmacien dans l'amélioration de la connaissance du traitement et la sécurisation du parcours de soin du patient

Acteur de soins de premier recours en ville ou au chevet du patient à l'hôpital, le pharmacien a un rôle primordial dans la sécurisation de la Prise En Charge Médicamenteuse (PECM) et l'amélioration des connaissances du patient. Deux moyens pour obtenir ces objectifs sont la Conciliation Médicamenteuse (CM) et les actions d'Education Thérapeutique.

2.1 Les actions d'éducation thérapeutique

Les actions thérapeutiques sont l'Entretien Pharmaceutique (EP), la Consultation Pharmaceutique (CP), ils sont caractérisés par leurs objectifs (64).

2.1.1. Définitions et objectifs

L'entretien pharmaceutique (EP) est défini par l'arrêté du 4 mai 2012 (article 10.2) comme un « moyen permettant aux pharmaciens d'assurer la prise en charge personnalisée et optimale du patient. ». Il permet de renforcer les rôles de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien auprès des patients, de valoriser l'expertise du pharmacien sur le médicament, d'évaluer la connaissance par le patient de son traitement, de rechercher l'adhésion thérapeutique du patient et l'aider à s'approprier son traitement (65). L'EP est réalisé en séances individuelles ou collectives. Son objectif est de former les patients à mieux gérer leur traitement, améliorer l'adhésion thérapeutique et la compréhension du traitement, prévenir les complications dans le but de réduire le coût liés aux soins de leurs maladies chroniques à long terme. Il sert aussi à améliorer leur qualité de vie (66). Il existe à ce jour trois types d'EP rémunérés en ville : Asthme, AVK et AOD et bientôt un pour le diabète (67).

Au centre hospitalier de Cannes, un EP de sortie d'hospitalisation a été développé pour les patients du service de cardiologie et de rhumatologie. Cet EP permet d'aider le patient à mieux comprendre son traitement. Sur des principes de l'ETP, le pharmacien explique au patient les objectifs thérapeutiques de chaque traitement à l'aide de deux outils : un jeu de carte « AIPAT » et un plan de prise personnalisé. Ce jeu est réparti en 8 thèmes colorés correspondants aux spécialités médicales. Sur chaque carte est noté l'objectif thérapeutique illustré en image. Ce jeu permet d'aider le patient à mieux comprendre son traitement et à mémoriser les indications de ses traitements. Le plan de prise remis est complété par le patient (68) (69).

La Consultation Pharmaceutique (CP) est un EP avec *a minima* :

- une conciliation médicamenteuse (CM)
- une analyse pharmaco-thérapeutique du traitement,
- des interventions pharmaceutiques destinées aux professionnels de santé, voire au patient,
- une revue de médication,
- une évaluation de l'adhésion thérapeutique,
- la remise d'un plan de prise,
- une information au patient,
- le recueil des effets indésirables et leurs gestions.

La CP se définit par « un conseil donné à un patient dans le cadre de son traitement, que le patient soit hospitalisé, sortant ou ambulatoire. L'information délivrée doit être écrite, un commentaire verbal pouvant être utilement associé au document remis au patient». Ses objectifs sont multiples :

- vérifier la compréhension du traitement par le patient pour rendre le patient plus autonome dans la gestion de son traitement. Par exemple, la CP développée en sortie d'hospitalisation pour les patients transplantés hépatiques de la Croix-Rousse est structurée sur la base des étapes de Calgary-Cambridge (70) qui sont «préparer la rencontre, rencontrer, recueillir l'information, expliquer le traitement, récapituler, rédiger le plan de prise des médicaments, présenter les règles hygiéno-diététiques et clore l'entrevue. » (71).
- diminuer l'iatrogénie médicamenteuse (par la conciliation médicamenteuse, et l'analyse pharmaceutique),
- évaluer l'adhésion thérapeutique,
- établir une liaison entre la ville et l'hôpital (72). La CP s'inscrit dans une prise en charge multidisciplinaire (73).
- expliquer les modifications de traitements liées à l'hospitalisation. Par exemple, la CP développée dans un service de endocrinologie-nutrition explique les raisons des traitements modifiés et remet un plan de prise au patient avec si nécessaire des fiches de bon usage sur les médicaments à risques (74).

La CP s'est aussi développée en oncologie et des recommandations sur sa réalisation ont été publiées par la SFPO (75). Elle comprend une CP d'initiation avant l'instauration d'un traitement anticancéreux, une CP de suivi à l'issue du premier mois et des entretiens de suivi réguliers.

Néanmoins, la frontière entre l'entretien pharmaceutique (EP) et la consultation pharmaceutique (CP) reste floue et ces deux interventions sont souvent confondues.

L'EP ou la CP peuvent être réalisés en initiation d'un traitement ou en suivi de traitement. Ils sont développés en ville comme à l'hôpital. Ces deux types d'entretien au patient peuvent également s'intégrer à un programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP).

L'ETP est un programme nécessitant une autorisation préalable par l'ARS. Elle s'adresse aux patients traités au long cours pour une maladie chronique contrairement aux CP qui s'adressent à tous les patients quelle que soit la durée du traitement (75). Elle a été développée dans beaucoup de pathologies chroniques telle que la maladie de Gaucher (76) ou la maladie de Parkinson (77). En ville, le réseau Pharmacien Information Communication (PIC) a développé une ETP dédiée aux médicaments et destinée aux patients âgés. Trois entretiens de 30 min sont réalisés par le pharmacien pendant une durée de 6 mois. Lors de cette ETP, les connaissances du patient sont évaluées au début et à la fin de chaque atelier et permettent de définir l'objectif d'apprentissage(78).

2.1.2. Impact sur les connaissances

L'impact des entretiens pharmaceutiques sur la connaissance des AVK a largement été démontré (79). En effet, les informations délivrées sur l'INR, les effets indésirables liés à un surdosage ou sous-dosage en AVK, les médicaments contre-indiqués, lors d'une l'ETP ont permis au patient d'acquérir une capacité d'interprétation d'un résultat biologique et une compétence de gestion thérapeutique. Ces connaissances ont diminué par 4 la probabilité d'avoir une hémorragie sous AVK, trois mois après l'ETP (80). Un EP individuel sur la warfarine et ses risques avec remise d'un livret au patient a amélioré ses connaissances de 23 % en moyenne, et ce jusqu'à deux mois après l'EP (81). Un autre EP sur le bon usage des AVK a augmenté la connaissance chez 23 % des patients (n=52 patients). Les 73 % autres patients n'ont pas augmenté leur connaissance car ils connaissaient déjà très bien leur AVK (score de connaissance initial de 93%) (11).

Des EP sur d'autres médicaments à risque se sont développés. Notamment sur le bon usage des antidiabétiques. Le pourcentage de patients avec un bon score de connaissance a augmenté de 30 %, trois mois après l'EP (82). Une autre étude a mis en évidence une augmentation moyenne de 33 % du taux de connaissance sur l'hbA1c 48h après un EP chez 33 patients (83).

Les actions d'éducation thérapeutique améliorent aussi la connaissance de l'ensemble du traitement. A l'hôpital, une CP de sortie d'hospitalisation expliquant les traitements modifiés et délivrant un plan de prise personnalisé a permis une meilleure compréhension des traitements et notamment des modifications (74) Selon Al-Rashed et al, les patients ont acquis 32 % de connaissance en plus pour l'indication, deux semaines après une CP de sortie. En revanche cette connaissance ne s'est pas pérennisée dans le temps, à trois mois de la CP (84). En ville, un programme d'ETP dédié aux patients âgés avec remise d'un tableau de suivi des traitements, a amélioré les connaissances de 10 % pour les noms, 11 % pour l'indication, et 9 % pour les posologies des traitements, 3 mois (10). L'information écrite telle qu'une carte de traitement ou un plan de prise associée à l'information orale serait nécessaire au patient pour améliorer ses connaissances de façon optimale et durable. En effet, une étude a démontré qu'une carte de traitement avec des conseils de bon usage notifiés, a amélioré la connaissance de 3 fois plus de patients que dans le groupe sans carte de traitement (85).

2.1.3. Impact sur la réduction des erreurs médicamenteuses

L'impact des EP sur la réduction des EIM et l'optimisation de la PECM, a aussi été démontré en ville comme à l'hôpital. En effet, au CHU de Strasbourg (86), la mise en place d'une CP à l'admission, et à la sortie de l'hôpital a divisé par 3 le nombre d'EM telles les erreurs de dosage, les IAM, les comportements à risque, les erreurs de posologie, pendant l'hospitalisation (86). Une autre étude a mis en évidence qu'une CP de primoprescription d'une thérapie ciblée pour le mélanome, a permis de détecter les EI et les potentielles IAM, engendrant une réévaluation du traitement dans 21 % des cas, et une adaptation du plan de prise dans 24 % des cas (87). Un autre EP chez les sujets âgés insuffisants rénaux chronique a permis d'obtenir un dépistage plus précoce chez certains patients (88).

2.1.4. Impact sur l'adhésion thérapeutique

Plusieurs articles (89) (42) (90) s'accordent sur le fait que l'éducation thérapeutique permettrait d'améliorer l'adhésion du patient âgé en lui apportant une information claire sur sa maladie, ses traitements, la gestion de sa prise en charge thérapeutique et l'explication de son parcours de soins en impliquant la famille, avec remise d'une information écrite. En effet, selon Collard et al (10), le taux de patients âgés avec un très bon score d'observance a augmenté de 17 % entre l'entretien pharmaceutique initial et trois mois après. Selon Mendjel (91), 42 % des patients ont amélioré leur score d'observance un mois après un entretien pharmaceutique en sortie d'hospitalisation jusqu'à réduire à néant le nombre de patients non observant. Cet impact d'autant plus nécessaire s'il concerne des médicaments à risques tels

que les antidiabétiques. Selon Lemozy et al, un EP a été développé en ville sur le bon usage des anti diabétiques avec remise d'une fiche explicative de chaque médicament. L'observance s'est significativement améliorée chez les patients qui prenaient des sulfamides, trois mois après l'EP (82). Plus largement, une revue a comparé trois types d'interventions éducatives dans l'amélioration de l'observance thérapeutique chez des patients âgés. Parmi les 12 études interventionnelles, 8 ont conclu à une amélioration de l'observance thérapeutique. Parmi les sept études réalisées par un pharmacien, 4 d'entre elles ont amélioré l'observance thérapeutique (92). En ville, une information orale, associée à un plan de prise, délivré aux patients par des gériatres a diminué significativement l'adhésion thérapeutique des patients (93).

2.2 La conciliation médicamenteuse et son impact sur les erreurs médicamenteuses

En France, la Conciliation Médicamenteuse (CM) est une activité formalisée de pharmacie clinique récemment intégrée aux activités du pharmacien hospitalier (94). Son déploiement est encouragé par les instances publiques et sa mise en place a été intégrée au CAQES comme indicateur national (95). Son objectif est de prévenir les Erreurs Médicamenteuses (EM) pour sécuriser la PECM du patient tout au long de son parcours de soin (96) (97). Selon la classification de la SFPC, les EM sont des divergences non intentionnelles entre la liste des médicaments que le patient est censé prendre et les médicaments prescrits sur l'ordonnance de l'hôpital. Elles peuvent être des erreurs d'omission, d'ajout, de médicament, de dosage, de modalité d'administration ou de moment d'administration (97) (**Tableau 1**).

Tableau 1. Caractérisation de l'erreur médicamenteuse par sa nature selon la SFPC (97)

— *Tableau 9. La caractérisation de l'erreur médicamenteuse par sa nature* —

Nature de l'EM	Nature détaillée de l'EM **
Erreur de patient	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erreur de personne. ■ Erreur dans le support d'identification.
Erreur par omission	
Erreur de médicament	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erreur de protocole thérapeutique. ■ Erreur de principe actif. ■ Erreur de forme galénique. ■ Erreur par redondance. ■ Erreur par ajout injustifié. ■ Erreur par contre-indication absolue. ■ Erreur par utilisation d'un médicament périmé.
Erreur de dose Sous-dose Surdose	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erreur dans le dosage du médicament. ■ Erreur de posologie. ■ Erreur de concentration. ■ Erreur de volume. ■ Erreur de débit de perfusion.
Erreur de modalité d'administration	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erreur de voie d'administration. ■ Erreur de durée de perfusion. ■ Erreur de technique d'administration.
Erreur de moment de prise	
Erreur de durée du traitement	

*EM : erreur médicamenteuse ; ** Nature détaillée de l'EM : la liste n'est pas exhaustive

Les EM sont la conséquence d'un défaut ou d'une mauvaise transmission de l'information entre professionnels de santé impliqués dans la PECM du patient (94). Leurs gravités sont cotées selon le référentiel REMED de la SFPC (97). L'échelle de gravité s'étend de « mineure » c'est à dire sans conséquence clinique pour le patient, à catastrophique, c'est à dire avec mise en jeu potentiel du pronostic vital ou décès du patient (**Tableau 2**).

Tableau 2. Caractérisation de l'erreur médicamenteuse par sa gravité selon la SFPC (97)

Tableau 10. La caractérisation de l'erreur médicamenteuse par sa gravité

Niveau de gravité	Définition du niveau de gravité
Mineure	EM sans conséquence pour le patient.
Significative	EM avec surveillance indispensable pour le patient mais sans conséquence clinique pour lui.
Majeure	EM avec conséquences cliniques temporaires pour le patient : à l'origine d'une atteinte physique ou psychologique réversible qui nécessite un traitement ou une intervention ou un transfert vers un (autre) établissement, induction ou allongement du séjour hospitalier.
Critique	EM avec conséquences cliniques permanentes pour le patient : à l'origine d'une atteinte physique ou psychologique permanente irréversible.
Catastrophique	EM avec mise en jeu du pronostic vital ou décès du patient.

Le processus et les différentes étapes de la CM sont décrits dans le manuel de la HAS et de la SFPC (97) (96). La CM peut être réalisée à tous les points de transition du parcours de soins du patient, que sont l'admission, les transferts inter ou intra-hospitalier et la sortie d'hospitalisation. Nous vous présentons la CM à l'admission, à la sortie de l'hôpital et leurs impacts sur la PECM. La CM de transfert existe mais est moins réalisée en pratique.

2.2.1. La conciliation médicamenteuse à l'admission

La Conciliation Médicamenteuse à l'Admission (CMA) peut être réalisée soit en proactif si l'ordonnance des médicaments à l'admission n'a pas été effectuée lors de la validation du BMO. Dans ce cas, le BMO sert de support à la rédaction de l'ordonnance. Elle est qualifiée de rétroactive si le BMO est réalisé après la rédaction de l'ordonnance des médicaments à l'admission (94).

Ses quatre étapes sont décrites ci-dessous (**Figure 4**).

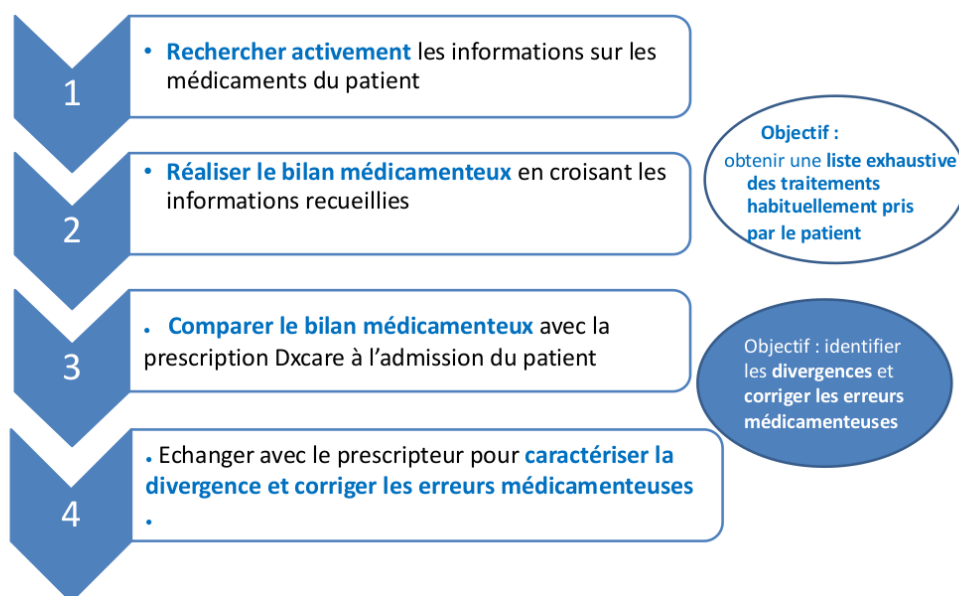


Figure 4. Etapes de réalisation de la conciliation médicamenteuse à l'admission

Selon le rapport d'expérimentation sur la CM établi par 9 établissements français publié par la HAS (94), avec la CMA permet de déceler en moyenne 1,7 divergences par patient non documentées dans le compte rendu médical dont 0,9 EM chez des patients prenant en moyenne 7 médicaments. Il s'agit principalement d'erreurs d'omission (73%) (98), de dosage (14%) (94) et de posologie (99). Une EM de gravité majeure critique ou catastrophique a été retrouvée chez 17 % des patients (94).

Les données de la littérature rapportent un nombre moyen d'EM variant de 0,27 à 2,8 par patient (100) (101) (102) (103) (91) (99) (104) (105) (106) (107) (98) avec l'omission comme principal type d'EM. Les patients âgés sont concernés par au moins une EM dans 36 % à 58,5 % des cas (98) (107) (105) (104).

La CM permet de réduire ces EM. En effet, dans un service de court séjour gériatrique, la CM a diminué de 16 % le pourcentage de patients avec au moins une EM (106).

Selon la littérature, 65 % des EM ont une conséquence clinique nulle et 26 % modérée (107). Cinq pour cent à 30 % sont de gravité majeure ou catastrophique (101) (108) (104). Les trois principales classes

thérapeutiques responsables sont les médicaments du système nerveux, du système gastro-intestinal et du système cardio-vasculaire (CV) (101) (104). Avec un taux d'EM corrigées de 75 % à 79 % (101).(104) (105), la CMA a diminué le nombre d'EM et constitue un moyen de sécuriser la PECM du patient lors de son hospitalisation. Elle a aussi été développée en sortie d'hospitalisation pour sécuriser la transition vers la ville.

2.2.2. La conciliation médicamenteuse de sortie

La Conciliation Médicamenteuse de Sortie (CMS) permet de déceler et corriger le nombre d'EM de l'ordonnance de sortie du patient. Un bilan médicamenteux de sortie est réalisé et comparé à l'ordonnance de sortie pour caractériser les divergences et détecter les potentielles EM pour les corriger. Ses différentes étapes sont décrites ci-dessous (**Figure 5**).

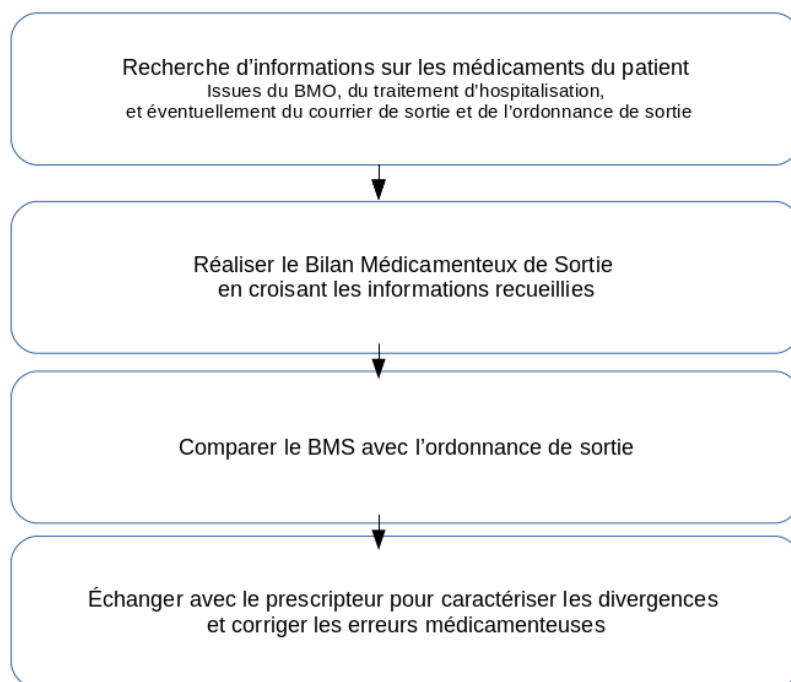


Figure 5. Etapes de réalisation de la conciliation de sortie

De même que pour la CMA, la CMS comporte un entretien au patient. Il sert à expliquer les raisons des modifications de traitement suite à l'hospitalisation. Cette information est réglementée par le décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif à la lettre de liaison (109). Lors de la sortie d'hospitalisation, une lettre de liaison doit être remise au patient par un membre de l'équipe de soins qui « s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises ». Cette lettre doit entre autre contenir « le

motif d'hospitalisation, les traitements prescrits à la sortie de l'établissement (ou ordonnances de sortie) et ceux arrêtés durant le séjour avec le motif d'arrêt ou de remplacement, en précisant, notamment pour les traitements médicamenteux, la posologie et la durée du traitement ». L'entretien pharmaceutique de la CMS et le CR de conciliation pourraient s'intégrer à la lettre de liaison.

L'impact de la CMS dans la réduction des EM a été démontré dans plusieurs études. Son activité met en évidence un taux moyen de 2 à 3 divergences par patient qui concernent 20 % à 87 % des patients (27).

Elle permet d'identifier en moyenne 0,4 à 0,79 EM par patient (91) (110) (107) dont la conséquence clinique est modérée dans 14 % des cas et au moins significative dans 2 % des cas (107). Il s'agit pour la plupart d'erreurs d'omission (57%) (27) (111) et de substitutions non commutées en sortie d'hospitalisation (29%), d'erreurs de dosage ou de fréquence d'administration (8 %) (110). Les principales classes thérapeutiques responsables d'EM sont le système cardiovasculaire (de 20 % à 34%), (27) , le système nerveux (21%) et le système digestif et métabolique (8 % à 20%). La CMS diminue de 24 % le pourcentage de patients concernés par une EM (107). La CMS diminue aussi les divergences intentionnelles non documentées (DIND). Une DIND est un traitement dont la raison de son instauration ou de sa modification pendant l'hospitalisation n'est pas retrouvée dans le compte rendu d'hospitalisation. La CMS diminue de 55 % le pourcentage de patients concernés par une divergence non documentée (112).

La CMS associée à la CMA est le processus le plus optimal pour réduire les EM et les DIND. En effet une étude a rapporté 0,03 EM en moyenne par patient en sortie d'hospitalisation alors que la CMA a identifié 0,14 EM en moyenne par patient à l'admission (113). La CMA seule ne permet donc pas de sécuriser autant la PECM que la CMA associée à la CMS. Ainsi la CMA et la CMS seraient nécessaires pour sécuriser au maximum la PECM du patient tout au long de son parcours de soin.

En réduisant le nombre d'EM, les EIM sont moins fréquents. En effet, une étude a démontré que dès le retour des patients en maison de retraite suite à une hospitalisation, l'incidence d'un EIM est reliée à une divergence dans 2,3 % des cas pour le groupe concilié et dans 14,5 % pour le groupe témoin (111). La CM a diminué de 12 % la survenue d'un EIM lié à une divergence en sortie d'hospitalisation.

Ces EIM étant responsables de 1 hospitalisation sur 10 chez les patients âgés, la CM diminuerait donc le taux de ré-hospitalisations lié à un EIM. En effet une étude a démontré une réduction de 27 % des ré-hospitalisations des patients conciliés 30 jours après l'hospitalisation (110). La diminution des réadmissions des patients à 6 mois après une conciliation médicamenteuse et une revue de médication a permis une économie de coût lié à l'hospitalisation de 460 euros en moyenne par patient (114).

Partie 2. Mise en place de la conciliation à l'admission et à la sortie du patient et impact sur les connaissances du traitement

1.Introduction

Le Centre hospitalier de Salon de Provence accueille les patients du bassin Salonais avec 455 lits, 26 322 hospitalisations par an dont 43 269 passages aux urgences. Dans un souci de sécurisation du parcours de soin du patient et notamment de sa Prise En Charge Médicamenteuse (PECM), le déploiement des activités de pharmacie clinique est devenu une priorité. Le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiencia des Soins (CAQES) (95), successeur du CBU, a retenu la conciliation médicamenteuse (CM) comme indicateur national. Dans notre hôpital, la mise en place de la conciliation fait suite à l'appel à projet de l'ARS pour la mise en œuvre du programme national de sécurité du patient.

Ce projet a pour but de renforcer le lien ville-hôpital grâce à la mise en place de la CM à l'admission et à la sortie d'hospitalisation et d'une messagerie sécurisée. Un poste d'interne en pharmacie a été ouvert et dédié à ce projet pendant 1 an. Dans notre travail, nous nous sommes intéressés à la mise en place de la conciliation et à son impact sur la connaissance du traitement par le patient.

2.Objectifs

2.1 Principal

L'objectif principal est de mesurer l'impact de l'entretien pharmaceutique réalisé lors de la conciliation médicamenteuse de sortie sur la connaissance du traitement par le patient âgé.

Le critère de jugement est l'amélioration des connaissances du patient entre l'admission et la sortie d'hospitalisation. L'admission correspond à l'évaluation avant cet entretien et la sortie correspond à l'évaluation après cet entretien.

2.2 Secondaires

Les objectifs secondaires sont :

- Évaluer l'impact de notre entretien pharmaceutique de sortie sur les connaissances du traitement par le patient à distance de l'hospitalisation.
- Décrire les facteurs influençant la connaissance du patient tels que le nombre de médicaments, l'adhésion du patient, l'âge, le sexe, l'utilisation d'un pilulier et la personne gérant le traitement.
- Mesurer l'évolution de l'observance selon le score de Girerd (36) entre l'hospitalisation et à distance de l'hospitalisation.

3. Patients et méthode

3.1 Type, période et population d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, prospective et monocentrique réalisée d'avril à octobre 2018 dans le service de médecine gastro-entérologie du CH de Salon de Provence.

3.1.1. Critères d'inclusion des patients

Les patients inclus dans l'étude correspondent aux critères suivants :

- âgés de plus de 65 ans
- admis par le service d'accueil des urgences
- non institutionnalisés

- conciliés à l'admission dans le service de médecine gastro-entérologie
- sortis du service et retour à domicile ou en SSR

3.1.2. Critères d'exclusion des patients

Les patients exclus de l'étude correspondent aux critères suivants :

- non collaborant, non apte à comprendre son traitement ou troubles cognitifs avérés à l'entretien de conciliation d'admission
- avec la barrière de la langue
- refus de participation à l'étude
- sortis ou transférés vers un autre service

3.2 Organisation pratique et données recueillies

3.2.1. Mise en place de la conciliation médicamenteuse à l'admission

Les pharmaciens référents du projet ont assisté à des ateliers « conciliation médicamenteuse » de formation DPC. Nous avons participé à une journée de formation sur l'entretien pharmaceutique dans l'éducation thérapeutique que nous avons organisé dans notre établissement.

Le service pilote de médecine gastro-entérologie a été choisi car les médecins étaient volontaires et motivés. Ce service compte 28 lits avec deux médecins généralistes, deux gastro-entérologues et deux internes de médecine. La conciliation médicamenteuse a été présentée à l'équipe médicale et soignante du service (**Annexe 1**).

La conciliation médicamenteuse (CM) est effectuée conformément aux guides de la HAS (97) et de la SFPC (96). Elle est réalisée de manière proactive, c'est à dire avant la rédaction de l'ordonnance ou de manière rétroactive, c'est à dire après la rédaction de l'ordonnance des médicaments à l'admission. Avec l'accord du patient, la CM est réalisée à l'aide de la fiche de conciliation des traitements à l'admission de la HAS (97) modifiée selon nos besoins (**Annexe 2**) et de la fiche d'aide à l'entretien (**Annexe 3**). Lors de l'entretien au patient, l'observance est évaluée selon le score de Girerd (36). L'appel à l'officine est

systematique. Le Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO) est élaboré. L'analyse pharmaceutique et la révision thérapeutique du traitement sont réalisés simultanément à l'élaboration du BMO. Il est comparé avec la prescription à l'admission du logiciel patient informatisé Dxcare^(R). Les divergences sont discutées et caractérisées d'intentionnelles ou non lors de l'entretien avec le médecin ou l'interne de médecine responsable du patient. Les divergences non intentionnelles (DNI) correspondent aux Erreurs Médicamenteuses (EM). La prescription est ainsi corrigée si nécessaire. Les Divergences Intentionnelles Non Documentées (DIND) sont également relevées. Un Compte Rendu (CR) de conciliation est créé et enregistré dans le dossier patient informatisé.

Parallèlement au démarrage du projet, nous avons présenté notre projet à nos confrères officinaux du bassin Salonais en collaboration avec l'Union Régionale des Professionnels de Santé pharmaciens (URPS) pour renforcer le lien avec la ville. Nous avons incité les officines à créer une messagerie sécurisée pour faciliter nos échanges. Un questionnaire (**Annexe 4**) leur a été remis pour identifier les difficultés liées à la dispensation des ordonnances de l'hôpital et prioriser un axe d'amélioration.

Aussi, une présentation a été réalisée en COMEDIMS et en CME de façon à promouvoir ce projet en interne.

3.2.2. Mise en place de la conciliation médicamenteuse à la sortie

L'interne en charge de la CM participe tous les matins aux réunions de transmission du service avec l'équipe soignante. Il concilie les patients sortants du jour bénéficiant d'une CMA. Pour cela, il réalise le Bilan Médicamenteux de Sortie (BMS) en rapprochant le BMO, le traitement d'hospitalisation en cours et le traitement notifié sur le courrier de sortie. Après l'analyse pharmaceutique, le BMS est comparé à l'ordonnance de sortie. Les divergences sont relevées puis caractérisées d'intentionnelles ou non avec le prescripteur. Des corrections ou des optimisations thérapeutiques peuvent être apportées. Ainsi, les équivalences de classes thérapeutiques réalisées lors de l'hospitalisation pour les traitements n'appartenant pas au livret thérapeutique de l'hôpital sont rectifiées sur l'ordonnance de sortie pour que les médicaments habituels du patient soient poursuivis à la sortie d'hospitalisation.

Après validation de l'ordonnance de sortie par le pharmacien et le médecin, le CR de conciliation de sortie est réalisé. Pour cela, le traitement de sortie et les raisons d'éventuel(s) changement(s) de traitement(s) sont ajoutés au CR de conciliation d'entrée. Les médicaments de l'ordonnance de sortie sont rapatriés informatiquement dans le CR d'entrée de manière sécurisée et sans étape de

retranscription. Le pharmacien ajoute en commentaire les raisons d'éventuel(s) changement(s) du traitement (**Annexe 5**). Ce CR validé est enregistré au séjour actuel du patient dans le dossier médical informatisé.

Un entretien de sortie est proposé au patient et à sa famille. L'interne en pharmacie se rend au chevet du patient avec le CR de conciliation et l'ordonnance de sortie. L'entretien s'effectue en quatre temps :

- un temps d'évaluation de la compréhension des modifications de traitement. Il permet de mieux cibler et d'adapter notre information aux connaissances actuelles du patient. La notion d'une modification, le nom du traitement modifié, le type de modification et ses raisons sont évalués. La 3^{ème} partie du questionnaire d'entretien (**Annexe 3**) est alors complétée.
- un temps d'explication des raisons des modifications des traitements. Le nom, la raison, l'indication et la posologie de chaque traitement modifié est expliqué au patient. Les modalités d'administration et des conseils de bon usage relatifs aux médicaments sont aussi délivrés.
- un temps d'information ciblé sur un médicament non connu du patient. Ce médicament est préférentiellement choisi parmi la liste des médicaments considérés comme « à haut risques » de la liste de la SFPC (115) lors de l'évaluation de son traitement à l'admission.
- un temps d'élaboration du plan de prise. (**Annexe 9**). Ce temps permet de s'assurer de la bonne compréhension des informations délivrées. Le patient complète son plan de prise avec l'aide de son ordonnance de sortie et des cartes AIPAT (**Annexe 6**) (68). Il inscrit le rôle de chaque médicament en répondant à la question « à quoi sert mon médicament ? » et le moment de la journée où il doit le prendre. Nous verrons par la suite que ce temps sert de nouveau à évaluer les connaissances du patient.

Le CR de conciliation permet d'effectuer le lien avec la ville. Il répertorie le traitement d'entrée, de sortie et les raisons de chaque(s) modification(s). Il est édité en 3 exemplaires, dont un pour le médecin traitant, un pour le pharmacien référent et un pour le patient. Tous sont donnés au patient qui le remettra lui-même à son pharmacien référent et son médecin traitant.

Le processus de réalisation de la conciliation médicamenteuse a été formalisé.

Pour évaluer l'impact de la conciliation à distance de l'hospitalisation, nous avons contacté par téléphone les patients conciliés à distance de leur hospitalisation. En suivant le questionnaire d'entretien téléphonique (**Annexe 7**), nous les avons interrogés à cet instant sur leur observance thérapeutique, l'utilité du plan de prise délivré, et la transmission du CR de conciliation aux professionnels de santé.

3.2.3. Données recueillies lors de la conciliation médicamenteuse

Nous avons choisi les indicateurs préconisés par la HAS (97) et la SFPC (96) auxquels nous avons ajouté nos propres indicateurs.

Les données démographiques recueillies sont l'âge et le sexe.

Les indicateurs de la conciliation médicamenteuse recueillis sont :

- Le nombre de patients éligibles et conciliés

- A l'admission :

- le nombre de divergences

- les divergences relevées entre le BMO et l'ordonnance à l'admission :

- pour les divergences intentionnelles (DI) :

- Le nombre
- Le type : ajout de médicament(s), arrêt de médicament(s), modification de posologie, modification de dosage, modification de molécule au sein de la même classe thérapeutique ATC...(Tableau 1)
- Le nombre de Divergences Intentionnelles Non Documentées DIND

- pour les divergences non intentionnelles (DNI) ou erreurs médicamenteuses (EM) :

- Le nombre

- Le type : ajout de médicament(s), arrêt de médicament(s), modification de posologie, omission, modification de médicament, de forme galénique ou de modalités d'administration. (**Tableau 1**)

- La classe médicamenteuse ATC

- Le nombre d'EM corrigées

- La gravité potentielle de l'EM selon l'échelle de la HAS (116)

- le niveau d'observance thérapeutique selon Girerd (36)

- le nombre de lignes de traitement du BMO

- la durée de réalisation de la CMA (dont l'entretien au patient)

- A la sortie :

- le nombre de lignes de traitement du BMS

- les divergences relevées entre le BMS et l'ordonnance de sortie

- pour les divergences intentionnelles (DI) :

- Le nombre

- Le type : ajout de médicament(s), arrêt de médicament(s), modification de posologie, modification de dosage, modification de molécule au sein de la même classe thérapeutique ATC (**Tableau 1**)

- Le nombre de DIND

- pour les divergences non intentionnelles (DNI) ou erreurs médicamenteuses (EM) :

- Le nombre

- Le type : ajout de médicament(s), arrêt de médicament(s), modification de posologie, changement de PA au sein de la même classe thérapeutique ATC (**Tableau 1**)

- La classe médicamenteuse ATC

- Le nombre d'EM corrigées

- La gravité potentielle de l'EM

- la durée de réalisation de l'Entretien Pharmaceutique (EP)

- Le nombre de patients ayant été informés des modifications de leur traitement avant l'EP

- le nombre de patients connaissant le nom du traitement modifié avant l'EP
- le nombre de patients connaissant la raison du traitement modifié avant l'EP
- le nombre de patients ayant compris les modifications de traitements après l'EP
- le nombre de patients ayant reçu le plan de prise
- le nombre de patients ayant reçu le CR de conciliation

- A distance de l'hospitalisation (4 à 6 semaines après) :

- le temps de réalisation de l'entretien téléphonique
- la raison de la non réalisation de celui-ci
- le nombre de patients ayant jugé utile le plan de prise
- le nombre de patients ayant transmis le CR de conciliation aux professionnels de santé
- le niveau d'observance selon Girerd (36)

3.2.4. Évaluation de la connaissance du traitement du patient

- Étude de faisabilité

Pour évaluer l'impact de notre entretien de sortie, nous avons effectué une phase test sur une dizaine de patients conciliés. La compréhension du questionnaire et la faisabilité de notre étude a été vérifiée. Lors de cette phase test :

- 20 % des patients n'ont pas fait l'objet de modifications de leur traitement habituel.
- 40 % des patients ont eu une modification de leurs traitement habituels concernant un médicament à risque de la liste de la SFPC (**annexe 8**).
- 40 % des patients ont eu une modification de leurs traitements habituels mais qui ne concernaient pas un médicament à risque de la liste de la SFPC (**annexe 8**).

Nous avons choisi d'axer notre entretien de sortie à la fois sur les raisons des modifications et sur les médicaments à risque non suffisamment connus par le patient.

Pour élargir notre cohorte de patients, nous avons intégré les patients sans modification de traitement. Nous avons donc décidé de mesurer l'impact de notre entretien de sortie en évaluant la connaissance de

la totalité du traitement à l'admission et à la sortie d'hospitalisation. Dans cet objectif, la connaissance initiale des patients a été évaluée.

La connaissance globale du traitement est évaluée par le rôle et le nom de chaque médicament.

- Méthodologie de l'évaluation

L'entretien de la CMA permet d'effectuer un « état des lieux » des connaissances. Trois questions sont posées au patient :

- « Que pouvez-vous me dire sur vos médicaments ? »,
- « Pouvez-vous me citer le nom de vos médicaments ? »,
- « A quoi sert chaque médicament ? » .

Les patients sont évalués en l'absence d'un autre professionnel de santé. Si la famille est présente, nous lui demandons de ne pas intervenir pour ne pas biaiser la réponse.

L'évaluation est faite et notée par l'interne sur la fiche de conciliation des traitements à l'admission (**Annexe 2**). Pour l'indication et le nom de chaque traitement, l'évaluateur compte 1 point si la réponse est juste, 0 point si la réponse est mauvaise ou s'il ne sait pas. Le nombre total de points est ensuite rapporté au nombre de médicaments du patient. Il en résulte un pourcentage de connaissance. Par exemple, si un patient a 7 lignes de médicament et s'il en connaît seulement 3 alors il connaît $3/7 = 0,43$ soit 43 % de son traitement. Ce pourcentage est calculé indépendamment pour le nom et l'indication du traitement. La moyenne des deux pourcentages définit le taux de connaissance global.

Quatre niveaux de connaissance sont définis par rapport au pourcentage de connaissance :

- moins de 25 % du traitement => Connaissance très faible
- de 25 à 50 % du traitement => Connaissance faible
- de 50 à 75 % du traitement => Connaissance bonne
- de 75 % à 100 % du traitement => Connaissance très bonne

Nous considérons que le patient connaît le nom du traitement s'il cite :

- la classe médicamenteuse auquel appartient le médicament (ex : statine pour simvastatine),

- le princeps ou la DCI du médicament (ex : Simvastatine ou ZOCOR^(R)).

Nous considérons que le patient connaît l'indication du traitement s'il cite :

- l'organe visé (ex : le cœur pour les anti-arythmiques)
- l'objectif thérapeutique (ex : sert à baisser le cholestérol pour les statines),
- le symptôme visé (ex : les douleurs pour les antalgiques),
- la pathologie traitée justifiant le traitement (ex : l'hypercholestérolémie pour les statines).

Si le patient a des difficultés à répondre aux questions :

- Les cartes AIPAT lui sont présentées en lui demandant « avez-vous un médicament pour le cœur ? » puis « quel est son nom ? »
- Si des difficultés persistent, ses ordonnances lui sont présentées et nous lui demandons « à quoi sert chaque médicament prescrit ? ». Le patient a donc une connaissance nulle du nom de ses traitements.

L'évaluation en sortie d'hospitalisation est réalisée après l'entretien au patient. Un plan de prise vierge est remis au patient qui doit le remplir en répondant aux mêmes questions qu'à l'entretien d'entrée :

- « Que pouvez-vous me dire sur vos médicaments ? »,
- « Pouvez-vous me citer le nom de vos médicaments ? »,
- « A quoi sert chaque médicament ? » .

La méthodologie de l'évaluation est la même qu'à l'entrée. Les cartes AIPAT sont utilisées de la même manière. Le taux de connaissance global, de l'indication et du nom des traitements de sortie sont calculés de la même manière qu'à l'entrée. La différence des taux entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation est calculé. Il permet d'évaluer l'amélioration des connaissances entre l'admission et la sortie.

A distance de l'hospitalisation (4 à 6 semaines après), les connaissances du patient sur son traitement sont à nouveau évaluées par un entretien téléphonique selon la même méthode que les deux précédents entretiens. La question posée est : « Pouvez-vous me citer les médicaments que vous prenez et pourquoi vous les prenez ? » (**Annexe 7**). La différence des taux de connaissance entre la sortie d'hospitalisation et au moment de l'entretien téléphonique est calculé. Il permet d'évaluer l'impact de notre entretien de conciliation de sortie à distance de l'hospitalisation.

Le déroulement de l'étude est schématisé ci dessous (**Figure 6**).

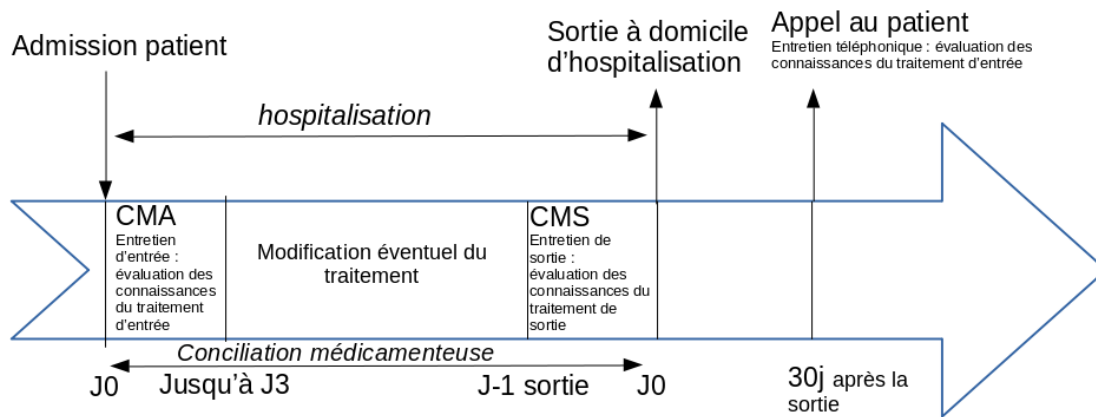


Figure 6. Déroulement de l'étude

3.2.5. Données recueillies lors de l'évaluation de la connaissance

Les indicateurs de l'évaluation de la connaissance du traitement recueillis sont :

- A l'admission :
 - Le nombre de médicaments dont le nom est connu
 - Le nombre de médicaments dont l'indication est connue

- A la sortie :
 - le nombre de médicaments dont le nom est connu après l'entretien pharmaceutique
 - le nombre de médicament dont l'indication est connue après l'entretien pharmaceutique

- A distance de l'hospitalisation :
 - le nombre de lignes de traitement dont le nom est connu

- le nombre de lignes de traitement dont l'indication est connue

3.3 Outils utilisés

Nous avons créé **une fiche de conciliation utilisée pour l'entrée et la sortie**. Pour cela, nous avons complété la fiche de la HAS de conciliation des traitements à l'admission, avec nos données souhaitées pour la conciliation de sortie. Deux colonnes pour évaluer la connaissance du traitement y ont été ajoutées en face chaque médicament. Une pour la connaissance du nom du médicament et une pour la connaissance de l'indication. Ainsi, devant chaque ligne de traitement, l'interne coche si oui ou non le patient connaît le nom et/ou le rôle de chaque ligne de traitement (**Annexe 2**).

Pour mener les entretiens de la CM, **un questionnaire d'entretien utilisé pour l'entrée et la sortie** a été créé à partir de la fiche d'entretien de conciliation à l'admission de l'HIA Laveran (117). Celui-ci comprend trois parties. La 1ère partie porte sur l'évaluation du rôle et du nom de son traitement médicamenteux à l'admission. Trois questions ouvertes ont été choisies : « Que pouvez-vous me dire sur vos médicaments ? », « Pouvez-vous me citer le nom de vos médicaments ? » et « A quoi sert chaque médicament » ? La deuxième partie est le questionnaire d'évaluation du score d'observance selon Girerd. La troisième partie porte sur la compréhension des modifications du traitement lors de l'hospitalisation et l'évaluation de la connaissance du traitement de sortie après l'entretien pharmaceutique (**Annexe 3**).

Un **questionnaire pour l'entretien téléphonique** a été créé sur la base du questionnaire d'entretien de conciliation (**Annexe 7**).

Le **jeu de cartes AIPAT** créé par le CH de Cannes a également été utilisé. Il est composé de 31 cartes réparties en 8 thèmes colorés. Chaque couleur correspond à une spécialité médicale. Par exemple, le rouge représente la cardiologie. Sur chaque carte, l'objectif thérapeutique est noté et illustré d'une image comme par exemple « fluidifier le sang » ou « lutter contre la dépression ». Ce jeu permet d'aider le patient à reconnaître l'indication de ses traitements. Il a été créé par l'association PHARE dans le but d'accompagner et informer le patient chronique sur sa prise en charge médicamenteuse tout au long de son parcours de soin (**Annexe 6**) (68) (69).

Le **plan de prise personnalisé** a été créé à partir de celui du CH de Cannes. Identifié au nom du patient, il contient la liste des médicaments du bilan médicamenteux de sortie et des cases vierges pour écrire le rôle de chaque traitement et les différents moments de prise de la journée (**Annexe 9**).

Nous avons créé un **compte rendu de conciliation** sur le logiciel patient informatisé. Il est enregistré au séjour du patient. Identifié au nom du patient, il intègre les coordonnées du médecin traitant, du médecin spécialiste, de l'IDE à domicile, de la pharmacie référente, les allergies, le BMO, le BMS et les raisons des traitements modifiés. Il permet de transmettre ses informations aux professionnels de santé de ville (**Annexe 5**).

3.4 Analyse statistique

Toutes nos données ont été recueillies et intégrées dans le logiciel Excel^(R) pour chaque patient tout au long du processus de conciliation. Elles ont été anonymisées après l'entretien téléphonique. Les résultats du taux d'augmentation de la connaissance de la phase test nous a permis d'évaluer le nombre de sujets nécessaires pour notre étude. Celui-ci s'élevait à 52 patients. Un test de Student de comparaison de deux moyennes pour échantillons appariés a été réalisé pour évaluer le taux d'augmentation moyen entre l'admission et après l'entretien pharmaceutique de sortie d'hospitalisation. Les facteurs influençant le taux de connaissance ont été analysés par des tests de régressions linéaires avec le logiciel R^(R).

4. Résultats

4.1 Questionnaire aux officinaux

Lors de la soirée organisée avec quinze de nos collègues officinaux du pays Salonais, douze (80%) déclaraient avoir déjà rencontrés des difficultés lors de la dispensation d'ordonnances hospitalières pour les médicaments et neuf (60%) pour les dispositifs médicaux. Des difficultés de dispensation dues à une prescription « non conforme » venant de l'hôpital (signature manquante, date manquante, illisibilité de l'ordonnance, problème d'identification du prescripteur, erreur de posologie ou de médicament) étaient souvent relevées par huit officinaux (53%). Tous souhaitaient recevoir des informations sur la sortie d'hospitalisation du patient et ses modifications de traitement ainsi que l'ordonnance du patient avant son arrivée à l'officine. Quatorze officinaux (93%) vont réaliser des bilans de médication et sont prêts à les transmettre à l'hôpital. Seulement une officine avait une adresse de messagerie sécurisée. Neuf officinaux (60%) souhaitaient obtenir le plan de soins du patient et les fiches de bon usage du médicament (**Annexe 4**). Six officines ont créé une adresse de messagerie sécurisée depuis cette réunion.

4.2 Description de la population d'étude

Trois cent quatre vingt huit patients ont été éligibles à la conciliation pendant la période de l'étude et 124 (32%) ont été conciliés. Pour notre étude, 8 patients ont été exclus dès l'admission pour cause de troubles cognitifs. Parmi les 116 patients recrutés à l'admission, 64 (55%) n'ont pas réalisé l'étude jusqu'au bout pour cause de sorties non programmées (n=41, 35%), de l'absence de l'interne en charge de la conciliation (n=11, 9%), de transfert des patients (n=10, 8,6%). Un patient est décédé lors de l'hospitalisation (**Figure 7**).

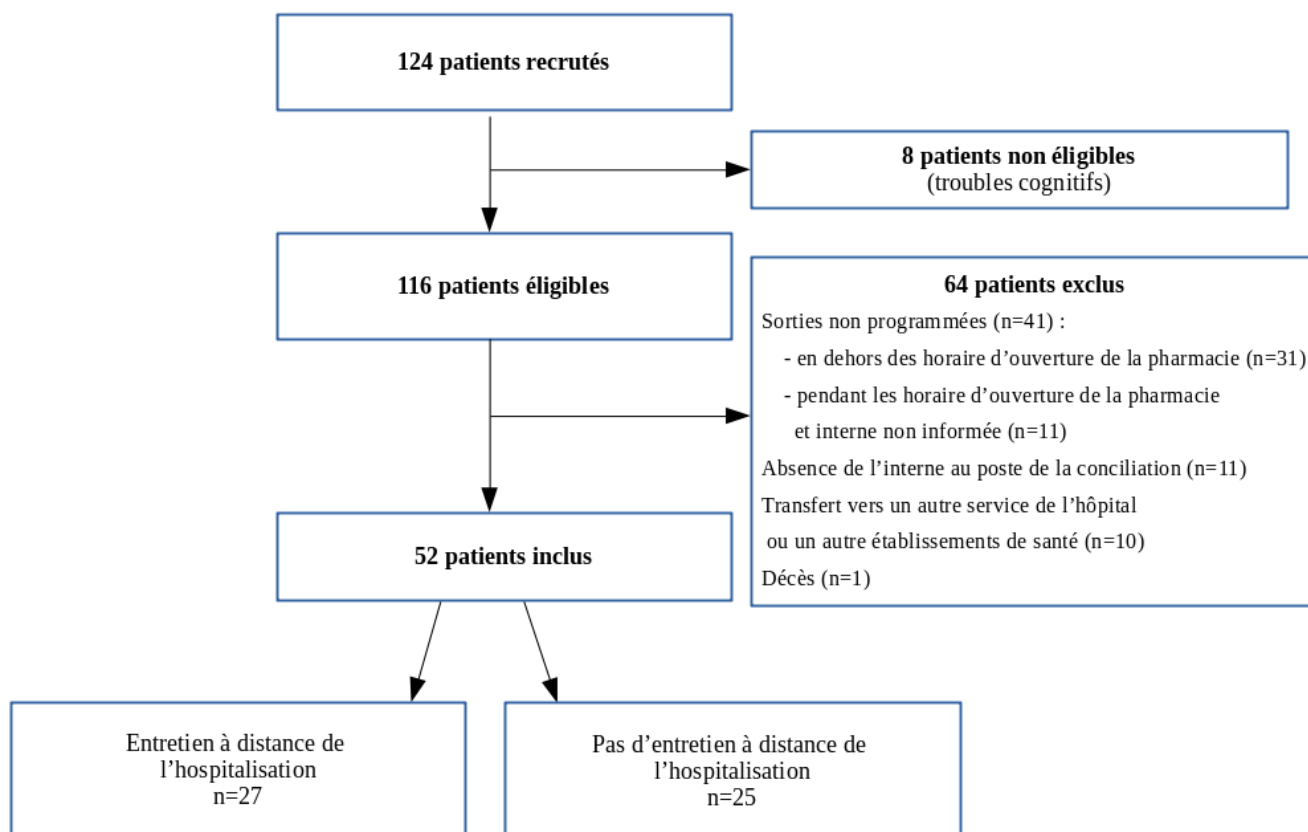


Figure 7. Logigramme des patients inclus dans l'étude

L'étude inclut 52 patients dont 31 femmes et 21 hommes avec une moyenne d'âge de 79,6 (\pm 9,7) ans et une médiane de 82 [65 – 94] ans. Près de la moitié (48%, n=25) utilisent un pilulier pour préparer leurs traitements. Le traitement est préparé par eux-même dans 58 % des cas (n=30), par une IDE à domicile dans 29 % des cas (n=15) et par leur famille dans 13 % des cas (n=7) (**Tableau 3**).

Tableau 3. Caractéristiques des patients, N=52

Age (années)		
Moyenne (\pm SD)	79,6 (\pm 9,7)	
Médiane	82	
	n	Pourcentage
Sexe		
Femme	31	60%
Homme	21	40%
Utilisation d'un pilulier		
Oui	25	48%
Non	27	52%
Personne gérant le traitement		
Patient	30	58%
IDE à domicile	15	29%
Famille	7	13%

La durée moyenne de séjour de ses patients est de 6,2 (\pm 3,4) jours.

Les principaux motifs d'hospitalisation sont les hémorragies digestives (19%), les syndromes infectieux (13%) et les douleurs abdominales (13%). Les autres motifs d'hospitalisation sont par exemple une crise comitiale, des douleurs des membres inférieurs, une hyponatrémie (**Tableau 4**).

Tableau 4. Répartition du motif d'hospitalisation des patients

Motif d'hospitalisation	Nombre de patients	Poucentage
Hémorragies digestives	10	19%
Infection	7	13%
Douleurs abdominales	6	11%
Pancréatite	4	8%
Insuffisance rénale	3	6%
Vomissement	3	6%
Anémie	3	6%
Altération de l'État Général	2	4%
Chute	2	4%
Ictère	2	4%
Autres	10	19%
Total	52	100%

4.3 Conciliation médicamenteuse

4.1.1. Conciliation médicamenteuse à l'admission

La majorité des patients (87%, n=45) ont été conciliés de manière rétroactive et seulement 7 (13%) de manière proactive. Le temps de réalisation totale de la Conciliation Médicamenteuse à l'Admission (CMA) a été en moyenne de 22 (\pm 5,3) min avec une médiane de 20 [10 – 40] min. La CMA a été réalisée dans les 24h pour 46 patients (88%), dans les 48h pour 4 patients (8%) et dans les 72h pour 2 patients (4%). Aucune conciliation n'a été réalisée au-delà de 72h. Soit un taux de 12% est observé pour le critère MR1 de la HAS (94).

En moyenne, le Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO) compte 7,8 (\pm 3,2) médicaments avec une médiane de 7,5 [1 - 15] médicaments par patient.

- **Les divergences :**

Au total, 133 divergences ont été comptabilisées dont 61 DI et 72 EM.

- Les Divergences Intentionnelles (DI) :

Soixante et une DI ont été comptabilisées. Les patients ont en moyenne $1,2 \pm 1,3$ DI (médiane de 1 [0 , 5]) dont 54 % liées aux substitutions au livret thérapeutique de l'hôpital et 26 % liées à une suspension du traitement (**Figure 8**). Ces divergences sont non documentées (DIND) (n=29), c'est à dire non justifiées dans le compte rendu de l'hospitalisation, dans 48 % des cas (n=29). Elles sont pour la plupart d'entre elles (83 %, n=24) liées à une substitution au livret thérapeutique de l'hôpital. En moyenne, les patients ont $0,56 \pm 0,85$ DIND avec une médiane de 0 [0;3] et 40% des patients (n=21) sont concernés par au moins une DIND. Ces DIND ont toutes été justifiées dans le CR de conciliation.

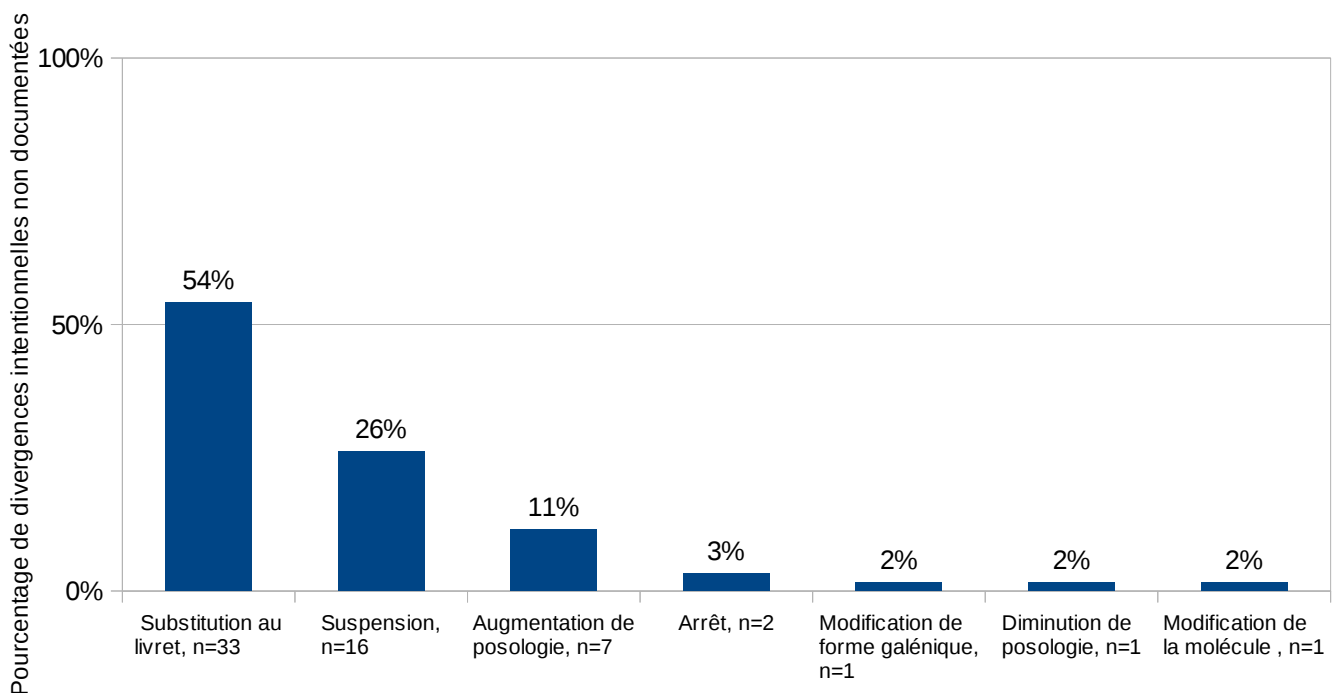


Figure 8. Répartition des divergences intentionnelles selon leur type à l'admission

○ Les Erreurs Médicamenteuses (EM) :

Parmi les 45 patients conciliés en rétroactif, 72 EM ont été identifiées, avec une moyenne de 1,6 (\pm 1,5) EM par patient et une médiane de 2 [0 – 6] EM par patient. Trente et un patients (69 % des patients conciliés en rétroactif) ont au moins une EM entre le BMO et la prescription du logiciel patient informatisé.

Le principal type d'EM est l'omission dans 68% des cas (n=49). La posologie est modifiée dans 28% des cas (n=20) dont 18% avec diminution (n=13) et 10% avec augmentation (n=7). L'ajout de médicament et le changement de forme galénique sont seulement observés dans respectivement 3 % (n=2) et 1 % des cas (n=1) (**Figure 9**). Aucune erreur de médicament ou de modalité d'administration n'a été observée.

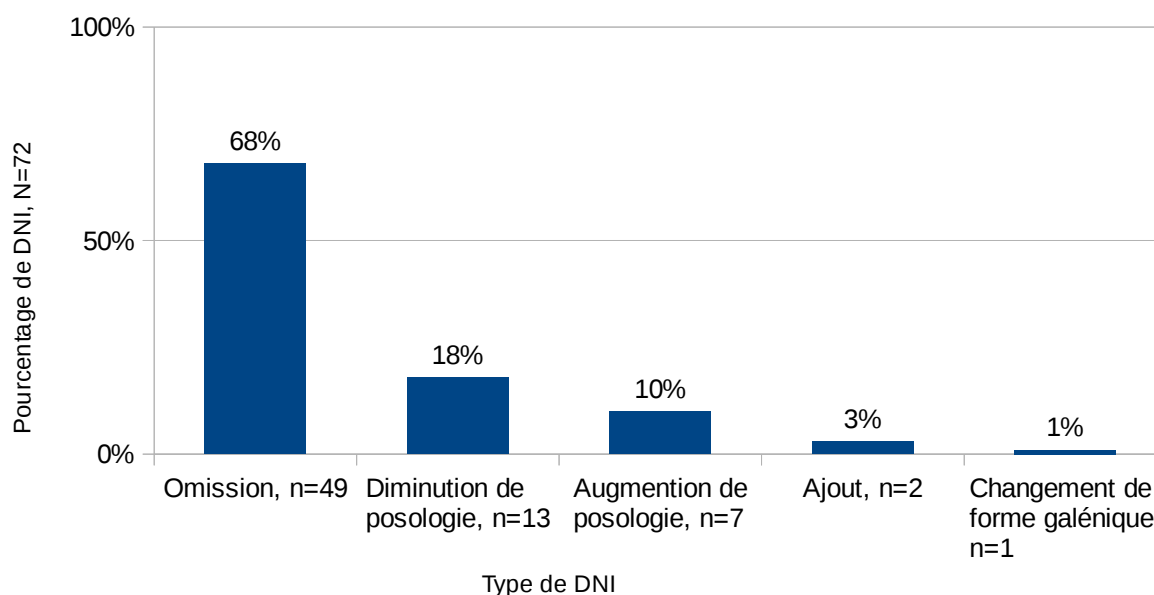


Figure 9. Répartition des erreurs médicamenteuses en fonction de leur type à l'admission

Les trois classes thérapeutiques induisant le plus d'EM sont les médicaments du système digestif et métabolique (n=17, 24%), du système cardiovasculaire (n=17, 24%) et du système nerveux (n=16, 22%) (**Tableau 5**).

Tableau 5. Nombre et pourcentage d'EM selon la classe thérapeutique à l'admission		
Classes thérapeutiques	Nombres d'EM	Pourcentage d'EM
Voies digestives et métabolisme	17	23,60%
Système cardiovasculaire	17	23,60%
Système nerveux	16	22,20%
Sang et organes hématopoïétiques	7	10,00%
Organes sensoriels	6	8,30%
Système génito urinaire et hormones sexuelles	3	4,20%
Antinéoplasiques et immunomodulateurs	3	4,20%
Muscle et squelette	1	1,40%
Anti-infectieux généraux à usage systémique	1	1,40%
Système respiratoire	1	1,40%
Total	72	100,00%

Sur les 72 EM, 64 ont été corrigées, soit 89 % des EM. Le taux moyen d'EM corrigée par patient est de 2,1 (\pm 1,4) EM. Huit EM n'ont pas été corrigées (11%). Il s'agissait d'omission de médicaments que le médecin prescripteur n'a pas jugé utile de les prescrire pendant la durée de l'hospitalisation. Par exemple, les collyres omis pour deux patients ont été suspendus car les patients sortaient de l'hôpital le lendemain.

Selon la cotation de la gravité de l'EM de la REMED de la SFPC (94), 17 EM (24%) ont été considérées comme majeure, 38 EM (53%) comme significative, et 17 EM (24%) comme mineure.

Toutes les EM de gravité majeure et significative ont été corrigées, mais seulement 11% des mineures ont été corrigées. (Figure 10).

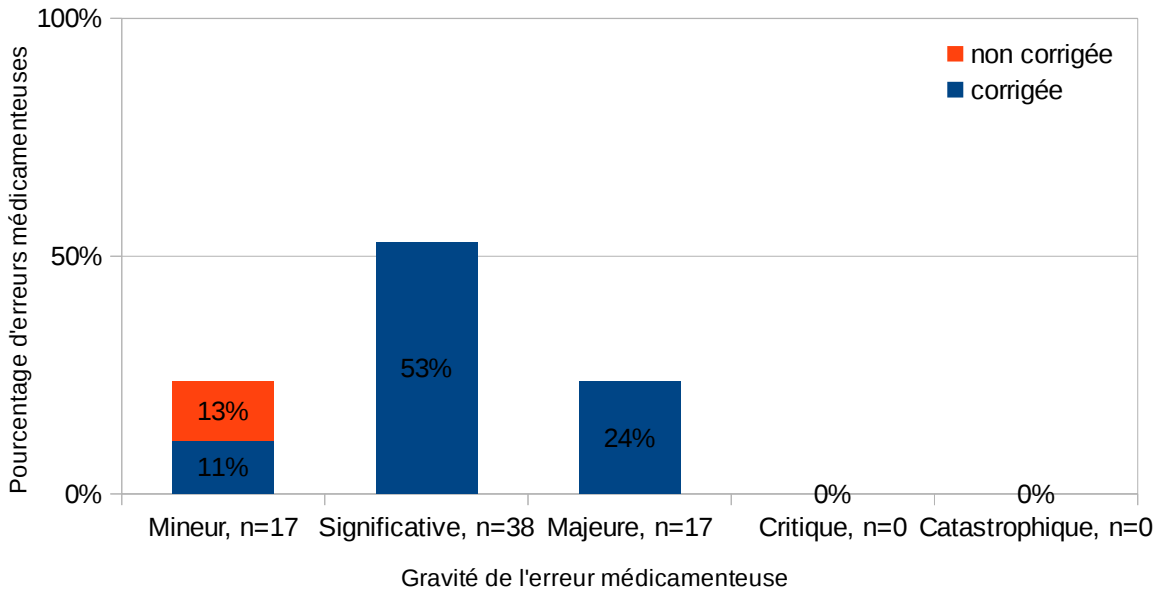


Figure 10. Pourcentage d'erreurs médicamenteuses corrigées ou non selon leur gravité à l'admission

Selon le score de Girerd, 77 % des patients (n=40) sont considérés comme bon observant. Une minorité (21 %, n=11) a été identifiée comme non observant mineur et seulement 2 % des patients sont considérés comme non observants (Figure 11).

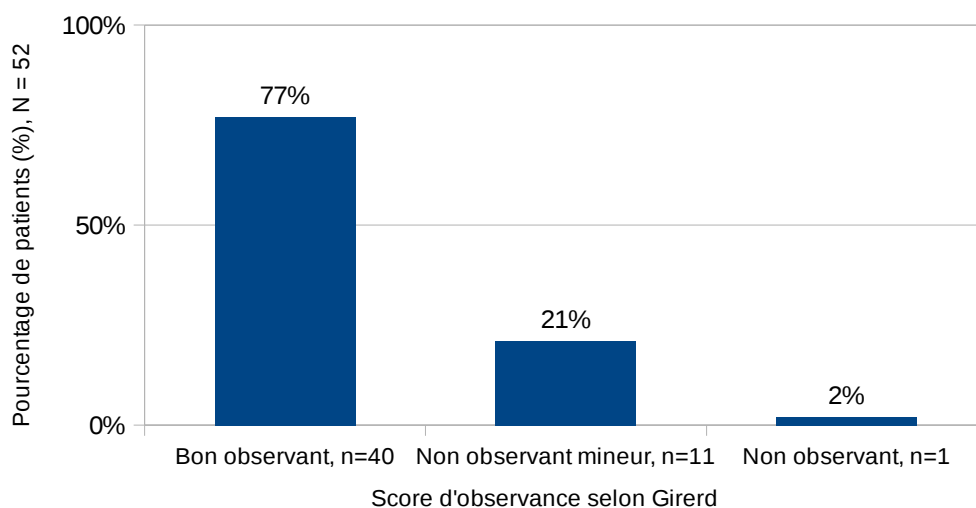


Figure 11. Répartition des patients selon leur score d'observance (Girerd) à l'admission

4.1.2. Conciliation médicamenteuse à la sortie

Tous les patients (n=52) ont bénéficié d'une conciliation de sortie.

Le temps moyen dédié à la conciliation de sortie est de 31 (\pm 11) minutes avec une médiane de 35 [6 - 50] minutes. Le temps moyen de réalisation du BMS et de préparation de l'entretien est de 13 (\pm 6) minutes avec une médiane de 15 [1 – 25] minutes. Le temps moyen de l'entretien de sortie au patient est de 17 (\pm 7) minutes avec une médiane de 15 [5 – 30] minutes.

La majorité (n=49, 94 %) des patients sont retournés à leur domicile après l'hospitalisation. Seulement 3 patients (6%) ont été transférés en SSR, dont une patiente après être retournée à domicile.

Le nombre moyen de médicaments à la sortie d'hospitalisation est plus élevé qu'à l'entrée avec 8,6 (\pm 3,5) médicaments par patient, et une médiane de 8 [1 – 17] médicaments. Les patients ont en moyenne 0,9 médicaments de plus qu'à l'entrée.

- **Les divergences :**

Au total, 128 divergences dont 21 EM et 107 DI sont identifiées. Au moins une divergence est relevée pour 38 patients (73%).

- **Les Divergences Intentionnelles (DI) :**

Le nombre de DI est de 107 avec une moyenne de 2,1 (\pm 2,3) DI par patient et une médiane de 2 [0 -14] de DI par patient. Trente sept patients (71%) ont au moins une DI et 15 (29%) n'en n'ont aucune, c'est à dire qu'ils n'ont aucune modification intentionnelle par rapport à leur traitement d'entrée.

Sur les 107 DI, l'ajout de médicament est la principale DI retrouvée (73 %, n=78). Les autres types de DI sont : l'arrêt de traitement (17 %, n=18), l'augmentation de posologie (8 %, n=9) et la diminution de posologie (2 %, n=2) (**Figure 12**).

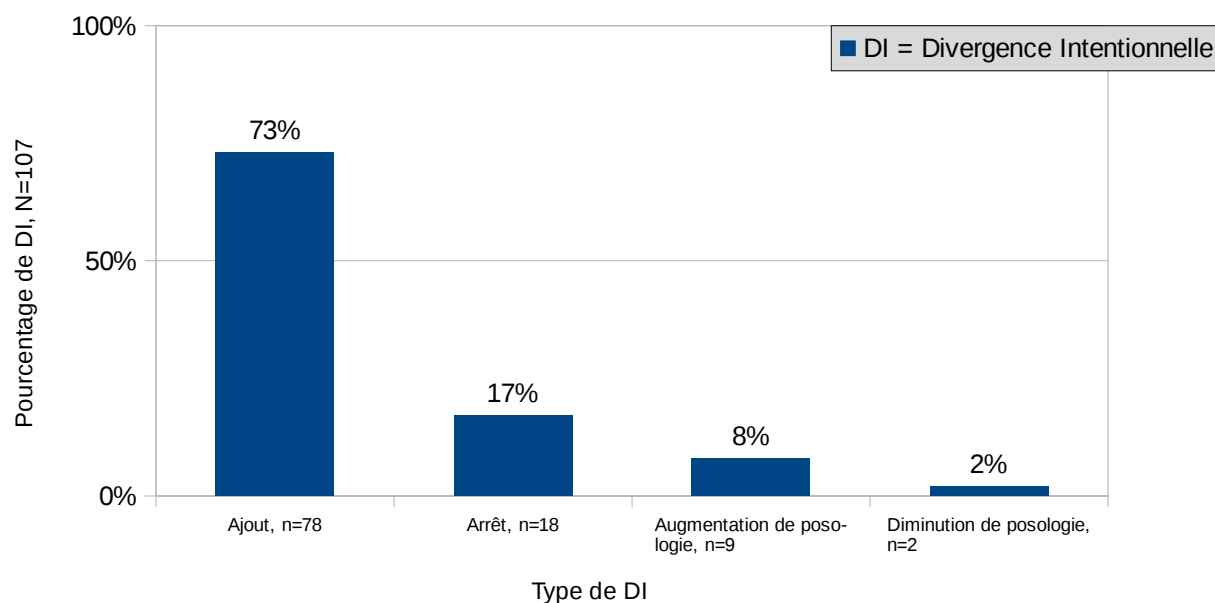


Figure 12. Répartition des DI selon leur type à la sortie

Ces divergences sont non documentées (DIND) dans 28 % des cas (n=30). En moyenne, les patients ont 0,56 (\pm 1,74) DIND avec une médiane de 0 [0-12] et 27 % des patients (n=14) sont concernés par au moins une DIND. Ces DIND ont toutes été justifiées dans le CR de conciliation.

- Les Erreurs Médicamenteuses (EM) :

Au total, 21 EM ont été comptabilisées avec une moyenne de $0,40 \pm 0,78$ EM par patient avec une médiane de 0 [0-3]. Au moins une EM a été identifiée pour 12 patients (23%). Il s'agit principalement d'erreur d'omission (43 %, n=9) et du maintien de la substitution au livret de l'hôpital (43 %, n=9) (**Figure 13**). En effet, lors de l'hospitalisation, certains traitements habituels du patient sont substitués car ils sont absents du livret thérapeutique. En théorie, ces traitements ne doivent pas être represcrits à la sortie. Dans notre étude, 7 médicaments appartenant à la même classe thérapeutique que le traitement habituel du patient ont été poursuivis à la sortie. Par exemple, la Simvastatine 20 mg a été substituée et maintenue en Atorvastatine 10 mg à la sortie. Aussi, deux molécules avec un dosage différent de celui habituellement prescrit pour le patient ont été poursuivies à la sortie. Par exemple, un comprimé de MICARDIS^(R) (telmisartan) 40 mg, a été changé et conservé en 0,5 comprimé de MICARDIS^(R) (telmisartan) 80 mg à la sortie.

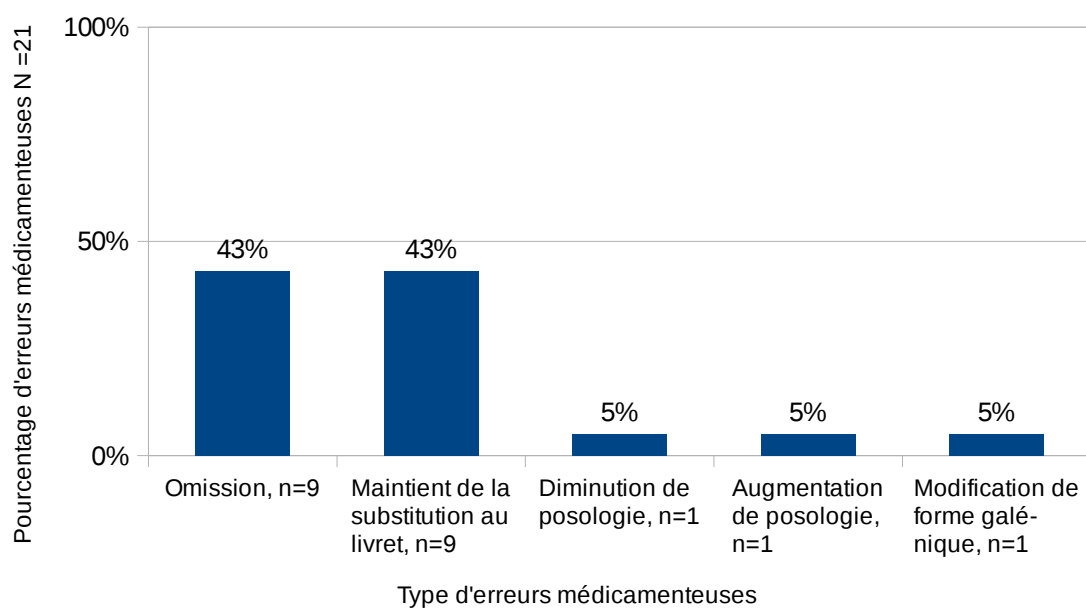


Figure 13. Répartition des erreurs médicamenteuses selon leur type à la sortie

Les EM concernent les médicaments du système cardiovasculaire dans 43 % des cas (n=9), des voies digestives et métabolisme dans 29 % des cas (n=6) et des anti-infectieux à usage systémique dans 10 % des cas (n=2) (**Tableau 6**).

Tableau 6. Nombre et pourcentage d'erreurs médicamenteuses selon la classe thérapeutique en sortie

Classes thérapeutiques	Nombres de DNI	Pourcentage d'EM
Systeme cardiovasculaire	9	42,80%
Voies digestives et métabolisme	6	28,60%
Ant-iinfectieux généraux à usage systémique	2	9,50%
Sang et organes hématopoïétiques	1	4,80%
Systeme nerveux	1	4,80%
Systeme respiratoire	1	4,80%
Organes sensoriels	1	4,80%
Antineoplasiques et immunomodulateurs	0	0,00%
Systeme génito urinaire et hormones sexuelles	0	0,00%
Muscle et squelette	0	0,00%
Total	21	100,00%

Selon la cotation de la gravité de l'EM de la REMED de la SFPC, 2 EM (10%) ont été considérées comme majeure, 6 EM (29%) comme significative, et 13 EM (62%) comme mineure. Au total, douze EM (57 %) ont été corrigées. Toutes les EM de gravité majeure et significative ont été corrigées, mais seulement 19 % des mineures ont été corrigées. (**Figure 14**). Parmi les 9 EM (43%) non corrigées, 7 (33%) sont dues au maintien de la substitution au livret et 2 (10%) sont des omissions.

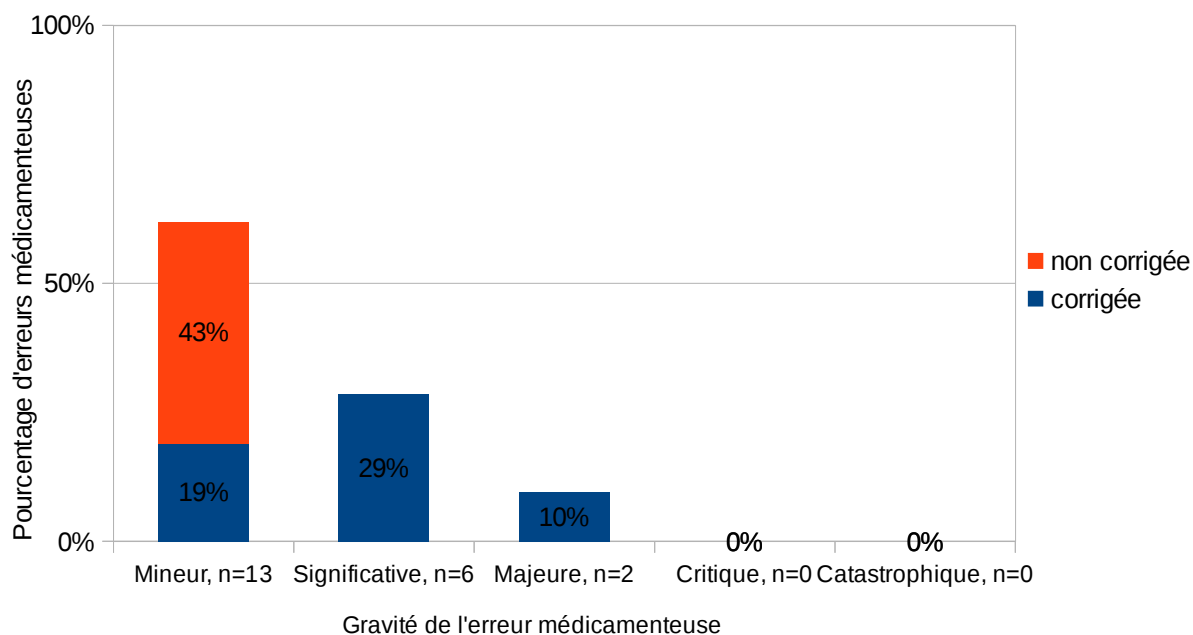


Figure 14. Pourcentage d'erreurs médicamenteuses corrigées ou non selon leur gravité à la sortie

Une ordonnance de sortie a été rédigée pour 42 patients (81 %). Pour les autres, l'ordonnance de sortie n'a pas été rédigée car le traitement n'a pas été modifié pour 9 patients (17%) et un seul médicament a été arrêté pour un patient (2%).

Le CR de conciliation a été donné à 46 patients (88%). En l'absence de modification de traitement, 6 patients (12%) n'ont pas eu de CR de conciliation.

Le plan de prise a été remis à 27 patients (52 %). Il n'a pas été remis aux patients qui n'avaient pas d'ordonnance de sortie (n=10, 19 %) ou pas de prescription de leurs traitements habituels sur leur ordonnance de sortie (n=3, 6%). Douze patients ne l'ont pas accepté (23%). Les causes étaient :

- analphabète (n=3)
- mal voyant (n=1)
- croit ne pas en avoir besoin (n=1)
- connaît déjà très bien ses traitements (n=5)
- pas le temps car pressé de sortir de l'hôpital (n=1)
- pense que le plan de prise va « l'embrouiller » (n=1)

A distance de l'hospitalisation, parmi les 27 patients ayant répondu à l'entretien téléphonique, 8 patients (30%) ont jugé utile le plan de prise, 4 patients (15%) ne s'en souvenaient pas, 8 patients (29%)

n'ont pas su répondre car ils ne préparaient pas eux-même leur traitement, et 6 patients (22%) n'ont pas eu de plan de prise en sortie d'hospitalisation. Un patient n'a pas trouvé utile le plan de prise car l'ordonnance du médecin lui suffisait pour préparer ses traitements. Seulement 22 % des patients (n=6) ont déclaré avoir transmis ce CR de conciliation aux professionnels de santé de ville.

Aussi, le taux d'observance n'évolue pas sensiblement par rapport à l'hospitalisation.

4.2 Évaluation de la connaissance du traitement

4.2.1. Évaluation à l'admission

En moyenne les patients connaissent plus de la moitié de leur traitement (55 %). Ils connaissent plus souvent l'indication (64%) que le nom des médicaments (45%). Trente cinq pour cent des patients connaissent très bien leurs traitements, 25 % le connaissent bien, 17 % le connaissent peu et 23 % le connaissent très peu (**Figure 15**).

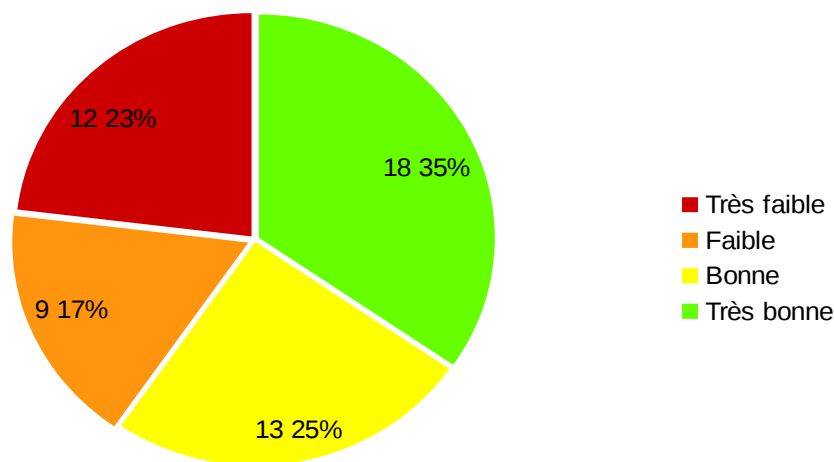


Figure 15. Répartition des patients selon leur score de connaissance à l'admission

Quinze pour cent des patients (n=8) connaissent le nom et l'indication de tous leurs traitements, 17 % (n=9) connaissent le nom de tous leurs médicaments et 31 % (n=16) connaissent toutes les indications de leur traitement.

Près de la moitié des patients (48 %, n=25) connaissent très bien l'indication, contrairement aux noms des traitements très bien connus pour seulement 27 % des patients (n=14). A l'inverse, 35 % des patients

(n=18) connaissent très peu le nom de leurs traitements alors qu'ils sont 12 % (n=6) pour l'indication des traitements (**Figure 16**).

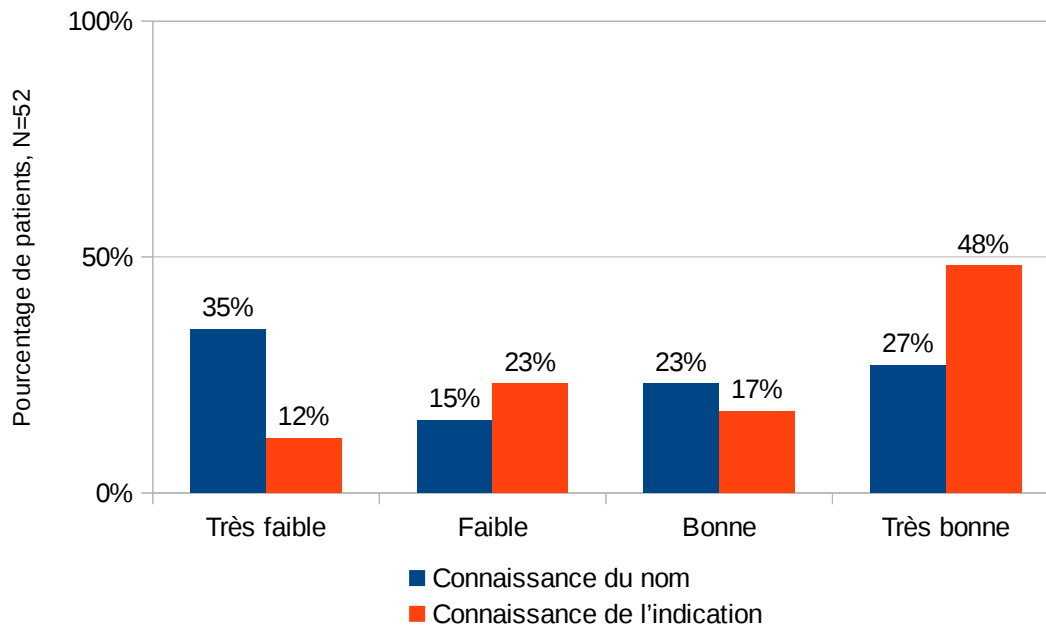


Figure 16. Répartition des patients selon leur score de connaissance pour le nom et l'indication de leur traitement à l'admission

Les facteurs corrélés significativement au score de connaissance globale du traitement (nom et indication) sont l'âge et le genre. Les femmes ont en moyenne 0.6 points de connaissance de plus que les hommes ($p < 0,01$). La connaissance des médicaments diminue avec l'âge (0.4 points en moins tous les 10 ans) ($p < 0,001$). L'observance, le nombre de médicaments, la personne gérant le traitement et le fait d'utiliser un pilulier n'influent pas significativement sur le score de connaissance (**Tableau 7**).

Tableau 7. Résultats du test de régression linéaire pour chaque facteur lié à la connaissance

Coefficients:				
	Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t)
Observance	-0.36468	0.31384	-1.162	0.25136
Age	-0.04465	0.01475	-3.026	0.00409 **
Genre	-0.62523	0.30161	-2.073	0.04393 *
NbMédicaments	-0.09342	0.05049	-1.850	0.07084 .
Gerant	-0.56517	0.31847	-1.775	0.08273 .
IndPilulier	0.09746	0.35323	0.276	0.78389

 Signif. Codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

4.2.2.Évaluation à la sortie

- Évaluation de la compréhension des traitements modifiés

Tous les patients ont bénéficié d'un entretien de sortie d'hospitalisation. Le traitement a été intentionnellement modifié pour 37 patients (71 %). Onze patients (30%) ont la notion d'une modification de leur traitement. Après évaluation de leur compréhension, seulement trois patients (8 %) sont capables de nommer le(s) médicament(s) modifié(s) et 5 patients (14 %) connaissent la raison de cette(ces) modification(s) (**Tableau 8**).

Tableau 8. Evaluation de la compréhension des modifications de traitement avant l'entretien de sortie		
	oui	non
Pouvez vous me dire quel(s) traitement(s) vous a t-on modifié ?		
le patient dit savoir quel(s) traitement(s) lui a(ont) été modifié(s)	8 (73%)	3 (27%)
Lequel(s) ?		
le patient a connaissance du nom du médicament modifié	3 (27%)	8 (73%)
Savez-vous pourquoi ?		
le patient a connaissance des raisons de toutes les modifications ?	5 (45%)	6 (55%)

Après l'entretien de sortie, les modifications de traitements ont été comprises par 35 patients (95 %). L'évaluation n'a pas été réalisée pour une patiente (3 %) car l'ambulance l'attendait. Les explications des traitements modifiés n'ont pas été répétées par un patient (3%) pour cause d'asthénie.

- Évaluation de la connaissance du traitement de sortie

Les patients connaissent en moyenne 76 % (\pm 26%) de leur traitement, noms et indications confondus. En moyenne, ils connaissent mieux leur traitement (21 % de traitement connus en plus). Ils connaissent en moyenne 23 % de noms en plus et 20 % d'indications en plus par rapport à l'entrée ($p < 0.01$) (**Tableau 9**). Après l'entretien de sortie, ils connaissent en moyenne 68 % des noms et 84 % des indications de leur traitement.

Tableau 9. Taux moyen de connaissance du traitement avant et après entretien de sortie

	Avant	Après	Taux d'augmentation	p
Connaissance du traitement (% , SD)	55 (+34)	76 (+26)	21%	<0.01
Connaissance des nom des traitements (% , SD)	45 (+35)	68 (+28)	23%	<0.01
Connaissance de l'indication des traitements (% , SD)	64 (+33)	84 (+24)	20%	<0.01

Par rapport à l'entretien d'entrée, 85 % des patients ont amélioré leur connaissance. Plus de la moitié des patients (52 %, n= 27) connaissent 20 % de traitement en plus, nom et indication confondus. La moitié des patients (50 %, n=26) connaissent 20 % d'indication en plus et 46 % des patients (n=24) connaissent 20 % de noms en plus. Dix-sept patients (33%) connaissent le nom et l'indication de tous leurs traitements. On peut noter que 15 % des patients (n=8) n'ont pas amélioré leur connaissance. En effet, ils connaissaient déjà très bien leur traitement à l'entrée de l'hospitalisation.

Le pourcentage de patients avec une connaissance très faible a chuté de 21 % alors que le pourcentage de patients avec une très bonne connaissance a augmenté de 27 % (**Figure 17**).

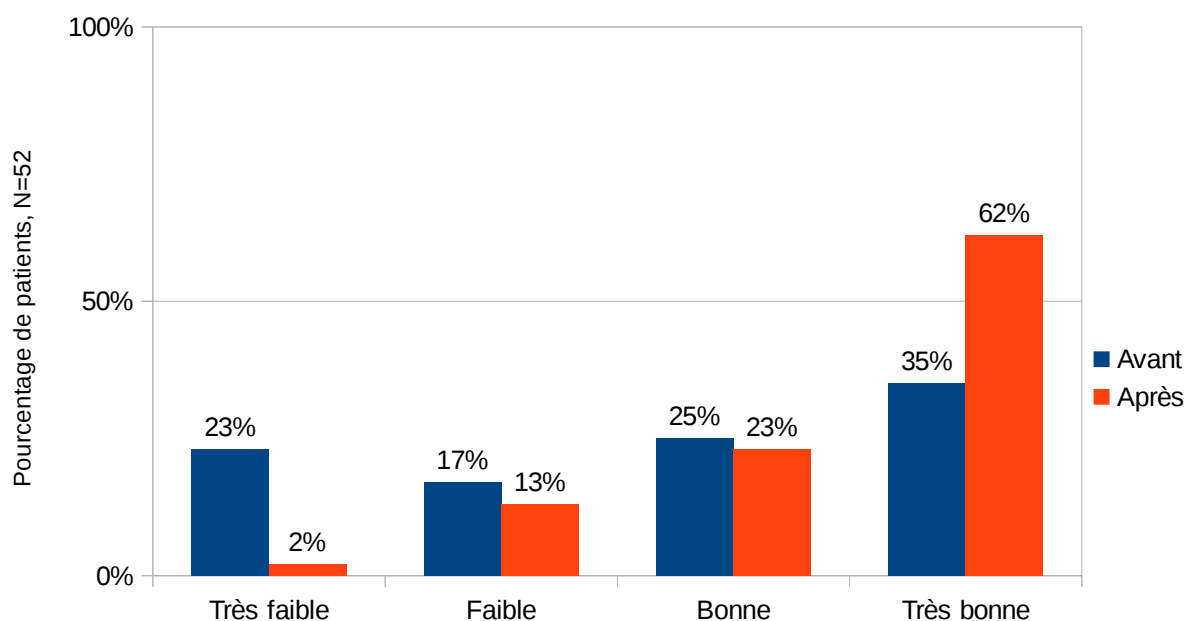


Figure 17. Répartition des patients selon leur score de connaissance avant et après entretien de sortie

Plus précisément, le pourcentage de patients qui connaissent très peu le nom et l'indication a diminué respectivement de 29 % et de 10 %. A l'inverse, le pourcentage de patients qui connaissent très bien le nom et l'indication a augmenté respectivement de 29 % et 19 % (**Figure 18 et 19**).

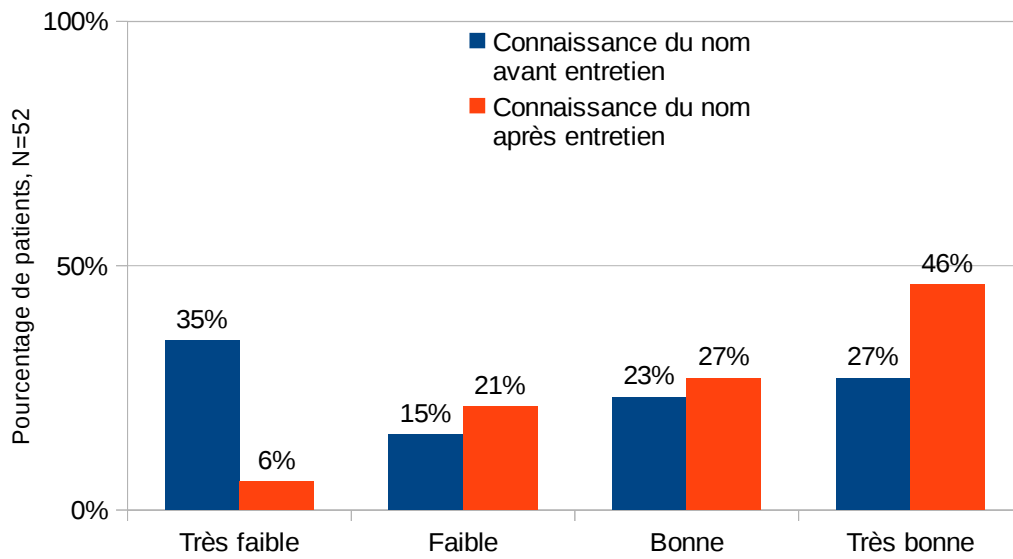


Figure 18. Répartition des patients selon leur score de connaissance du nom avant et après entretien de sortie

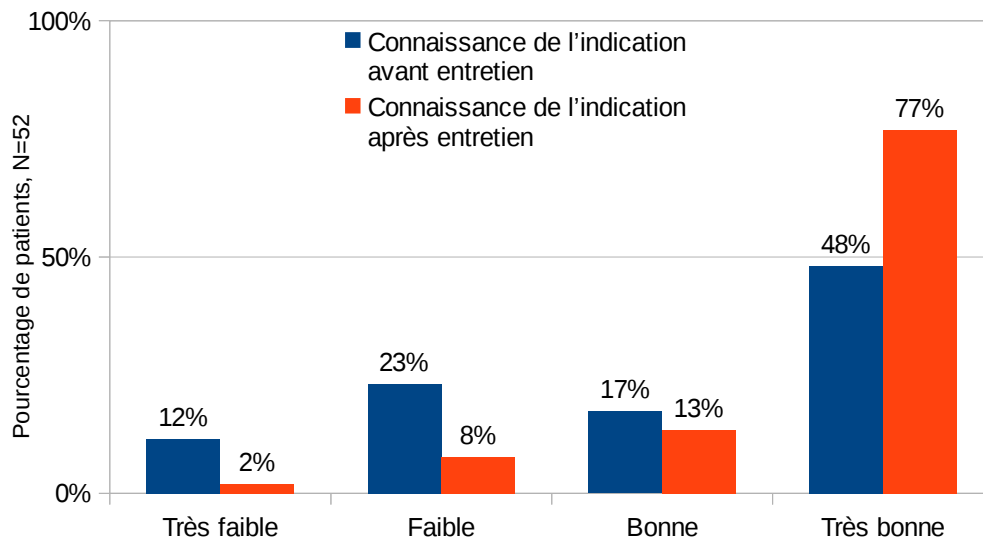


Figure 19. Répartition des patients selon leur score de connaissance de l'indication avant et après entretien de sortie

4.2.3. Évaluation à distance de l'hospitalisation

Plus de la moitié des patients (n=27, 52%) ont répondu à nos questions lors de l'entretien téléphonique. Les raisons de non réponse pour 25 patients (48%) sont :

- Pas de réponse (n=15)
- Parti en maison de retraite (n=1)
- N'a pas souhaité participer (n=1)
- Entretien impossible pour cause de surdité (n=2), de troubles cognitifs (n=1), analphabète (n=3), barrière de la langue (n=1)
- Décédé (n=1)

La durée moyenne de l'entretien est de 10,4 (\pm 3,6) minutes avec une médiane de 10 [5 – 20] minutes.

Les connaissances des patients ont diminué en moyenne de 19,8 % entre la sortie d'hospitalisation et 4   6 semaines après l'hospitalisation ($p < 0.01$).

Parmi les 27 patients ayant répondu à l'entretien téléphonique, 15 d'entre eux (56%) ont diminué leur taux de connaissance, et seulement 1 patient (4%) a amélioré sa connaissance par rapport à la sortie d'hospitalisation. Le nombre de patients qui connaissent très bien leurs traitements a chuté de 33 % pour l'indication, 22 % pour le score global et 7 % pour le nom. A l'inverse, le nombre de patients qui connaissent très peu leur traitement a augmenté de 30 % pour le nom, de 22 % pour le score global et de 7 % pour l'indication (**Figure 20**).

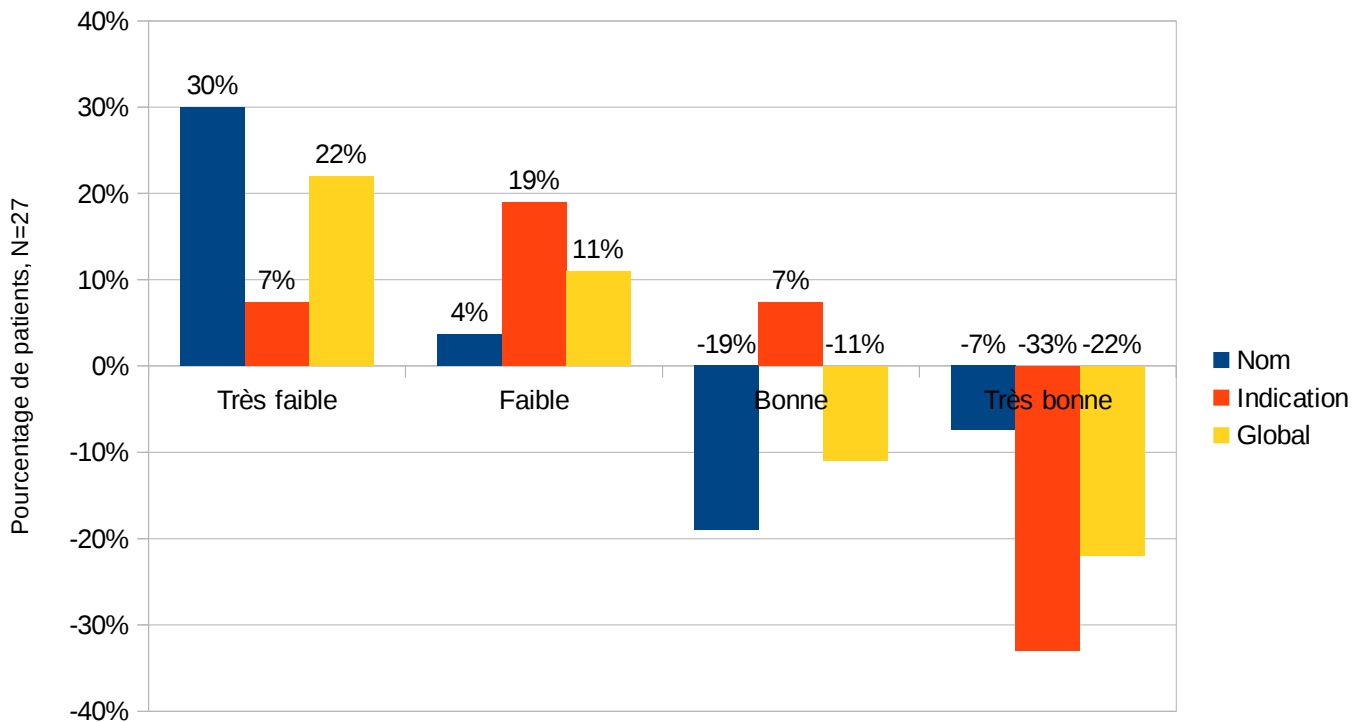


Figure 20. Evolution du pourcentage de patients selon leur score de connaissance entre la sortie et à distance de l'hospitalisation

Cependant le taux moyen de la connaissance est plus élevé (60%) qu'à l'admission (55%). L'évolution des connaissances des patients est représentée ci dessous (**figure 21**). Il y a une augmentation des connaissances entre avant et après l'entretien de sortie. Avant celui-ci, 50 % des patients connaissent 30 % à 75 % de leur traitement. Après celui-ci, 50 % des patients connaissent 60 % à 100 % de leur traitement. Cette connaissance diminue à distance de l'entretien avec 50 % des patients qui connaissent 30 % à 100 % leur traitement.

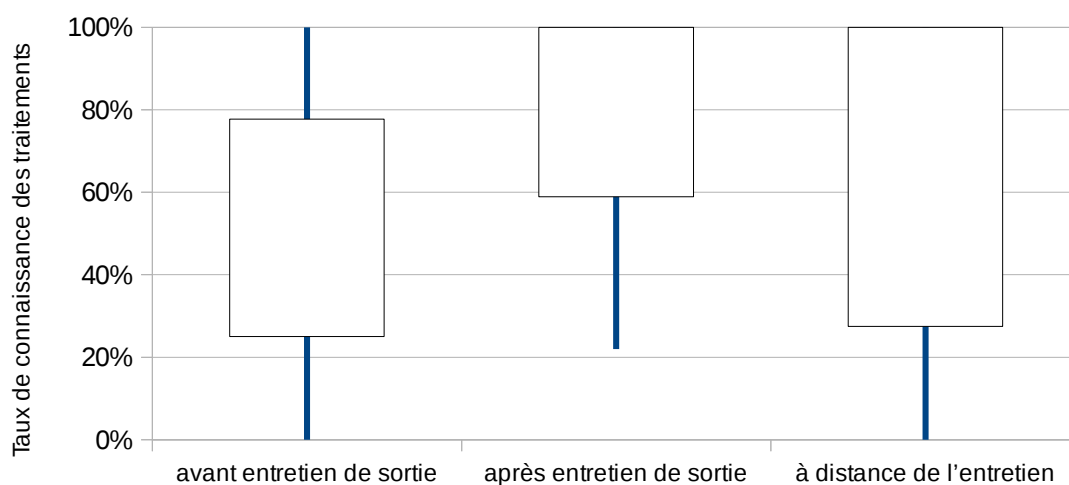


Figure 21. Evolution de la connaissance avant, après et à distance de l'entretien pharmaceutique de sortie

5. Discussion

5.1 La réunion avec les officinaux

Seulement 15 officinaux (16%) sur les 92 invités, étaient présents. Cette faible participation met en évidence la difficulté de réunir les officinaux et les hospitaliers pour échanger et travailler ensemble. Des congrès communs aux deux professions favoriseraient les rencontres et les échanges. Néanmoins, cette réunion a permis de rendre compte de la volonté des officinaux à collaborer avec nous. Les résultats du questionnaire montrent que l'ensemble de nos collègues officinaux sont très intéressés à recevoir des informations sur les traitements modifiés lors de l'hospitalisation de leurs patients. Ils seraient prêts à réaliser et transmettre des bilans de médications. Il serait judicieux de leur transmettre les ordonnances des patients par messagerie sécurisée. Cependant, cet outil est quasiment inexistant parmi les officinaux (seulement une pharmacie en possède une). Cet échange a conforté notre projet de collaborer en vue de décloisonner la ville et l'hôpital.

5.2 La conciliation médicamenteuse

5.2.1. Limites rencontrées lors de la mise en place de la conciliation médicamenteuse

Les principales limites rencontrées sont liées à l'organisation du service et à l'informatisation.

➤ Limites liées à l'organisation du service

La Conciliation Médicamenteuse à l'Admission (CMA) s'est mise en place très rapidement (environ un mois). En effet, les outils d'aide à la réalisation de la conciliation étaient déjà disponibles, nous les avons simplement adaptés à notre pratique. De plus, la disponibilité des patients au début de l'hospitalisation facilite le moment choisi pour réaliser l'entretien.

A l'inverse, la Conciliation Médicamenteuse de Sortie (CMS) a été plus difficile à mettre en œuvre car elle est davantage liée à l'organisation du service. Les sorties d'hospitalisation sont peu souvent programmées à l'avance et les ordonnances de sorties ne sont pas éditées à l'avance. Le délai entre la réalisation de l'ordonnance de sortie et la sortie effective du patient est court et restreint le moment pour réaliser l'entretien de sortie au patient. De ce fait 36 % des patients n'ont pas été conciliés à la sortie dont

10 % car l'interne n'a pas été prévenu. Une meilleure communication voire un appel systématique à l'interne lors d'une sortie d'un patient permettrait d'augmenter le nombre de patients conciliés à l'entrée et à la sortie.

➤ *Limites liées à l'informatisation*

Le logiciel de notre l'établissement ne permet pas de réaliser la CM de manière totalement informatisée. De ce fait, la comparaison du BMO ou du BMS avec les ordonnances du patient est réalisée manuellement, ce qui peut induire des erreurs.

5.2.2. La conciliation médicamenteuse à l'admission

Le taux d'intégration de l'étude (42%) est faible par rapport au nombre de patients recrutés ce qui a rallongé la durée de l'étude. Le taux de patients conciliés dans les 24h (12 %) est en deçà de la cible à atteindre selon la HAS (100 %) (94). La durée moyenne de séjour observée lors de notre étude est plus élevée que la moyenne habituelle du service (6,2 j vs 5,6 j). L'âge avancé des patients pourrait expliquer cet écart.

Le taux de DIND (0,56 par patient) est plus faible que le rapport d'expérimentation de la HAS (1 par patient). Ces DIND sont pour la plupart (83%) dues aux substitutions au livret thérapeutique de l'hôpital car la PUI ne possède pas toutes les spécialités médicamenteuses.

Le taux moyen d'EM (1,6 (\pm 1,5) par patient concorde avec les résultats des autres études qui varient entre 0,27 et 2,8 EM par patient (100) (101) (102) (103) (91) (99) (104) (105) (106) (107) (98). Néanmoins, le pourcentage de patients avec au moins une EM est plus élevé que dans les autres études (69 % vs 36% à 58,5%) (98) (107) (105) (104). Un nombre élevé de médicaments (7,8 (\pm 3,2)) à l'entrée pourrait être une explication. En adéquation avec les autres études, l'omission (68%) est l'erreur la plus représentée. Les trois classes thérapeutiques incriminées sont celles retrouvées dans la littérature, à savoir les médicaments du système cardiovasculaire, du système digestif et métabolique et du système nerveux (104) (101). En effet les médicaments du système CV sont les plus prescrits chez les patients âgés (15). Plus de la moitié des EM (53%) sont de gravité significative et 24 % de gravités majeure et toutes ont été corrigées. Le taux d'EM corrigée (89 %) est donc plus élevé que dans les autres études (de 74 % à 79 %) (104) (105). En effet, la présence quotidienne de l'interne en pharmacie dans le service et aux réunions de transmission facilite les échanges avec l'équipe soignante. Nous pouvons ainsi dire que la collaboration

entre le médecin et le pharmacien limite considérablement le nombre d'EM (8 EM après la CMA au lieu de 72 EM avant) pendant l'hospitalisation et rend la CMA efficace pour sécuriser l'admission du patient à l'hôpital.

La plupart des patients (77%) sont observants à leur traitement. Seulement 2 % des patients sont considérés comme non observants. Ce qui est bien plus faible que le rapport d'expérimentation de la HAS (8% des patients) et qu'une autre étude (17,5 % des patients) (94) (91). Le questionnaire de Girerd a été choisi car il est validé par l'assurance maladie. Le questionnaire de Morisky aurait pu être utilisé Néanmoins, ce taux rentre dans les données de la littérature qui évaluent une adhésion thérapeutique chez 43 % à 95 % des patients âgés selon les études (39).

Le temps dédié à la réalisation de la CMA (22 min) est plus court que ceux retrouvés dans la littérature (26-100 min) (101) (107) (118) (105) (113). Un temps plein dédié à cette activité permet d'acquérir une efficacité au cours du temps. De plus, le détachement de l'interne en pharmacie de la PUI pour réaliser la CM dans le service de médecine est un gain de temps.

5.2.3. La conciliation médicamenteuse à la sortie

Le nombre de médicaments est 0,9 fois plus élevé qu'à l'entrée (8,6 vs 7,8). Effectivement, 73% des DI sont des ajouts alors que 17 % sont des arrêts de médicaments. D'autres études ont un taux de médicaments plus faible à la sortie qu'à l'entrée (102). Cette disparité dépend de la spécialité médicale et du médecin qui peut réaliser la déprescription. Une étude a comparé la CM dans deux services de médecine. En gériatrie, moins de médicaments étaient prescrits en sortie par rapport à l'admission alors que l'inverse était observé en médecine interne (113).

Le taux moyen de DI par patient ($2,1 \pm 2,3$) et le taux de patients avec au moins une DI (71%) correspondent aux données de la littérature (2 à 3 DI en moyenne par patient et 20 à 87 % des patients concernés) (27).

En moyenne, $0,40 \pm 0,77$ EM par patient sont détectées. Même si ce taux est en accord avec les données de la littérature (0,4 à 0,79) (100) (101) (102) (103) (91) (99).(104) (105) (106) (107) (108), celui-ci est sous estimé car dix patients n'ont pas eu d'ordonnance de sortie donc leurs EM n'ont pas été comptabilisées. La proportion de patients avec au moins une EM (23 %) est plus faible que deux autres études (36 % à 58 %) (98) (106). La correction de la majorité des EM lors de la CMA a diminué leurs

nombres en sortie d'hospitalisation. L'omission n'est plus le principal type d'EM retrouvé comme à l'admission du patient mais est à taux équivalent au maintien de la substitution de l'hôpital (43% dans les deux cas). Dans la littérature, l'omission reste la principale EM (55%). Néanmoins, d'autres études ont recensé environ 30 % de substitutions non commutées en sortie d'hospitalisation (110) (106). Même si le maintien de la substitution n'est pas aussi fréquent que l'omission, elle peut engendrer une confusion chez le patient. Deux molécules de la même classe thérapeutique sont prescrites sur deux ordonnances concomitantes du patient : celle de l'hôpital et celle du médecin traitant.

De même qu'à l'entrée, la classe thérapeutique la plus incriminée est la classe cardiovasculaire (43%) retrouvée aussi dans la littérature (27). Une proportion non négligeable d'EM (29%) appartiennent au système digestif et métabolique. En effet, le maintien de la substitution des statines et des IPP au livret de l'hôpital sont responsables de 67 % des EM du système digestif et métabolique. Seulement 5 % des EM appartiennent aux médicaments du système nerveux contrairement à Michaelsen et al (21%) (27).

La gravité des EM est mineure pour 62 % des EM. Toutes les EM significatives ou majeures ont été corrigées avant la sortie du patient. Le taux d'EM corrigées est beaucoup plus faible qu'à l'entrée (57% vs 89%) et que d'après Daumas et al (92%) (102). Plusieurs facteurs peuvent être mis en cause tels que la réalisation de la CMS rétroactivement, c'est à dire lorsque l'ordonnance de sortie est déjà rédigée, ce qui rend plus difficile la modification ou la nouvelle rédaction de celle-ci.

La CMS est plus chronophage que la CMA (31 min vs 22 min) et que les données de Boockvar et al et Guimaraes et al (12 min et 29 min) (110) (113). En effet, le temps de préparation du BMS et de l'entretien sont tous les deux plus longs que ces études. La majoration du temps de préparation du BMS peut s'expliquer par un nombre élevé de médicaments (8,6) et de divergences en sortie d'hospitalisation (2,1 divergences par patient en moyenne). L'évaluation de la connaissance du traitement du patient rallonge la durée de l'entretien de sortie (17 min en moyenne par patient vs 9 min dans les autres études (110). Néanmoins, un entretien éducatif individuel ou collectif serait encore plus long (30 min à 45 min) (119).

Dans notre étude, nous avons souhaité impliquer le plus possible le patient dans sa PECM pour qu'il se sente "acteur". Dans cette optique, le patient devait remplir lui-même son plan de prise et transmettre le CR de conciliation aux professionnels de santé de ville. Le choix de cette transmission responsabilise le patient. Malheureusement, l'âge et l'autonomie des patients ont limité leur participation. Seulement 22% des patients ont déclaré avoir transmis le CR de conciliation aux professionnels de santé de ville ce qui est inférieur à l'étude d'Alix et al (50 %) (120). Cependant, des biais de réponse des

patients tels que l'oubli d'avoir transmis ce CR ou le fait qu'il ne va pas lui même chercher ses médicaments à l'officine peuvent être à l'origine de ce faible taux de transmission. L'évaluation de cette transmission par les professionnels de santé serait plus proche de la réalité. Par ailleurs, la transmission de ce CR directement par l'interne aux officines aurait amélioré ce taux. Il est nécessaire d'augmenter notre taux de transmission car le CR de conciliation véhicule des informations considérées comme pertinentes par l'ensemble des professionnels de santé de ville dont 42 % des médecins qui l'ont intégré aux dossiers de leur patient (43).

A distance de l'hospitalisation, 30% des patients ont jugé utile le plan de prise alors que d'après Simonet et al, 90% des patients l'ont jugé très utile et la moitié des patients s'en servaient tous les jours. En effet 29 % des patients ne l'ont pas utilisé car ils ne préparaient pas eux-mêmes leur traitement et 15% des patients ne s'en souvenaient pas.

5.2.4. Impact à distance de l'hospitalisation

L'observance thérapeutique est constante entre l'admission et à distance de l'hospitalisation ce qui n'est pas le cas de l'étude de Collard et al qui prouve une augmentation de l'observance à 3 mois d'un EP (10). Le nombre élevé de patients (77%) observants au moment de l'hospitalisation peut être une explication de ce taux constant.

L'entretien téléphonique à distance de l'hospitalisation renforce la relation entre le pharmacien et le patient et pourrait améliorer l'adhésion du patient. Il est plus court que l'entretien de conciliation de sortie (10 min vs 17 min).

5.3 Évaluation de la connaissance du traitement du patient

5.3.1. Méthodologie et outil

L'évaluation de la connaissance globale du traitement portait sur le rôle et le nom de chaque médicament. Après notre phase test ayant évalué la difficulté, la connaissance des posologies et des modalités d'administration n'a donc pas été prise en compte. De plus, l'observance thérapeutique serait liée à la connaissance de l'indication (45) (44). L'objectif de notre étude était d'informer sur le rôle de chaque traitement.

Les limites de l'étude sont :

- un faible échantillon (n=52)
- une étude descriptive et non randomisée

Le choix du questionnaire standardisé permet d'éviter les oublis et de reproduire sensiblement le même interrogatoire pour chaque patient et pour les trois entretiens.

L'information délivrée au patient lors de l'entretien de sortie, limitée aux modifications de traitement et/ou aux médicaments préférentiellement considérés comme à risque non connus lors de l'admission, permet de diminuer le surcroît d'information et de réduire le temps dédié. Le choix de cibler l'information et de poser des questions ouvertes provient de l'éducation thérapeutique. Les cartes AIPAT rendent l'évaluation plus ludique.

L'entretien téléphonique est plus court que les entretiens de conciliation. L'évaluation peut être biaisée et est plus difficile car le patient peut lire son ordonnance ou avoir des difficultés de compréhension (surdité). Cependant, cet appel téléphonique instaure un climat de confiance entre le patient et le pharmacien.

- **Les biais**

- **liés aux patients**

Le degré de dépendance (GIR) (121) et les fonctions cognitives des patients n'ont pas été évaluées. Il est donc possible d'avoir inclus des patients ayant des troubles cognitifs dans l'étude.. De plus,

l'évaluation des connaissances dépend de l'état général du patient, de son anxiété liée à l'effet « blouse-blanche ». Ceci peut constituer un biais en sous-estimant la connaissance du patient.

➤ Liés à la durée de séjour

La durée de séjour des patients variait de 2 à 19 jours et influençait le délai entre les deux entretiens d'évaluation des connaissances. De plus, le patient était au contact du personnel soignant tout au long de sa prise en charge, ce qui pouvait améliorer sa connaissance.

5.3.2. Connaissance du traitement à l'admission

- Connaissance globale

Les données étant similaires pour les scores de connaissance faibles et bons, nous nous sommes intéressés aux scores extrêmes (très bon et très faible) pour la discussion.

Nos patients connaissent en moyenne un peu plus de la moitié (55 %) de leur traitement et seulement 35 % des patients le connaissent très bien (>75 % du traitement), ce qui correspond aux données de la littérature (de 18 % et 62,5 % des patients) (6) (53) (7) (54) (56) (5) (42). Cette proportion est plus élevée que chez les 55 patients Champardennais âgés d'au moins 75 ans qui gèrent eux même leur traitement (19.3 % vs 35%) (9). Quinze pour cent de nos patients connaissent le nom et l'indication de tous leurs traitements, ce qui est légèrement plus faible que pour l'étude de Farne (18,5%) (6). Cette différence peut être due au taux de patients qui gèrent leur traitement qui est de 58 % pour notre étude et 100 % pour Farne.

Le taux moyen de connaissance de l'indication (64%) correspond aux données de la littérature (entre 48 % et 84 %) (4) (2) (52). Il est plus légèrement plus faible que chez les 465 patients espagnols (68%) (2), plus faible que selon Leveziel (84 %) (52) dont l'évaluation de l'indication était associée au médicament présenté mais plus élevé que ceux de Jonquet (48%) (4).

La proportion de patients qui connaissent très bien l'indication (48 % des patients) correspond aux données de la littérature (27% à 87%) (6) (4) (53) (7) (44) (56). Celle-ci est plus élevée que d'après Jonquet (28%) (4). Un tiers de nos patients sont capables de donner l'indication de tous leur traitement, ce qui est légèrement plus élevé (29%) que selon Farne. Cette légère élévation est due à l'évaluation de la connaissance selon Farne qui est plus stricte que la notre. En effet, si le patient ne cite pas l'indication

mais seulement l'organe cible, aucun point de connaissance ne lui est attribué, ce qui n'est pas le cas de notre étude (6).

Nos patients connaissent en moyenne moins bien le nom de leurs traitements (45 %) même si ce taux correspond aux données de la littérature (41 à 76%) (2). Il se rapproche de l'étude de Jonquet (41,9%) (4) mais est plus faible que celui de Mira et al (76 %) (2).

Ils sont 27 % à connaître très bien leurs noms de traitement ce qui est en deçà des données de la littérature (28 à 57% des patients) (4) (6) (53) (5) (7) (56) (7). De même, ils sont 50 % à avoir cité plus de 50 % des noms de leur traitement, alors qu'ils sont 61% selon Mira et al (2) De plus, seulement 17 % des patients peuvent nommer tous leurs médicaments alors qu'ils étaient plus de 50 % dans l'étude de Farne (6). Cette différence peut s'expliquer par la méthodologie de l'évaluation de la connaissance du nom de Farne qui n'est pas réelle mais seulement théorique en évaluant la capacité du patient à savoir s'il pouvait le citer. En effet, le patient a son ordonnance sous les yeux lors de l'évaluation et s'il répond positivement à la question « Pouvez vous le citer de tête si vous n'avez pas l'ordonnance sur vous ? » il est considéré comme connaissant les noms de ces médicaments.

Nos patients connaissent donc mieux l'indication mais moins bien le nom de leurs traitements que les patients des autres études (4).

- Les déterminants de la connaissance

Les facteurs influençant la connaissance sont le genre et l'âge.

Les femmes ont une meilleure connaissance que les hommes. Elles connaissent en moyenne 0,6 points de score de connaissance de plus que les hommes. Le genre est aussi un facteur de risque selon Farne (6). Selon Barthaburu et al (5), le pourcentage de femmes qui connaissent correctement leurs traitements antidiabétiques, antihypertenseurs, et anti-lipidiques est 20 % plus élevé que chez les hommes. Néanmoins, Mira et al(2), n'a pas retrouvé de lien significatif entre le taux de connaissance et le genre.

La connaissance diminue avec l'âge ($p < 0,001$). Cette corrélation est aussi retrouvée dans toutes les études (6) (9) (4) (53) (7) (54) (44) (8). Les patients âgés, ont plus de mal à connaître leurs traitements. Ce sont des patients à prioriser pour améliorer leurs connaissances.

Nous n'avons pas retrouvé de corrélations entre le score de connaissance et le nombre de médicaments, le fait d'avoir une IDE à domicile, l'utilisation d'un pilulier ou encore le score d'observance. Certaines études ont néanmoins établi des corrélations (4) (7) (8) (6) (9).

Cette différence de résultats peut être liée à la faiblesse de notre échantillon (n=52), au fait que seulement 58 % des patients géraient eux-même leur traitement, ce qui n'est pas de toutes les autres études (2), au score choisi pour évaluer l'observance thérapeutique, aux différences de méthodologies pour évaluer la connaissance.

5.3.3. Connaissance du traitement à la sortie d'hospitalisation

- Compréhension des traitements modifiés

Seulement 14 % des patients à qui ont a changé un traitement lors de l'hospitalisation connaissent la raison de cette modification avant l'entretien. Ce résultat peut être comparé à l'étude de Cochrane selon laquelle 18 % des patients affirment avoir reçu une information sur l'objectif de leur traitement modifié (122). L'entretien pharmaceutique a augmenté de 81 % le nombre de patients connaissant la raison du traitement modifié. Le taux de patients ayant compris la raison des modifications de traitement est de 95 % ce qui est plus élevé que d'après Pileggi et al (51).

- Connaissance du traitement après l'entretien de sortie

Notre entretien pharmaceutique de sortie a permis comme toutes les autres études d'améliorer la connaissance des patients sur leur traitement même si le taux d'augmentation n'est pas le même. Notre taux d'augmentation moyen est de 21 % du traitement (23 % pour le nom et 20 % pour l'indication). Après l'EP, les patients connaissent en moyenne 76 % (dont 68 % pour les noms et 84 % pour l'indication) de leur traitement.

➤ *En terme de taux moyen*

Notre taux d'augmentation moyen de la connaissance globale (21 %) est équivalent à celui d'une étude avec une CP de sortie d'hospitalisation avec remise d'un plan de prise à des patients transplantés hépatiques (21%) (123).

Notre taux d'amélioration de l'indication (+20%) est équivalent à celui de Send et al (22 %) (85), et plus élevé que celui de Simonet et al (+20 % vs +7,5 %) (124). En effet, le délai entre l'information délivrée et l'évaluation (une semaine) expliquerait cette faible amélioration car les connaissances diminuent au cours du temps. Notre évaluation réalisée juste après l'entretien, indique que les patients ont immédiatement amélioré leurs connaissances de leur traitement. De plus, d'après Simonet et al, les patients ont mieux amélioré leur connaissance concernant les précautions d'emploi (+8,3 %), et les effets indésirables (+18,1 %) des médicaments (124). En revanche, notre taux d'amélioration est plus faible que celui de Al-rashed et al. (32 %) qui évalue la différence des taux de connaissance de l'indication entre un groupe témoin et un groupe contrôle deux semaines après une CP de sortie d'hospitalisation (84).

Notre taux amélioration est aussi plus faible que d'après Shen et al. qui évalue un programme d'éducation thérapeutique composé d'entretiens de 30 minutes réalisés par des IDE pendant 5 jours consécutifs lors de l'hospitalisation (58). Dix jours après la sortie, la connaissance a été améliorée en moyenne de 40 % pour les noms et de 30 % pour l'indication, ce qui est nettement supérieur à nos taux d'amélioration que sont 23 % pour le nom et 20 % pour l'indication. Cela laisse supposer qu'une information répétée dans le temps permet de mieux améliorer les connaissances. Aussi, l'écart de pourcentage de patients gérant eux même leur traitement entre les deux études (58 % pour la nôtre vs 100%) peut expliquer ces différences. Les patients gérant eux-même leur traitement pourraient avoir une connaissance plus élevée de leur traitement que ceux qui ne les gèrent pas (58).

Nos patients connaissent en moyenne autant l'indication (84%) que ceux de Leveziel (84%) (52) et mieux que ceux de Donihi et al. (78%) qui évalue la connaissance des traitements trois jours après un temps d'éducation sur les médicaments pendant l'hospitalisation. En revanche, nos patients connaissent moins bien en moyenne les noms de leur traitement (68 %) que ceux de Donihi et al. (78%) (125).

➤ *En terme de pourcentage de patients*

La proportion de patients qui connaissent très bien leur traitement a augmenté de 27 % pour atteindre 62 %. Ce résultat se situe dans les proportions hautes retrouvées dans la littérature (de 18 % et 62,5 % des patients) (6) (5) (7). Notre EP a amélioré les connaissances chez 85 % des patients. Ce qui est beaucoup plus élevé que d'après Send et al. (41 % des patients) (85).

La proportion de patients qui connaissent très bien leur traitement après l'EP est de 77 % pour l'indication et 46 % pour le nom. Ces deux résultats sont plus élevés que ceux de Bouvy chez 200 patients évalués 48h après un EP (54 % pour l'indication et 40% pour le nom) (54). Cependant, les connaissances des patients de cette étude n'ont pas été évaluées avant l'EP et seraient peut être plus faibles.

L'EP a permis à un tiers des patients de connaître l'ensemble de leur traitement alors que seulement 24 % des patients connaissent l'ensemble de leur traitement (nom, indication, reconnaissance du médicament, posologie) après une CP selon Monnier (123). La différence de méthodologie de l'évaluation peut expliquer cet écart.

5.3.4. Connaissance du traitement à distance de l'hospitalisation

Les taux de connaissance pour les 27 patients ayant répondu à l'entretien téléphonique ont diminué de 20 % pour le nom, 20 % pour l'indication et de 16 % pour la connaissance globale entre l'hospitalisation et un mois après la sortie. De plus, le pourcentage de patients qui connaissaient très bien leur traitement a chuté de 22 % alors que ceux qui connaissaient insuffisamment leur traitement a augmenté de 22 %. Néanmoins, la connaissance moyenne des traitements (60 %) est plus élevée qu'à l'admission (55%). Ceci s'explique par le fait que la plupart des patients qui ont répondu à l'entretien téléphonique connaissaient initialement très bien leurs traitements.

Cette diminution de la connaissance n'a pas été retrouvée d'après Collard et al.. En effet, la connaissance des traitements a augmenté de 10 % pour le nom, 11 % pour l'indication et 9 % pour les posologies trois mois après un temps d'éducation thérapeutique (10).

Cependant, Al-rashed et al. n'ont pas retrouvé d'augmentation des connaissances trois mois après une CP avec remise d'une carte de traitement (84).

L'observance thérapeutique n'a pas augmenté pour les 27 patients (100%). En effet, la majorité de nos patients étaient déjà bons observants à l'admission de l'hospitalisation.

Conclusion

Bien que l'iatrogénie médicamenteuse soit deux fois plus fréquente chez les patients âgés, la conciliation médicamenteuse a diminué de 80 % la fréquence d'erreurs médicamenteuses responsables d'iatrogénie.

La conciliation à l'admission couplée à la conciliation de sortie est un processus qui sécurise la prise en charge médicamenteuse du patient aux points de transition avec la ville. Il permet ainsi de diminuer le nombre de ré-hospitalisations liées à un événement iatrogène médicamenteux (96).

L'entretien de conciliation de sortie explique au patient les raisons des modifications de traitement lors de l'hospitalisation ainsi que le ou les médicament(s) qu'il ne connaît pas.

Cet entretien augmente de 81 % le pourcentage de patients ayant compris les raisons des modifications de leurs traitements. De plus, il améliore de 20 % en moyenne les connaissances du patient sur son traitement médicamenteux.

A l'admission, les connaissances initiales des patients sont insuffisantes avec en moyenne 55 % des traitements connus. Après l'entretien pharmaceutique, 27 % de patients supplémentaire connaissent très bien leur traitement par rapport à l'admission.

Ce gain de connaissance diminue les facteurs de risque iatrogène liés au patient tels que la gestion de son traitement, son adhésion thérapeutique et sa participation à la prise en charge médicamenteuse, responsables d'une hospitalisation sur dix (18) (19).

Cependant ces connaissances ne perdurent pas à distance de l'hospitalisation.

Le relais à nos confrères de ville, grâce aux bilans de médication (64), lors d'un suivi téléphonique ou à domicile, permettrait de maintenir les connaissances du patient acquises lors de l'entretien de sortie, dans l'objectif de réduire la fréquence des hospitalisations dues aux événements iatrogènes médicamenteux.

Bibliographie

1. Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins - Description des résultats 2009 - Ministère des Solidarités et de la Santé
2. Mira JJ, Martínez-Jimeno L, Orozco-Beltrán D, Iglesias-Alonso F, Lorenzo S, Nuño R, et al. What older complex chronic patients need to know about their everyday medication for safe drug use. *Expert Opin Drug Saf.* juin 2014;13(6):713-21.
3. Modig S, Kristensson J, Troein M, Brorsson A, Midlöv P. Frail elderly patients' experiences of information on medication. A qualitative study. *BMC Geriatr.* 22 août 2012;12:46.
4. Jonquet-Franchaud M. Les patients de plus de soixante-cinq ans et la connaissance de leur traitement en médecine générale, conséquences sur la iatrogénie ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2015.
5. Barthaburu A, Archambault P. Compréhension de leur traitement de fond par des patients de plus de 65 ans à risque cardiovasculaire et aptitude des médecins à estimer ce niveau de connaissance: une étude exploratoire transversale descriptive en médecine générale. Tours, France: SCD de l'université de Tours; 2014.
6. Farne V. Connaissance des médicaments chez la personne âgée de 65 ans ou plus : de l'évaluation à l'amélioration des pratiques. Thèse d'exercice. Université de Nantes
7. Braud C, Lepelletier A. Évaluation de la connaissance des patients âgés de leur traitement médicamenteux: réalisation d'une enquête et propositions d'améliorations. Lieu de publication inconnu, France; 2016.
8. Dean A, Rieucan A, Fromentin-David I, Cappe E. Connaissance du traitement chez des patients suivis en service de gériatrie ambulatoire : liens avec les troubles cognitifs, l'apathie et les croyances liées aux médicaments. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie.* avr 2018;18(104):86-94.
9. Vincent P. Evaluation de la connaissance des patients âgés champardennais concernant leur traitement médicamenteux [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2016.
10. Collard CV, Michaut L, Caillierez F, Parra D, Bonnefoy M. Impact of therapeutic education with a written document on treatments knowledge and adherence among elderly patients. Results of a pilot study. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement.* déc 2017;(4):394-400.
11. Conort O, Siguret V, Bourdon O, Nazaraly S, Brignone M, Pons-Kerjean N, et al. Évaluation de l'impact d'un programme de formation aux antagonistes de la vitamine K (AVK) pour les étudiants en pharmacie sur l'amélioration des connaissances des patients traités par AVK pris en charge au cours de leur stage clinique hospitalier. *Annales Pharmaceutiques Françaises.* juill 2014;72(4):287-95.
12. Vial, Centre de pharmacovigilance de Lyon. Iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée [Internet]. 24 janvier 2017.
13. Haute Autorité de Santé - Comprendre pour agir sur les événements indésirables associés aux soins (EIAS) [Internet]. [cité 13 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2011561/fr/comprendre-pour-agir-sur-les-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias#toc_4_1
14. Société française de pharmacie clinique. Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse. Paris: Société française de pharmacie clinique; 2006.

15. HAS. Legrain PS. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé. 2005;16.
16. ARS Normandie. Sécurisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux en ehpad.
17. DRESS. Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale. 2005;16.
18. Assiri GA, Shebl NA, Mahmoud MA, Aloudah N, Grant E, Aljadhey H, et al. What is the epidemiology of medication errors, error-related adverse events and risk factors for errors in adults managed in community care contexts? A systematic review of the international literature. *BMJ Open*. 5 mai 2018;8(5):e019101.
19. Lecointre K, Duperrin V, Piquet J, Mathieu M, Fabreguettes A, Durand J-L, et al. Estimation de l'incidence des événements iatrogènes médicamenteux dans les services de pneumologie de deux hôpitaux de Seine-Saint-Denis. *Thérapie*. 1 nov 2003;58(6):525-9.
20. Claeys C. Continuité des traitements médicamenteux après la sortie de l'hôpital. Presses universitaires de Louvain; 2013 p. 48-68.
21. HAS. Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions des médicaments chez la personne âgée. Septembre 2014.
22. Mira JJ, Lorenzo S, Guilabert M, Navarro I, Pérez-Jover V. A systematic review of patient medication error on self-administering medication at home. *Expert Opinion on Drug Safety*. 3 juin 2015;14(6):815-38.
23. Granjon C, Beyens M-N, Frederico D, Blanc P, Gonthier R. Existe-t-il un sur-risque d'accidents médicamenteux chez les sujets âgés atteints de troubles cognitifs ? *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. oct 2006;6(35):21-8.
24. Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L, Pittet D. Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. *Mayo Clin Proc*. janv 2010;85(1):53-62.
25. Doherty C, Stavropoulou C. Patients' willingness and ability to participate actively in the reduction of clinical errors: a systematic literature review. *Soc Sci Med*. juill 2012;75(2):257-63.
26. ARS Pays de la Loire. Patient acteur de sa santé Disponible sur: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2017-06/Pertinence-1erJuin2017-Atelier1-AHOSPITALBEZIER-VBOURCY.pdf>
27. Michaelsen MH, McCague P, Bradley CP, Sahn LJ. Medication Reconciliation at Discharge from Hospital: A Systematic Review of the Quantitative Literature. *Pharmacy (Basel)*. 23 juin 2015;3(2):53-71.
28. Shah BM, Hajjar ER. Polypharmacy, Adverse Drug Reactions, and Geriatric Syndromes. *Clinics in Geriatric Medicine*. mai 2012;28(2):173-86.
29. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
30. Mougeot F, Robelet M, Rambaud C, Ocelli P, Buchet-Poyau K, Touzet S, et al. L'émergence du patient-acteur dans la sécurité des soins en France : une revue narrative de la littérature entre sciences sociales et santé publique. *Santé Publique*. 27 mars 2018;30(1):73-81.

31. Coulter A, Picker Institute Europe. Engaging patients in their healthcare: how is the UK doing relative to other countries? Oxford: Picker Institute Europe; 2006.
32. Waterman AD, Gallagher TH, Garbutt J, Waterman BM, Fraser V, Burroughs TE. Brief report: Hospitalized patients' attitudes about and participation in error prevention. *Journal of General Internal Medicine*. avr 2006;21(4):367-70.
33. Mira JJ, Guilabert M, Pérez-Jover V, Lorenzo S. Barriers for an effective communication around clinical decision making: an analysis of the gaps between doctors' and patients' point of view. *Health Expect*. déc 2014;17(6):826-39.
34. Field TS, Mazor KM, Briesacher B, Debellis KR, Gurwitz JH. Adverse drug events resulting from patient errors in older adults. *J Am Geriatr Soc*. févr 2007;55(2):271-6.
35. Allenet et al. Il nous faut arrêter de parler du patient « non observant » à ses traitements mais plutôt d'un patient présentant des difficultés d'adhésion médicamenteuse. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. 1 nov 2018;76(6):489-98.
36. Girerd X, Radauceanu A, Achard JM, Fourcade J, Tournier B, Brillet G, et al. [Evaluation of patient compliance among hypertensive patients treated by specialists]. *Arch Mal Coeur Vaiss*. août 2001;94(8):839-42.
37. Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K, Ciupek C, Mourad JJ, Consoli S. [Assessment of antihypertensive compliance using a self-administered questionnaire: development and use in a hypertension clinic]. *Presse Med*. 16 juin 2001;30(21):1044-8.
38. Barbara J. et al. Is This Patient Taking the Treatment as Prescribed? | *JAMA* 1993;269(21):2779-2781
39. Vik SA, Maxwell CJ, Hogan DB. Measurement, Correlates, and Health Outcomes of Medication Adherence Among Seniors. *Ann Pharmacother*. 1 févr 2004;38(2):303-12.
40. Cridelich C. Management du risque à l'hôpital: évaluation d'une nouvelle méthode d'analyse du risque appliquée à la prise en charge du patient par chimiothérapie. :330.
41. Send AFJ, Peters-Klimm F, Bruckner T, Haefeli WE, Seidling HM. A randomized controlled trial to assess the effect of a medication plan containing drug administration recommendations on patients' drug knowledge after 2 months. *J Clin Pharm Ther*. févr 2017;42(1):69-74.
42. Mejri M, Kort Y, Abdelhed H, Khammassi N. Évaluation de l'observance thérapeutique chez les sujets âgés et ses facteurs déterminants. *La Revue de Médecine Interne*. déc 2017;38:A160-1.
43. Simonin C, Skalli S, Martin C, Nouvel M, Faudel A, Parat S, et al. P2043 Continuité des soins pharmaceutiques après l'hospitalisation du patient diabétique de type 2 : Mise en place d'un courrier pharmaceutique de sortie. *Diabetes & Metabolism*. mars 2013;39:A78-9.
44. Bizouard F, Jungers C. Évaluation de la connaissance des indications des traitements chroniques en médecine générale et de la relation médecin malade: impact sur l'observance [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2014.
45. Okuno J, Yanagi H, Tomura S, Oka M, Hara S, Hirano C, et al. Compliance and medication knowledge among elderly Japanese home-care recipients. *Eur J Clin Pharmacol*. avr 1999;55(2):145-9.

46. Tordoff JM, Bagge ML, Gray AR, Campbell AJ, Norris PT. Medicine-taking practices in community-dwelling people aged > or =75 years in New Zealand. *Age Ageing*. sept 2010;39(5):574-80.
47. Belcher VN, Fried TR, Agostini JV, Tinetti ME. Views of Older Adults on Patient Participation in Medication-related Decision Making. *J Gen Intern Med*. avr 2006;21(4):298-303.
48. Schwappach DLB, Wernli M. Barriers and facilitators to chemotherapy patients' engagement in medical error prevention. *Ann Oncol*. févr 2011;22(2):424-30.
49. Jones IR, Berney L, Kelly M, Doyal L, Griffiths C, Feder G, et al. Is patient involvement possible when decisions involve scarce resources? A qualitative study of decision-making in primary care. *Soc Sci Med*. juill 2004;59(1):93-102.
50. Butterworth JE, Campbell JL. Older patients and their GPs: shared decision making in enhancing trust. *Br J Gen Pract*. nov 2014;64(628):e709-18.
51. Pileggi C, Caligiuri E, Nobile CGA, Pavia M. Information about management of chronic drug therapies prescribed at hospital discharge: Does it affect patients' knowledge and self-confidence? *BMC Health Services Research*. 2018;18(1).
52. Leveziel D. Connaissance par les patients ayant un traitement chronique de l'utilité et des effets indésirables de leurs médicaments [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen Normandie; 2017.
53. Ginet A. Evaluation de la connaissance des traitements par les patients atteints de maladies chroniques [Thèse d'exercice]. [France]: Aix-Marseille Université; 2016.
54. Bouvy G. Critères influençant la connaissance des traitements chez les sujets âgés: étude prospective chez 200 patients. Thèse d'exercice
55. Prince C. Évaluation de la connaissance des traitements antidiabétiques oraux et antihypertenseurs par les patients dans le cadre du diabète de type 2 et de l'hypertension artérielle. Thèse d'exercice
56. Oudjhani M, Foison O, Astier A, Pui P. Est-ce que les sujets âgés connaissent leurs traitements ? *J Pharm Clin* 2012 ; 31 (2) : 113-6
57. Samadoulougou A, Temoua Naibe D, Mandi G, Yameogo RA, Kabore E, Millogo G, et al. Evaluation du niveau de connaissance des patients sur la gestion du traitement par les antis vitamines K dans le service de cardiologie de Ouagadougou. *Pan Afr Med J*, 2014; 19: 286.
58. Shen Q. Evaluation of a Medication Education Program for Elderly Hospital In-Patients. *Geriatric Nursing*. 1 mai 2006;27(3):184-92.
59. Patris-Vandesteene. Information des patients : évaluation de leurs connaissances après prescription de médicaments dans un CHU parisien. *Journal de Pharmacie Clinique*. Juin 2002, Vol 21
60. Williams MV, Baker DW, Honig EG, Lee TM, Nowlan A. Inadequate literacy is a barrier to asthma knowledge and self-care. *Chest*. oct 1998;114(4):1008-15.
61. Louis-Simonet M, Kossovsky MP, Sarasin FP, Chopard P, Gabriel V, Perneger TV, et al. Effects of a structured patient-centered discharge interview on patients' knowledge about their medications. *Am J Med*. 15 oct 2004;117(8):563-8.

62. Micheli P, Kossovsky MP, Gerstel E, Louis-Simonet M, Sigaud P, Perneger TV, et al. Patients' knowledge of drug treatments after hospitalisation: The key role of information. *Swiss Medical Weekly*. 2007;137(43-44):614-20.
63. Ageneau E, Ballereau F, Marquet A. Le patient et son traitement: entre connaissance et perception : résultat d'une étude dans un service d'urgences. France; 2014.
64. Les cahiers de l'Ordre national des pharmaciens n°13. Décembre 2018
65. Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.
66. Therapeutic patient education : continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases : report of a WHO working group. :90.
67. Entretien Pharmaceutique [Internet]. Pharmacie-clinique.fr. [cité 15 nov 2018]. Disponible sur: http://pharmacie-clinique.fr/?page_id=103
68. AIPAT : accompagner et informer le patient chronique sur ses médicaments [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 7 oct 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr>
69. Ferreira-Gomes et al, Aipat : informer, impliquer et accompagner le patient chronique dans sa prise en charge médicamenteuse. *Techniques hospitalières*. Octobre 2017, 766.
70. Christian Bourdy et al. Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale- les processus de communication. Mars 2004
71. Brandon M-T, Charpiat B. La consultation pharmaceutique en transplantation hépatique : une contribution à l'éducation thérapeutique des patients. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. 1 janv 2009;67(1):41-53.
72. Emilie Petit-Jean, Danielle Prébay. Consultation pharmaceutique et éducation thérapeutique des patients. [cité 15 nov 2018]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/7293278-Consultation-pharmaceutique-et-education-therapeutique-des-patientes.html>
73. Société Française de pharmacie oncologique. Recommandations sur la réalisation de consultations pharmaceutiques en oncologie. 20 octobre 2017
74. Breuker C, Abraham O, Di Trapani L, Boegner C, Picandet M, Villiet M, et al. CA-161: Retour d'expérience sur la mise en place d'une activité de consultation pharmaceutique en unité de soins d'endocrinologie nutrition. *Diabetes & Metabolism*. mars 2016;42:A79.
75. Bertrand B, de Grasse C, Chevrier R, Perrin CJ, Maillan G, de Limoges C, et al. Membres du groupe de travail. :10.
76. Raymond I, Alessandrin A, Camou F, Frullani Y. Maladie de Gaucher : un programme d'ETP coordonné par un pharmacien. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 déc 2015;54(551):43-7.
77. Ory Magne F, Arcari C, Canivet C, Sarrail M, Fabre MH, Mohara C, et al. Éducation thérapeutique chez le patient parkinsonien : le programme ETPARK. *Revue Neurologique*. 1 févr 2014;170(2):128-33.
78. Réseau PIC : Psychiatrie Information Communication [Internet]. [cité 7 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.reseau-pic.info/>

79. Labrosse H, Vantard N, Garcia K, Leboucher G, Charpiat B. Consultation de pharmacie et niveau de connaissance des patients hospitalisés traités par des médicaments anti-vitamine K. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. 1 sept 2006;64(5):344-9.
80. Léger S, Allenet B, Pichot O, Figari G, Calop J, Carpentier P, et al. Impact d'un programme d'éducation thérapeutique sur les attitudes de prévention vis-à-vis du risque iatrogène : étude pilote contrôlée visant les patients sous anticoagulants oraux pour maladie thromboembolique veineuse. *Journal des Maladies Vasculaires*. 1 juill 2004;29(3):152-8.
81. Baysal E, Midilli TS. Effects of structured patient education on knowledge level and INR control of patients receiving warfarin: Randomized Controlled Trial. *Pak J Med Sci*. avr 2018;34(2):240-6.
82. Lemozy S, Rouquie C, Champanet B, Bezard S, Mounier L, Martini J. CO-27 - Évaluation d'un programme de conseil pharmaceutique pour le bon usage du médicament, BUM'DIAB : Impact sur les connaissances et l'observance du traitement. *Diabetes & Metabolism*. 1 mars 2017;43(2, Supplement):A11-2.
83. Dobremez V, Baudrant-Boga M, Allenet B, Halimi S. Comprendre le concept d'hémoglobine glyquée à partir d'un outil visuel Impact sur les connaissances des patients diabétiques d'une intervention éducative pharmaceutique structurée. *Médecine des Maladies Métaboliques*. 1 déc 2013;7(6):507-12.
84. Al-Rashed SA, Wright DJ, Roebuck N, Sunter W, Chrystyn H. The value of inpatient pharmaceutical counselling to elderly patients prior to discharge. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 1 déc 2002;54(6):657-64.
85. Send AFJ, Schwab M, Gauss A, Rudofsky G, Haefeli WE, Seidling HM. Pilot study to assess the influence of an enhanced medication plan on patient knowledge at hospital discharge. *Eur J Clin Pharmacol*. oct 2014;70(10):1243-50.
86. Santucci R, Levêque D, Herbrecht R, Fischbach M, Gérout AC, Untereiner C, et al. Évènements iatrogènes médicamenteux : impact des consultations pharmaceutiques en cours d'hospitalisation. *Annales Pharmaceutiques Françaises*. 1 nov 2014;72(6):440-50.
87. Tabélé C, Monestier S, Malissen N, Gaudy C, Mallet S, Correard F, et al. Intérêt des consultations pharmaceutiques de thérapies ciblées en onco-dermatologie. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. déc 2017;144(12):S310-1.
88. Belaiche S, Mercier E, Cuny D, Kambia N, Wierre P, Bertoux É, et al. Implication du pharmacien d'officine dans le parcours de soins de la maladie rénale chronique. *Néphrologie & Thérapeutique*. 1 avr 2017;13(2):87-92.
89. Bal dit Sollier C, Dillinger J-G, Drouet L. Pourquoi et comment favoriser l'observance des traitements antiplaquettaires ? *JMV-Journal de Médecine Vasculaire*. mars 2017;42(2):63-4.
90. Guillaumot A, Prud'Homme A, Grosbois J-M, Artaud Macari E. Tenir compte de la vulnérabilité des patients âgés. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités*. nov 2011;3(3):239-43.
91. Mendjel A. Processus de conciliation médicamenteuse optimisé de l'entrée à la sortie du patient dans un service de médecine: impact sur la qualité de la prise en charge et sur l'observance médicamenteuse [Thèse d'exercice]. [France]: Aix-Marseille Université; 2018.

92. Marcum ZA, Hanlon JT, Murray MD. Improving Medication Adherence and Health Outcomes in Older Adults: An Evidence-Based Review of Randomized Controlled Trials. *Drugs Aging*. mars 2017;34(3):191-201.
93. Wandless I, Davie JW. Can drug compliance in the elderly be improved? *BMJ*. 5 févr 1977;1(6057):359-61.
94. Dell'ova M. Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français. HAS 125.
95. CAQES : un nouveau contrat dès 2018 ! [Internet]. OMEDIT Ile de France. 2017 [cité 12 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.omedit-idf.fr/caques/>
96. Société Française de Pharmacie Clinique. Préconisations pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux. (2015).
97. Mettre en oeuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé - Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins. Haute autorité de santé (2018).
98. Rodríguez Vargas B, Delgado Silveira E, Iglesias Peinado I, Bermejo Vicedo T. Prevalence and risk factors for medication reconciliation errors during hospital admission in elderly patients. *Int J Clin Pharm*. oct 2016;38(5):1164-71.
99. Presti CL. Présence pharmaceutique dans un service de chirurgie: de la conciliation médicamenteuse de sortie à la révision des traitements médicamenteux chez le patient âgé. :135.
100. Lebegue AS, Le Bellec ML, Truet S, Peronne E, Lemoine D. Conciliation médicamenteuse d'entrée et de sortie : optimisation et sécurisation du retour à domicile. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. 1 déc 2013;48(4):262-3.
101. Luis D. Mise en place et évaluation de la conciliation médicamenteuse à l'hôpital d'instruction des armées Sainte-Anne. 2017;146.
102. Impact de la conciliation médicamenteuse sur la pérennisation des ordonnances en post-hospitalisation. *La Revue de Médecine Interne*. 1 déc 2017;38:A158-9.
103. Villanyi D, Fok M, Wong RYM. Medication Reconciliation: Identifying Medication Discrepancies in Acutely Ill Hospitalized Older Adults. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*. 1 oct 2011;9(5):339-44.
104. Saint-Germain P, Ruelle M, Mary A, Idris SS, Hannat S, Pelloquin N, et al. Impact clinique des divergences de traitement constatées chez 200 patients conciliés dans un service de gériatrie aiguë. *La revue de médecine interne - Vol. 37 - N° 10 - p. 667-673*
105. Pérennes M, Carde A, Nicolas X, Dolz M, Bihannic R, Grimont P, et al. [Medication reconciliation: an innovative experience in an internal medicine unit to decrease errors due to inaccurate medication histories]. *Presse Med*. mars 2012;41(3 Pt 1):e77-86.
106. 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. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. juin 2014;49(2):e20-1.

107. Emery S, Charra F, Ribes O, Vernardet S, Lefort I, Marc J. Expérience d'un centre hospitalier général sur la mise en place d'un processus complet de conciliation médicamenteuse : quels résultats ? Quelles difficultés ? *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. mars 2017;52(1):e5.
108. Cortejoso L, Dietz R, Hofmann G, Gosch M, Sattler A. Impact of pharmacist interventions in older patients: a prospective study in a tertiary hospital in Germany. *Clin Interv Aging*. 26 sept 2016;11:1343-50.
109. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. 2016-995 juill 20, 2016.
110. Zemaitis CT, Morris G, Cabie M, Abdelghany O, Lee L. Reducing Readmission at an Academic Medical Center: Results of a Pharmacy-Facilitated Discharge Counseling and Medication Reconciliation Program., Reducing Readmission at an Academic Medical Center: Results of a Pharmacy-Facilitated Discharge Counseling and Medication Reconciliation Program. *Hosp Pharm*. juin 2016;51, 51(6, 6):468, 468-73.
111. Boockvar KS, Carlson LaCorte H, Giambanco V, Fridman B, Siu A. Medication reconciliation for reducing drug-discrepancy adverse events. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*. 1 sept 2006;4(3):236-43.
112. 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. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. 1 sept 2017;52(3):306-9.
113. Guimaraes R, Metzger S, Descles V, Derippe T, Dacosta-Noble E, Greder-Belan A, et al. La conciliation médicamenteuse dans le parcours de soins du patient : mise en place de la conciliation de sortie au centre hospitalier de Versailles. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. 1 déc 2017;52(4):379-80.
114. Sjölander M, Lindholm L, Pfister B, Jonsson J, Schneede J, Lövheim H, et al. Impact of clinical pharmacist engagement in ward teams on the number of drug-related readmissions among Swedish older patients with dementia or cognitive impairment: An economic evaluation. *Res Social Adm Pharm*. 16 mai 2018;
115. Fiche 6 – Administration des médicaments à risque HAS [Internet]. [cité 1 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/guide/SITE/documents/Guide.pdf>
116. Doerper S, Godet J, Alexandra JF, Allenet B, Andres E, Bedouch P, et al. Development and multi-centre evaluation of a method for assessing the severity of potential harm of medication reconciliation errors at hospital admission in elderly. *European Journal of Internal Medicine*. sept 2015;26(7):491-7.
117. Ladaique A. Conciliation médicamenteuse proactive et rétroactive dans un service chirurgical : méthodologie, formation de l'équipe pharmaceutique et premiers résultats. 29 sept 2017;192.
118. HAS. Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français. Septembre 2015
119. Parmier M, Gourieux B, Krummel T, Bazin-Kara D, Dory A, Hannedouche T. Évaluation d'interventions éducatives auprès du patient dialysé. *Néphrologie & Thérapeutique*. déc 2016;12(7):516-24.
120. 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. *La Revue de Médecine Interne*. 1 juin 2018;39(6):393-9.

121. Comment le GIR est-il déterminé ? | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 29 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa/comment-le-gir-est-il-determine>

122. Cochrane RA, Mandal AR, Ledger-Scott M, Walker R. Changes in drug treatment after discharge from hospital in geriatric patients. *BMJ*. 19 sept 1992;305(6855):694-6.

123. Monnier G, Charpiat B, Serratrice F, Bossaert S, Fourcade N, Ducerf C. Evaluation de l'apport d'une consultation de pharmacie sur les connaissances des patients transplantés hépatiques. *Thérapie*. juill 2003;58(4):305-11.

124. Simonet et al, Amélioration de la connaissance de son traitement par le patient à la sortie de l'hôpital [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 2 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-42/30802>

125. Donihi AC, Yang E, Mark SM, Sirio CA, Weber RJ. Scheduling of Pharmacist-Provided Medication Education for Hospitalized Patients. *Hosp Pharm*. 1 févr 2008;43(2):121-6.

126. 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.

Annexes

Annexe 1	Présentation de la conciliation médicamenteuse aux officinaux.....	95
Annexe 2	Fiche de conciliation inspirée de la HAS.....	100
Annexe 3	Questionnaire d’entretien de conciliation.....	102
Annexe 4	Questionnaire aux officinaux.....	103
Annexe 5	Compte rendu de conciliation	106
Annexe 6	Cartes AIPAT du CH de Cannes (68).....	108
Annexe 7	Questionnaire d’entretien téléphonique	115
Annexe 8	Dictionnaire de l’erreur médicamenteuse selon la SFPC.....	116
Annexe 9	Plan de Prise Personnalisé.....	118

Annexe 1 - Présentation de la conciliation médicamenteuse aux officinaux



KESACO

Définition HAS 2015 :

La conciliation des traitements médicamenteux

Est un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient

La conciliation médicamenteuse au CH de Salon de Provence

Dans le but d'une coordination Ville Hôpital

Associe le patient

- Repose sur le partage d'informations
- sur une coordination multi-professionnelle

Préviend ou corrige les erreurs médicamenteuses

Favorise 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.

18 janvier 2017
Chaix Fanny
Interne en pharmacie
CH Salon de Provence



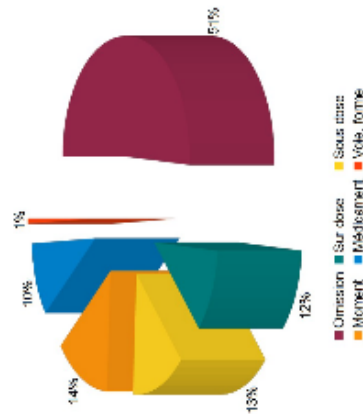
Pourquoi pratiquer la conciliation médicamenteuse ?

- Le médicament = 2ème cause d'évènements indésirables graves (EIG) évitables liés aux soins
- Parmi les EIG liés aux médicaments :
 - 51,2 % sont considérées comme évitables
 - 54,5 % ont motivé une hospitalisation
- Les erreurs médicamenteuses :
 - surviennent aux étapes de transition
 - sont dues à des défauts de transmission d'informations



Nature de l'erreur médicamenteuse

N = 7 828 EM



La conciliation médicamenteuse en pratique (DPC en collaboration avec la SFPC)
Anne-Chaïote Desbours, Armelle Demazy, Géraldine Leguainhel
Colloque Français de pharmacologie hospitalière, 2017

Expérimentation MedEpic
données 2010-2014 CH de Luyéville
S. DOERPER 2016

Synthèse des données de l'expérimentation Med'Rec

Erreurs médicamenteuses (EM)
et Divergences non documentées intentionnelles (DNDI)
recueillies par 8 établissements

Rapport d'expérimentation Med'Rec France – HAS 2015

Document communiqué par le service des relations publiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) le 20/05/2015

Implication de détail de conciliation

Année	Patients			Divergences non documentées intentionnelles			Erreurs médicamenteuses			Divergences non documentées intentionnelles		
	Alphabets	compétifs	%	EM	EM/pointeur	M/76	EM	EM/pointeur	M/76	EM/pointeur	M/76	
2010	15 018	2 668	17,8%	3 12	3,12	0,4	280	280	1,0	1,6		
2011	31 315	7 537	24,1%	1 625	1,625	0,7	4 443	4 443	0,3	0,3		
2012	55 830	4 152	7,4%	5 850	5,850	0,3	3 016	3 016	0,3	0,3		
2013	59 175	5 417	9,2%	5 870	5,870	0,3	2 258	2 258	0,3	0,3		
2014	40 674	3 585	8,8%	3 114	3,114	0,2	2 720	2 720	3,0	3,0		
TOTAL	148 104	22 865	15,5%	22 520	22 520	0,2	22 720	22 720	3,0	3,0		

1. Les établissements participants au CIL de Bordeaux, CIL de Compiègne Nogent, CIL de Lorraine, Clinique des Cordeliers, Rouelle, CHU de Montpellier, CHU de Bordeaux, CHU de Strasbourg, Hôpital de Valenciennes, Hôpital de Lille, Hôpital de Valenciennes, Hôpital de Valenciennes.

- Les 8 établissements ont été évalués par le CHU de Bordeaux, CHU de Compiègne Nogent, CHU de Lorraine, Clinique des Cordeliers, Rouelle, CHU de Montpellier, CHU de Strasbourg, Hôpital de Valenciennes, Hôpital de Lille, Hôpital de Valenciennes.
- Les données de CHU de Compiègne Nogent n'ont pas été prises en compte.
- Les données de CHU de Lorraine n'ont pas été prises en compte.
- Les données de CHU de Strasbourg n'ont pas été prises en compte.
- Les données de CHU de Valenciennes n'ont pas été prises en compte.
- Les données de CHU de Valenciennes n'ont pas été prises en compte.
- Les données de CHU de Valenciennes n'ont pas été prises en compte.
- Les données de CHU de Valenciennes n'ont pas été prises en compte.



Impact de la conciliation médicamenteuse données internationales

B. JACK – Programme RED ReEngineered hospital Discharge
janvier 2006 à octobre 2007 – 700 patients [16] : âge
diminution de 30,5% du recours à l'hospitalisation à 30 jours de la sortie (p<0,01)
diminution des coûts directs de 412\$ (34%)
Programme multimodal

S. LEGRAIN – Intervention OIMAGE Optimisation of Medication in AGEd
avril 2007 à octobre 2008 – 665 patients - âge moyen 86 ans
diminution de 30,5% du recours à l'hospitalisation à 90 jours de la sortie (p<0,1)
diminution des coûts directs de 512€
Programme multimodal

A. PHATAK – Etude IPITCH Impact of Pharmacist Involvement in the Transitional Care of High-Ris Patients
novembre 2012 à juin 2013 – 341 patients - âge moyen 55 ans
diminution de 36% du recours à l'hospitalisation à 30 jours de la sortie (p<0,001)
Programme multimodal

E. DUFAY – Programme Med'Rec Medication Reconciliation des High 5s
mai 2010 à avril 2011 – 382 patients âge > 65 ans
diminution de 29,3% du recours à l'hospitalisation à 30 jours de la sortie (NS)
S. DOERPER 2016



Pourquoi pratiquer la conciliation médicamenteuse ?

Les données de la conciliation médicamenteuse sont essentielles pour la prise en charge des patients. Elles permettent d'identifier les erreurs médicamenteuses et de les prévenir. La conciliation médicamenteuse est une pratique qui consiste à vérifier la pertinence des médicaments prescrits et à les adapter en fonction des besoins du patient. Elle est réalisée par les pharmaciens et les médecins. Elle est essentielle pour la sécurité des patients et pour la qualité des soins.

Vidéo présentation conciliation lien ville hôpital et messagerie se
https://www.youtube.com/watch?v=vYECxe05_XY

Service pilote

- Équipe pluridisciplinaire (pharmaciens/médecins/IDE)
- Service pilote => Médecine gastro-entérologie 28 lits
- Conciliations médicamenteuses
 - À l'admission
 - À la sortie
 - Lien vers la ville => partage de l'information
 - Cadre juridique et CAQES (Contrat d'amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins)

9

1) Recherche des médicaments pris par le patient : Quelles sources d'information ?

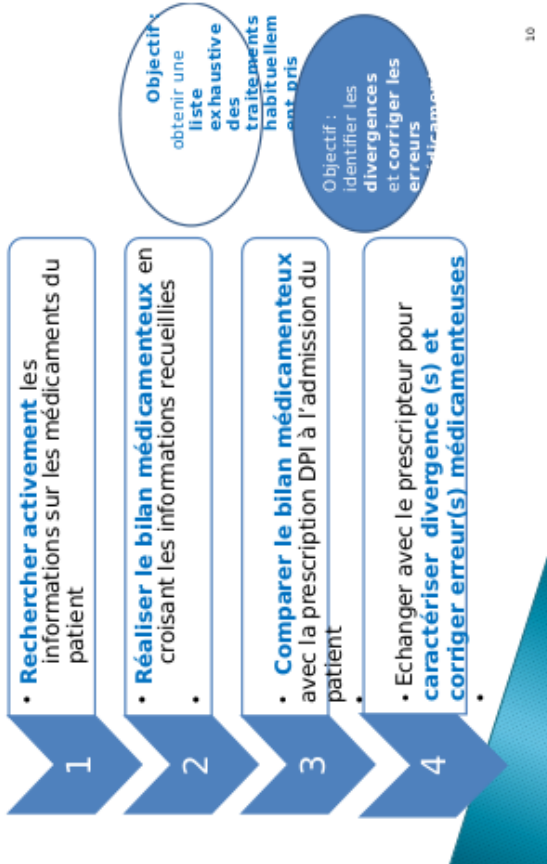
Médecins (généralistes, spécialistes)	Pharmacies d'officine	Entretien avec le patient et/ou la famille	Bases de données dématérialisées
<ul style="list-style-type: none"> • Ordonnances (récentes) • Courriers • Compte-rendu 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordonnances numérisées • Historique de dispensation (Dossier Pharmaceutique) • Automédication 	<ul style="list-style-type: none"> • Entretien direct ou avec l'entourage • Traitements personnels apportés • IDE libérale 	<ul style="list-style-type: none"> • Dossier Pharmaceutique • Dossier Patient Informatisé

Combien ?

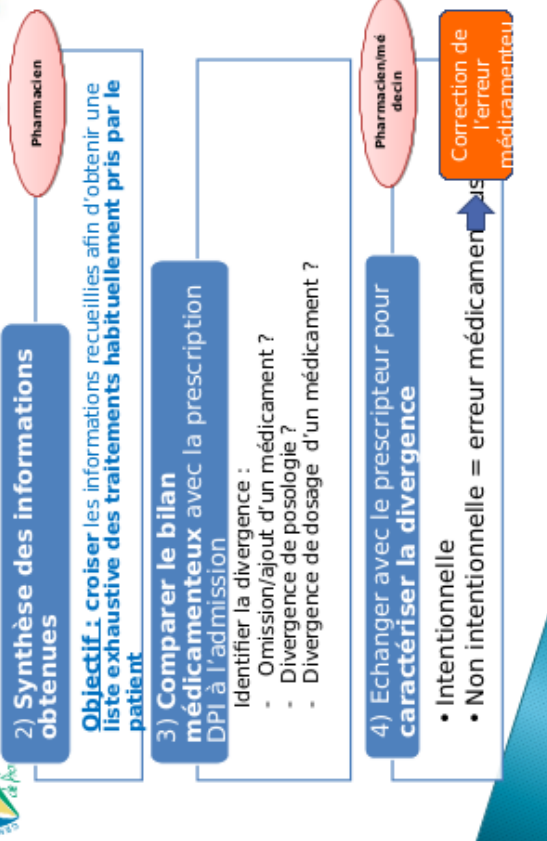
Croiser au moins 3 sources d'informations

Pharmacien/IDE

Différentes étapes



10





Ciblage des patients à concilier en priorité



Âge > 65 ans

 Urgence →
 Mode d'entrée : les Urgences

Critères médicaux :

- Polypathologie
- Polymédication

13



Fiche de liaison Ville-Hôpital

Conciliation de sortie

Fiche de liaison Ville-Hôpital

Numéro de la fiche	Titulaire de la fiche	Date de saisie	Centre Hospitalier	Centre Pharmacia	Pharmacia

Nom, Prénom : _____
 Adresse : _____
 Téléphone : _____
 Signature : _____



Conciliation de sortie

Entretien pharmaceutique de sortie :

- Information et conseils au patient
- **Plan de prise des médicaments**
- **Remise du traitement personnel ??**

Repérer les médicaments de rétrocession

Transmission des informations au pharmacien référent d'officine => coordination Ville-Hôpital

Ex : si traitement particulier (ATB IV)



Conciliation de sorti

- Comparer le bilan médicamenteux/ordonnance de sortie

• Repérer :

- ajout/arrêt de médicaments
- modification de posologie

Détecter les divergences et leurs raisons

14

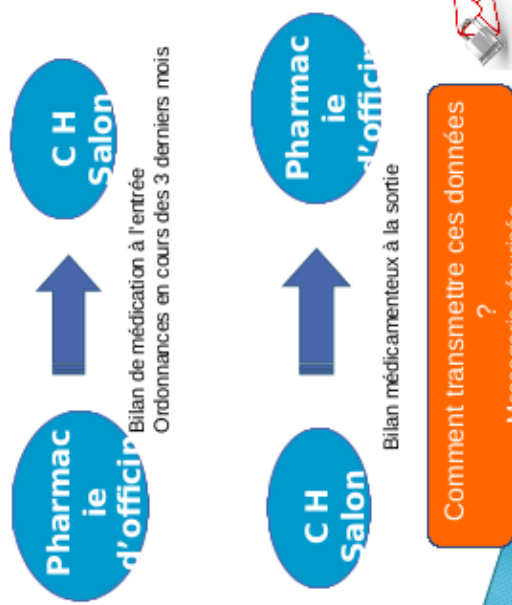


En résumé :



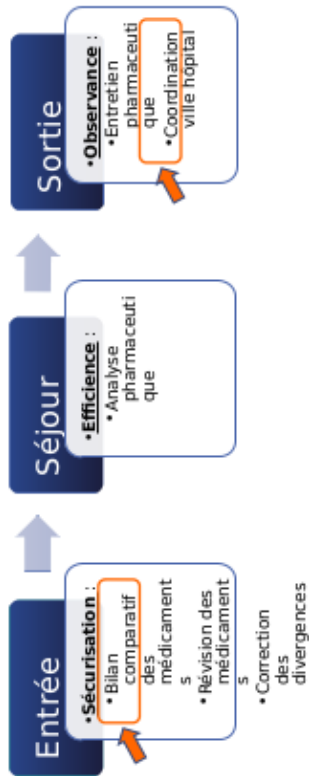
17

Coordination ville hôpital...



19

En résumé :



18

Merci de votre attention



20

Annexe 2 - Fiche de conciliation médicamenteuse

		Fiche de conciliation des traitements		PHA/OPC/MED/EN/ Version 1 Page 1 sur 1
<p>Nom : _____</p> <p>Date de naissance : _____</p> <p>Nom du service : _____</p> <p>Date d'admission : _____</p> <p>Téléphone patient ou famille :</p> <p>Présence famille : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Patient apte à comprendre son ttt : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Comment est géré votre traitement à domicile ?</p> <p><input type="checkbox"/> Le patient lui-même <input type="checkbox"/> Sa famille (femme, fille)</p> <p><input type="checkbox"/> IDE à domicile <input type="checkbox"/> autre : précisez</p> <p>Pilulier : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p>Prénom : _____</p> <p>IEP : _____</p> <p>N° de chambre : _____</p> <p>Médecin traitant :</p> <p>Pharmacien d'officine : _____</p> <p>IDE à domicile : _____</p> <p>Dossier pharmaceutique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Observance (Girerd) :</p> <p>Compréhension modifications à la sortie : _____</p>	<p>Allergies : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Phytothérapies : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Automédication : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Crèmes/pommades : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Collyres : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Injections : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Patchs : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Nom pharmacien :</p> <p><u>Temps pharmacien (min) :</u></p> <p>Entrée : • Entretien patient</p> <p>Sortie : • Entretien patient</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conciliation • Conciliation 		
<p>Motif d'hospitalisation : _____</p> <p>ATCD : _____</p>				
<p>Conciliation entrée faite le : _____</p> <p>Processus de conciliation : <input type="checkbox"/> Proactif <input type="checkbox"/> Rétroactif</p>				
Bilan médicamenteux		Divergence		
Nom/dosage/forme	Posologie	Connaissance du traitement		Caractérisation de la divergence et décision médicale si appel
		Nom	Ind*	
1-		1-	Posologie	Ordonnance de sortie : re prescription correcte du bilan médicamenteux
2-		2-		
3-		3-		
4-		4-		
5-		5-		
6-		6-		
7-		7-		
8-		8-		

Annexe 3 - Questionnaire d'entretien au patient

Étiquette patient		Questionnaire entretien patient :	
		temps pharmacien : min	
Présence famille :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Patient apte à comprendre son traitement :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non, informations données à <input type="checkbox"/> conjoint <input type="checkbox"/> famille <input type="checkbox"/> IDE à domicile		
		Téléphone patient ou famille :	
Qui gère vos traitements à la maison ?	<input type="checkbox"/> patient lui-même <input type="checkbox"/> conjoint	<input type="checkbox"/> famille	<input type="checkbox"/> IDE à domicile
Utilisez-vous un pilulier ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Allez-vous tout le temps dans la même pharmacie de ville ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nom et téléphone officine :	
1^{ère} partie : évaluation de la connaissance du traitement d'entrée : support carte AIPAT			
Date : / /2018			
Que pouvez-vous me dire sur vos médicaments ?			
1) Pouvez-vous me citer le nom de vos médicaments ?	le patient connaît le nom de ses médicaments	nb médicament total	nb médicament connus
2) A quoi sert chaque médicament ?	le patient connaît le rôle de chaque médicament		
S'il y a un médicament identifié à risque ((AVK/AOD/insuline/ADO/morphiniques...))		nom du médicament :	
- les signes de surdosages, de sous dosages et les précautions particulières sont connues	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	nb médicament total	nb médicament connus
- les modalités d'administration sont connues	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
3) Avez-vous des questions concernant votre traitement ?			
2^{ème} partie : évaluation de l'observance (questionnaire de Girerd)			
Ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicament ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Vous arrive-t'il :			
de tomber en panne de médicaments ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	5 NON : Bon Observant	
de prendre votre traitement avec du retard par rapport à l'heure habituelle ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	12 OUI : Non Observant Mineur	
de ne pas le prendre car certains jours votre mémoire faisait défaut ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	≥ 3 OUI : Non Observant	
de ne pas le prendre certains jours pensant qu'ils font plus de mal que de bien ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Avez-vous trop de comprimés à prendre ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Résultat : <input type="checkbox"/> bon observant, <input type="checkbox"/> non observant mineur, <input type="checkbox"/> non observant			
3^{ème} partie : entretien de sortie d'hospitalisation (à remplir en sortie d'hospitalisation) :			
Date : / /2018			
1) Compréhension des traitements modifiés			
1) Qu'est-ce que le médecin vous a dit concernant votre traitement ?			
le patient a été informé des modifications de son traitement lors de son hospitalisation	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
2) Si oui, Pouvez-vous me dire quel(s) traitement(s) vous a-t-on modifié ?			
le patient sait quel traitement a été modifié	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
3) Lequel(s) ?			
le patient a connaissance du nom du médicament modifié	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
4) Savez-vous pourquoi ?			
le patient a connaissance de la raison de cette(es) modification(s) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui mais mauvaise réponse donnée		
Médicament 1 :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui mais mauvaise réponse donnée		
Médicament 2 :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui mais mauvaise réponse donnée		
<i>Expliquer les raisons concernant ses modifications du traitement et lui remettre les 3 exemplaires du compte rendu de conciliation</i>			
2) Évaluation de la connaissance avec le plan de prise (support carte AIPAT)			
		temps pharmacien : min	
Que pouvez-vous me dire sur vos médicaments ?			
1) Pouvez-vous me citer le nom de vos médicaments ?	le patient connaît le nom de ses médicaments	nb médicament total	nb médicament connus
2) A quoi sert chaque médicament ?	le patient connaît le rôle de chaque médicament		
S'il y a un médicament identifié à risque ((AVK/AOD/insuline/ADO/morphiniques...))		nom du médicament :	
- les signes de surdosages, de sous dosages et les précautions particulières sont connues	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	nb médicament total	nb médicament connus
- les modalités d'administration sont connues	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
3) Avez-vous des questions concernant votre traitement ?			

Annexe 4 - Questionnaire aux officinaux

18 janvier 2017

État des lieux- Coordination Ville -Hôpital

1) Avez-vous rencontré des difficultés lors de la dispensation d'ordonnances venant de l'hôpital sur :

- les médicaments
- les dispositifs médicaux
- autres

Remarques :

.....
.....
.....

2) Avez-vous déjà eu des prescriptions de pansements que vous n'aviez pas en stock ?

- oui non

Si oui, avez eu à faire une équivalence ?

- oui non

3) Êtes-vous en mesure d'installer un système de perfusion à domicile ?

- oui non

Remarques :

.....
.....
.....

4) Selon vous, la plupart de vos patients sont :

- de passage
- habituels

5) Savez-vous quand un de vos patients est hospitalisé ?

- toujours
- souvent
- parfois
- jamais

Remarques :

.....
.....
.....

Annexe 4 (suite)

6) Avez-vous été confrontés à une prescription non conforme venant de l'hôpital (problème signature, problème date, lisibilité, identification du prescripteur, erreur de posologie, de médicament)

oui non

Si oui,

- toujours
- souvent
- peu
- rarement

Remarques :

.....
.....
.....

7) Connaissez-vous le bilan de médication ?

oui non

8) En avez-vous déjà réalisé ?

oui non

si non, pourquoi ?

.....
.....
.....

9) Allez-vous en réaliser ?

oui non

si non, pourquoi ?

.....
.....
.....

10) Seriez-vous prêt à le transmettre à l'hôpital dans le cadre d'une hospitalisation programmée ?

oui non

Remarques :

.....
.....
.....

11) Alimentez-vous le DP ?

oui non

Annexe 4 (suite)

si non, pourquoi ?

.....
.....

12) Êtes-vous confrontés aux demandes de médicament de rétrocession ?

oui non

Remarques :

.....
.....
.....

13) Avez-vous une adresse de messagerie sécurisée ?

oui non

Sinon, souhaiteriez-vous en créer une ?

oui non

14) Quels types d'informations souhaiteriez-vous recevoir par cette messagerie ?

informations concernant une rupture

informations concernant une sortie d'hospitalisation d'un patient et de ses modifications de traitement lors de son hospitalisation

la raison de changement de traitement du patient

Le plan de soins du patient

fiche médicament et conseils de bon usage

Information sur les médicaments de rétrocession qui sortiront en ville prochainement

autre

Remarques :

.....
.....
.....

15) Selon vous, y va-t-il un intérêt à recevoir l'ordonnance du patient avant son arrivée dans votre officine ?

oui non

16) Avez-vous des suggestions/propositions/remarques pour favoriser le lien ville-hôpital :

.....
.....
.....
.....
.....

Nous vous remercions de votre collaboration.

Annexe 5 - Compte rendu de conciliation



Service de Pharmacie et Stérilisation Centrale

Dr Michèle LARUE-SCHMITT
Praticien Hospitalier Responsable d'Unité

PRATICIENS HOSPITALIERS

Dr Véronique PASQUIER
Dr Michèle MAESTRACCI
Dr Aude COUPUT-MAGDELAINE
Dr Mireille NATAF

ASSISTANT SPECIALISTE

Dr Ibtissem KERRAD

POLE PLATEAU TECHNIQUE
Chef de pôle : Dr M. MAESTRACCI

207, Avenue Julien Fabre
B.P 321 - 13658 Salon-de-Provence

Secrétariat : 04-90-44-93-65 Télécopie : 04-90-44-98-28
Email : pharmacien@ch-salon.mssante.fr
Secrétariat Stérilisation : 04-90-44-93-81

Salon, le XX/XX/2018,

Cher confrère, chère consœur,

Votre patient Mme **X**, né(e) le XX/XX/XXX, a été hospitalisé(e) au CH de Salon de Provence. Sa prise en charge médicamenteuse a été modifiée suite à son hospitalisation.

Médecin traitant : Dr M.
Pharmacie d'officine référente : Pha
Motif de l'hospitalisation : vomissen

Voici ci-dessous les modifications effectuées entre son traitement d'entrée et celui de sortie.

Traitement à l'entrée :

- 1) FUROSEMIDE 40mg : 1- 0.5 - 0
- 2) DIFFU K : 1-0-0

- 4) AMIODARONE 200mg : 1-0-0 du lundi au vendredi
- 5) GLICLAZIDE 30mg LM : 1-0-0
- 6) EUPANTOL 20mg : 0-0-1
- 7) ELIQUIS 2.5mg : 1-0-1
- 8) DOLIPRANE 1g : 3fois par jour si besoin
- 9) BISOPROLOL 1.25mg : 0-0-1
- 10) L THYROXIN 125microgrammes : 1-0-0
- 11) L THYROXIN 25microgrammes : 0.5-0-0
- 12) UVEDOSE 100 000UI : 1ampoule/3mois
- 13) AZOPT : 1gtte le soir
- 14) BILASKA 20mg : 0-0-1

Annexe 5 – Suite

Traitement de sortie :

- 1) FUROSEMIDE 40mg : 1- 0.5 - 0
- 2) FORADIL 12microgrammes : 1-0-1
- 3) AMIODARONE 200mg : 1-0-0 du lundi au vendredi
- 4) GLICLAZIDE 30mg LM : 1-0-0
- 5) EUPANTOL 20mg : 0-0-1
- 6) ELIQUIS 2.5mg : 1-0-1
- 7) BISOPROLOL 1.25mg : 0-0-1
- 8) BILASKA 20mg : 0-0-1
- 9) DOLIPRANE 1g : 3fois par jour si besoin
- 10) AZOPT : 1gtte le soir

Traitements modifiés :

réaliser la semaine prochaine

- 12) L THYROXIN 125microgrammes : 1-0-0

élevée, TSH à doser dans 1mois

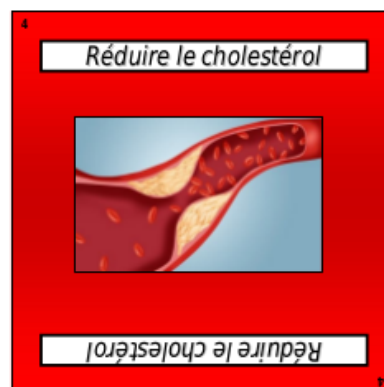
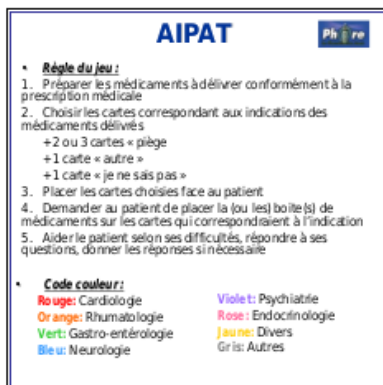
Traitements ajoutés :

- 14) CEFTRIAXONE 1g : 1g le matin en SC par IDE domicile pendant 2jours => antibiothérapie instauré à l'hôpital sur fièvre

Bien confraternellement,

Interne en Pharmacie

Annexe 6 - Cartes AIPAT du CH de Cannes (68)



5

Lutter contre la douleur

Lutter contre la douleur

3

8

Lutter contre l'inflammation

Lutter contre l'inflammation

8

6

Lutter contre la goutte

Lutter contre la goutte

6

9

Protéger l'estomac

Protéger l'estomac

9

7

Lutter contre l'ostéoporose

Lutter contre l'ostéoporose

7

10

Lutter contre la constipation

Lutter contre la constipation

10

11

Lutter contre la diarrhée



Lutter contre la diarrhée

11

14

Traiter la migraine



Traiter la migraine

14

12

Lutter contre les nausées et vomissements



Lutter contre les nausées et vomissements

12

15

Lutter contre les troubles parkisoniens



Lutter contre les troubles parkisoniens

15

13

Traiter l'épilepsie

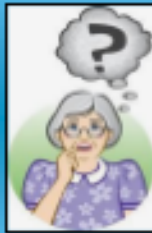


Traiter l'épilepsie

13

16

Lutter contre la maladie d'Alzheimer



Lutter contre la maladie d'Alzheimer

16

17

Lutter contre la dépression



Lutter contre la dépression

17

20

Traiter le diabète



Traiter le diabète

20

18

Lutter contre l'anxiété

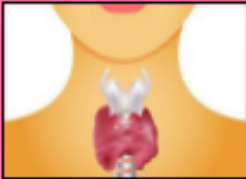


Lutter contre l'anxiété

18

21

Corriger les troubles de la thyroïde



Corriger les troubles de la thyroïde

21

19

Aider à dormir



Aider à dormir

19

22

Traiter les troubles de la prostate




Traiter les troubles de la prostate

22

23

Combattre le cancer



Combattre le cancer

23

25

Lutter contre les allergies



Lutter contre les allergies

25

24

Lutter contre les infections



Lutter contre les infections

24

27

Traiter le glaucome



Traiter le glaucome

27

25

Améliorer les troubles respiratoires




Améliorer les troubles respiratoires

25

28

Autre



Autre

28

AIPAT

Accompagner et Informer le **PAT**ient
Chronique sur sa prise en charge
Médicamenteuse tout au long de son
Parcours de Soins



AIPAT

Accompagner et Informer le **PAT**ient
Chronique sur sa prise en charge
Médicamenteuse tout au long de son
Parcours de Soins



AIPAT

Accompagner et Informer le **PAT**ient
Chronique sur sa prise en charge
Médicamenteuse tout au long de son
Parcours de Soins



AIPAT

Accompagner et Informer le **PAT**ient
Chronique sur sa prise en charge
Médicamenteuse tout au long de son
Parcours de Soins



AIPAT

Accompagner et Informer le **PAT**ient
Chronique sur sa prise en charge
Médicamenteuse tout au long de son
Parcours de Soins



AIPAT

Accompagner et Informer le **PAT**ient
Chronique sur sa prise en charge
Médicamenteuse tout au long de son
Parcours de Soins



AIPAT

ACCOMPAGNER ET INFORMER LE PATIENT
CHRONIQUE SUR SA PRISE EN CHARGE
MÉDICAMENTEUSE TOUT AU LONG DE SON
PARCOURS DE SOIN



AIPAT

ACCOMPAGNER ET INFORMER LE PATIENT
CHRONIQUE SUR SA PRISE EN CHARGE
MÉDICAMENTEUSE TOUT AU LONG DE SON
PARCOURS DE SOIN



AIPAT

ACCOMPAGNER ET INFORMER LE PATIENT
CHRONIQUE SUR SA PRISE EN CHARGE
MÉDICAMENTEUSE TOUT AU LONG DE SON
PARCOURS DE SOIN



• **Éches:**

- | | |
|---|--|
| 1. Réguler le rythme cardiaque | 16. Lutter contre la maladie d'Alzheimer |
| 2. Fluidifier le sang | 17. Lutter contre la dépression |
| 3. Réduire le cholestérol | 18. Lutter contre l'ostéoporose |
| 4. Lutter contre la douleur | 19. Aider à dormir |
| 5. Lutter contre la goutte | 20. Traiter le diabète |
| 6. Lutter contre l'ostéoporose | 21. Corriger les troubles de la thyroïde |
| 7. Lutter contre l'inflammation | 22. Traiter les troubles de la prostate |
| 8. Protéger l'estomac | 23. Combattre le cancer |
| 9. Lutter contre la constipation | 24. Lutter contre les infections |
| 10. Lutter contre la diarrhée | 25. Améliorer les troubles respiratoires |
| 11. Lutter contre les nausées et vomissements | 26. Lutter contre les allergies |
| 12. Traiter l'épilepsie | 27. Traiter le glaucome |
| 13. Traiter la migraine | 28. Autre |
| 14. Lutter contre les troubles parkinsoniens | 29. Je ne sais pas |

AIPAT

ACCOMPAGNER ET INFORMER LE PATIENT
CHRONIQUE SUR SA PRISE EN CHARGE
MÉDICAMENTEUSE TOUT AU LONG DE SON
PARCOURS DE SOIN



AIPAT

ACCOMPAGNER ET INFORMER LE PATIENT
CHRONIQUE SUR SA PRISE EN CHARGE
MÉDICAMENTEUSE TOUT AU LONG DE SON
PARCOURS DE SOIN



Annexe 7 - Questionnaire d'entretien téléphonique

Questionnaire d'entretien téléphonique à distance de l'hospitalisation :

Date : / /2018

temps pharmacien : min

Patient : .../..

1ère partie : évaluation de la connaissance du traitement :

Date : / /2018

Pouvez-vous me dire ce que vous prenez comme médicaments et pourquoi ?

1) Pouvez-vous me citer le nom de vos médicaments ?

le patient connaît le nom de ses médicaments

nb médic total	nb médic connus

2) A quoi sert chaque médicament ?

le patient connaît le rôle de chaque médicament

nb médic total	nb médic connus

S'il y a un médicament identifié à risque ((AVK/AOD/insuline/ADO/morphiniques...))

nom du médicament :

nb médic total	nb médic connus

- les signes de surdosages, de sous dosages et les précautions particulières sont connues

oui non

- les modalités d'administration sont connues

oui non

3) Avez-vous jugé utile le plan de prise délivré ?

oui non

4) Avez-vous donné le compte rendu de conciliation au médecin ?

oui non

au pharmacien ?

oui non

sinon pourquoi ?

2ème partie : évaluation de l'observance (questionnaire de Girerd)

Ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicament ?

oui non

Vous arrive t'il :

de tomber en panne de médicaments ?

oui non

de prendre votre traitement avec du retard par rapport à l'heure habituelle ?

oui non

de ne pas le prendre car certains jours votre mémoire faisait défaut ?

oui non

de ne pas le prendre certains jours pensant qu'ils font plus de mal que de bien ?

oui non

Avez-vous trop de comprimés à prendre ?

oui non

5 NON : Bon Observant

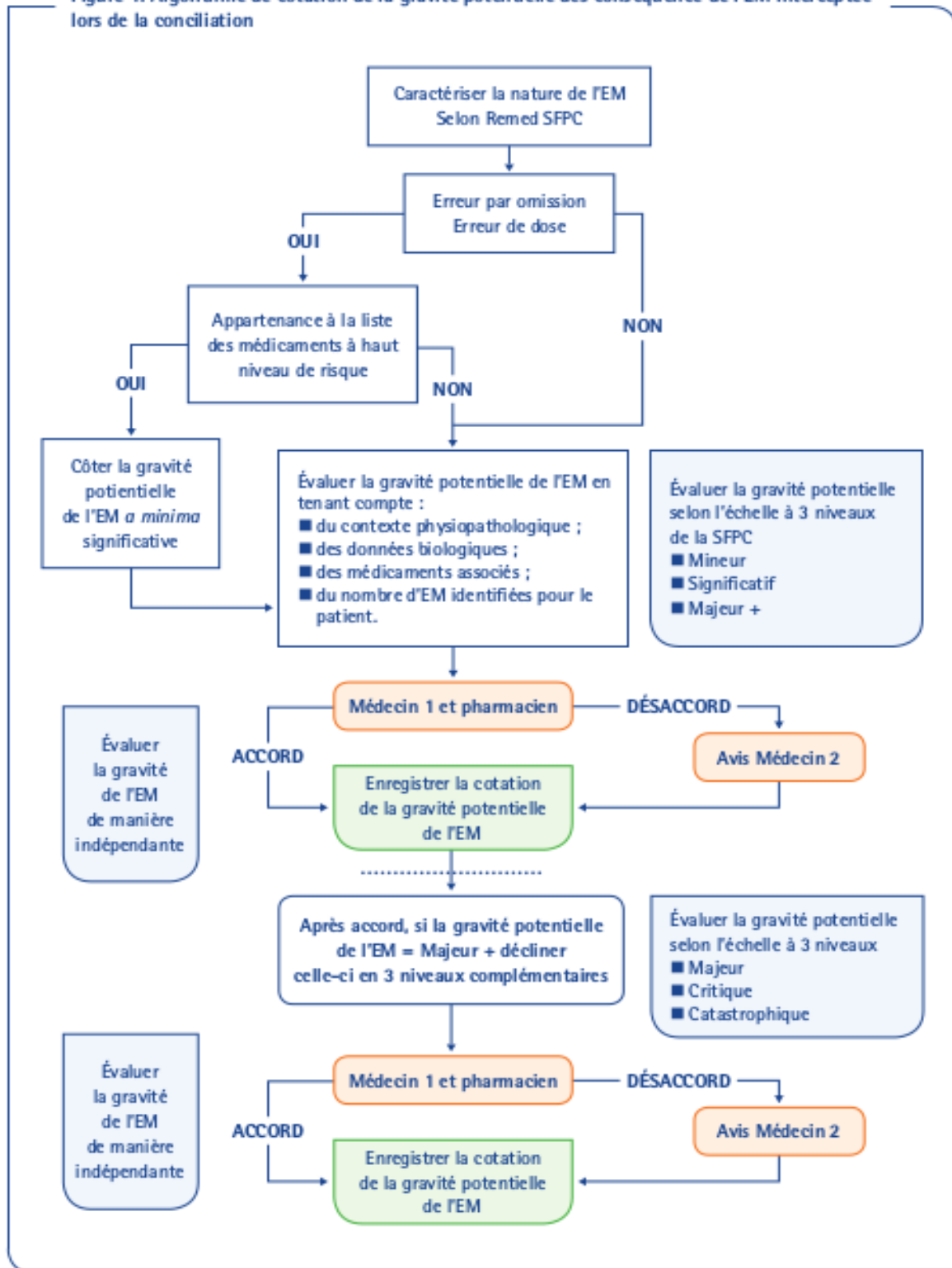
12 OUI : Non Observant Mineur

≥ 3 OUI : Non Observant

Résultat : bon observant, non observant mineur, non observant

Annexe 8 – Algorithme de cotation de la gravité potentielle de l’erreur médicamenteuse de la SFPC et la HAS (94)

Figure 1. Algorithme de cotation de la gravité potentielle des conséquence de l’EM interceptée lors de la conciliation



Annexe 8 – Suite

Figure 3. Médicaments considérés comme à haut niveau de risque et dans 2 situations : les erreurs par omission et les erreurs de dose dans le cadre d'une démarche de conciliation des traitements médicamenteux

Erreur par omission

- Antiagrégants plaquettaires.
- Antibiotiques en traitement de longue durée.
- Antiépileptiques.
- Antituberculeux.
- Antivitamines K.
- Béta-bloquants dans IC et post-IDM.
- Digitaliques.
- Héparines.
- Immunosuppresseurs, inhibiteurs de la calcineurine.
- Insulines.
- Quinidiniques.

Erreur de dose

- Antinéoplasiques per os.
- Antiagrégants plaquettaires.
- Antibiotiques en traitement de longue durée.
- Antiépileptiques.
- Antinéoplasiques per os.
- Antirétroviraux.
- Antituberculeux.
- Antivitamines K.
- Béta-bloquants dans l'Insuffisance cardiaque et post-Infarctus du myocarde.
- Biguanides.
- Digitaliques.
- Héparines.
- Immunosuppresseurs, inhibiteurs de la calcineurine.
- Insulines.
- Opioïdes morphiniques.
- Potassium per os.
- Quinidiniques.
- Sulfamides hypoglycémiants et glinides.

Annexe 9 - Plan de Prise Personnalisé



MES MÉDICAMENTS : à quoi ils servent et quand les prendre

A quoi ça sert ?	Médicament (NOM et générique)	Heures des prises								
		Lever	Petit déjeuner	Matinée	Midi	Après-midi	Dîner	Coucher		
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										

CECI N'EST PAS UNE PRESCRIPTION

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence de mes maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

- D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.***
- D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.***
- De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.***
- En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.***

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

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