



HAL
open science

La conciliation médicamenteuse : perception du pharmacien d'officine en France et au Québec

Julien Bouvier

► **To cite this version:**

Julien Bouvier. La conciliation médicamenteuse : perception du pharmacien d'officine en France et au Québec. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03077695

HAL Id: dumas-03077695

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03077695>

Submitted on 16 Dec 2020

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.

THÈSE POUR L'OBTENTION DU

DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Le 10 Décembre 2020 à Bordeaux (33)

Par **Julien BOUVIER**

Né le 10 novembre 1995 à Nîmes (30)

**LA CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE :
PERCEPTION DU PHARMACIEN D'OFFICINE EN FRANCE
ET AU QUÉBEC**

Sous la direction du

Docteur Anne COLOMBE

Jury :

Mme le Professeur Marine AULOIS-GRIOT	Président
Mme le Docteur Anne COLOMBE	Directeur
Mr le Docteur Jean-François CLAVE	Membre
Mr le Docteur Jean-Paul LASSERRE	Membre

REMERCIEMENTS

A Mme le Professeur Marine AULOIS-GRIOT,

Professeur de Droit et Économie Pharmaceutique à l'UFR de Pharmacie de l'Université de Bordeaux,

Je vous remercie d'avoir accepté de présider mon jury de thèse, veuillez trouver ici mes remerciements les plus sincères.

A Mr le Docteur Jean-Paul LASSERRE,

Maître de conférence à l'UFR de Pharmacie de l'Université de Bordeaux,

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez témoigné à l'égard de ce travail et d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Je vous remercie aussi pour ces quelques parties sportives, professeurs contre étudiants, durant ces années universitaires.

A Mr le Docteur Jean-François CLAVE,

Pharmacien Titulaire d'Officine et Maître de stage,

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez témoigné à l'égard de ce travail et d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Je vous remercie également de m'avoir accueilli en tant qu'étudiant, stagiaire et jeune diplômé dans votre officine où j'ai pu apprendre énormément.

A Mme le Docteur Anne COLOMBE,

Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier Charles Perrens,

Je te remercie grandement d'avoir dirigé ce travail. Merci pour ta patience, tes conseils, ton temps et tes encouragements. Merci de m'avoir rassuré quand je doutais. Ce fut un réel plaisir d'échanger avec toi et je suis content d'être le premier que tu aies dirigé et tu l'as fait à merveille.

A Mme le Docteur Emmanuelle Queuille et Mme le Docteur Anne Laure Debruyne,

Je vous remercie pour vos relectures et conseils qui m'ont beaucoup aidé dans la réalisation de cette thèse.

Aux Internes et Externes de la Pharmacie du Centre Hospitalier Charles Perrens,

Je vous remercie énormément pour le travail que vous avez fourni pour permettre l'envoi des questionnaires et le recueil des réponses.

A toute l'équipe de la Pharmacie du Centre d'hébergement Notre-Dame-de-la-Merci de Montréal,

Je vous remercie de m'avoir accueilli durant mes 3 mois de stage dans votre service, merci pour votre professionnalisme, votre gentillesse et votre bonne humeur.

A toute la Team Alouette,

Je vous remercie tous vraiment de m'avoir accueilli, et de m'avoir supporté durant mon stage de 6 mois, ce fut une expérience géniale sur le plan professionnel et humain, cela restera gravé à jamais.

« Team Alouette Forever »

A la Team du XV Pharma,

Je vous remercie pour ces bons moments de victoires malgré quelques défaites, qui ont accompagné ces longues années d'études. Les soirées et les voyages du XV Pharma resteront gravés sans oublier « moumou la reine des mouettes ».

A la Team Bordelaise,

Florian, Coraline, Chloé et Geoffrey je vous remercie pour ces années et les autres à venir, merci d'être comme vous êtes, merci pour ces soirées, ces restos, ces weekends, ces Noël, pourvu que ça continue le plus longtemps possible. Et Merci d'avoir supporté : « La Goutte ».

A la Team Bof,

Thomas, Antoine, Fabien, Maxime et Pierre je vous remercie pour ces moments de partage, ces fous rires, ces raclettes, ces matchs à la télé et ces soirées pourvu que ça continue aussi le plus longtemps possible.

A la Team Confinement,

Car on ne vivra sûrement cela qu'une fois dans notre vie, je vous remercie pour ces 2 mois de pur bonheur confiné à la maison, des souvenirs et des liens tissés à jamais.

A ma Famille,

Mon papi, mes oncles, mes tantes, mes cousins je vous remercie énormément pour votre soutien, votre amour et votre générosité que vous m'apportez depuis le plus jeune âge.

A mes Parents,

A toi maman qui nous a toujours donné tant d'affection, à toi papa qui m'a toujours donné cette foi de combattant. Je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous avez fait pour moi, pour nous, merci de m'avoir donné toutes les clés en main pour en arriver là aujourd'hui, c'est grâce à vous. Votre générosité, votre patience, votre bienveillance et surtout votre amour m'ont toujours porté vers le haut dans n'importe quelle circonstance. Je vous dédie cette thèse en remerciement de votre soutien, de votre réconfort durant ces longues années d'étude.

A toi mon Frère,

Je te remercie pour ces moments de partages, de rigolades, de colères, de disputes, mais surtout d'amour. Ce qui nous lie, ne se décrit pas mais semble comme une évidence à jamais dans nos vies. Je te dédie aussi cette thèse en remerciement de ton soutien, de tes encouragements et de ton amour.

A toi Sarah,

Mon amour, je te remercie pour m'avoir supporté durant cette écriture et tous les moments d'émotions par lesquels je suis passé. Merci pour ta gentillesse, tes attentions, ta tendresse, ta générosité, ta bonne humeur, ton sourire et pour la personne que tu es. Je remercie aussi grandement ta maman qui a gentiment relus cette thèse et corrigé toutes mes belles coquilles.

A toutes les personnes qui ont eu la gentillesse et qui me font le plaisir d'être là aujourd'hui.

SOMMAIRE

Remerciements -----	2
Liste des figures-----	8
Liste des tableaux -----	9
Liste des annexes -----	10
Liste des abréviations -----	11
Introduction -----	14
Partie 1 : La Conciliation Médicamenteuse en France et au Québec -----	15
1 Présentation des Systèmes de Santé Français et Québécois -----	16
1.1 Le Système de Santé Français -----	16
1.2 Le Système de Santé Québécois -----	18
1.3 Dispensation des médicaments au Québec et en France -----	20
2 De la Pharmacie Clinique à la Conciliation Médicamenteuse d'un point de vue réglementaire -----	21
2.1 Évolution réglementaire de la Pharmacie Clinique en France-----	21
2.1.1 Les acteurs institutionnels -----	21
2.1.2 La Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire de 2009-----	25
2.1.3 Manuel de certification des établissements de santé v2010 de la Haute Autorité de Santé-----	26
2.1.4 Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé -----	26
2.1.5 Arrêté du 6 avril 2011 -----	27
2.1.6 Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales de mai 2011 – circuit du médicament à l'hôpital -----	28
2.1.7 Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la Conciliation Médicamenteuse de la Haute Autorité de Santé en septembre 2015-----	29

2.1.8	Décret du 19 novembre 2015 relatif au contrat d'amélioration des pratiques en établissement de santé-----	29
2.1.9	Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins : Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2016-----	30
2.1.10	Décret n°2019-489 du 21 mai 2019 sur les Pharmacies à Usage Intérieur -----	30
2.2	Cadre réglementaire au Québec -----	31
2.2.1	Les acteurs institutionnels -----	31
2.2.2	Le Code des Professions -----	32
2.2.3	Loi concernant le partage de certains renseignements de santé -----	33
2.2.4	Agrémentation des établissements-----	33
3	Mise en œuvre de la Conciliation Médicamenteuse en France et au Québec	35
3.1	Définition et objectifs de la Conciliation Médicamenteuse-----	35
3.1.1	Définition Française et Québécoise -----	35
3.1.2	Les objectifs Français et Québécois -----	36
3.2	Pour quelle population ?-----	37
3.3	À quel moment ?-----	38
3.4	La Conciliation Médicamenteuse (France) et le Bilan Comparatif des Médicaments (Québec) à l'admission -----	38
3.4.1	L'obtention du Bilan Médicamenteux Optimisé (France) ou Meilleur Schéma Thérapeutique Possible (Québec)-----	38
3.4.2	Comparaison du Bilan Médicamenteux Optimisé (France) ou Meilleur Schéma Thérapeutique Possible (Québec) avec l'ordonnance rédigée à l'admission -----	42
3.4.3	Caractérisation des divergences entre le Bilan Médicamenteux Optimisé (France) ou Meilleur Schéma Thérapeutique Possible (Québec) et l'ordonnance rédigée à l'admission-----	43
3.5	La Conciliation Médicamenteuse (France) et le Bilan Comparatif des Médicaments (Québec) à la sortie-----	47

3.5.1	La fiche de liaison des traitements médicamenteux -----	47
Partie 2 : La Conciliation Médicamenteuse et le Bilan Comparatif des Médicaments en sortie d'hospitalisation : perception du pharmacien de ville et pistes d'amélioration -----		51
1	Objectifs-----	52
2	Méthodes -----	53
3	Résultats-----	55
3.1	Au Québec-----	55
3.2	En France-----	61
4	Discussion-----	66
Conclusion -----		73
Annexes -----		74
Bibliographie -----		92
Serment de Galien -----		96

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Le parcours de soins Français d'après la Haute Autorité de Santé (2).....	17
Figure 2 : Schéma du système de santé Québécois d'après le ministère de la santé du Québec (3).....	19
Figure 3 : Frise chronologique de la Pharmacie Clinique à la Conciliation Médicamenteuse	24
Figure 4 : Les étapes de la Conciliation Médicamenteuse en France	45
Figure 5 : Les étapes du Bilan Comparatif des Médicaments au Québec	46
Figure 6 : Les différents types d'ordonnances présentées par le patient au pharmacien communautaire.....	56
Figure 7 : Ordonnances et informations nécessaires pour le pharmacien communautaire.....	57
Figure 8 : Les interventions nécessaires du pharmacien en cas de manque d'informations sur l'ordonnance.....	58
Figure 9 : Taux de satisfaction des pharmaciens communautaires sur la réalisation systématique d'un Bilan Comparatif des Médicaments	59
Figure 10 : Niveau de connaissance de la Conciliation Médicamenteuse par le pharmacien d'officine.....	61
Figure 11 : Mode de transmission de la Conciliation Médicamenteuse aux pharmaciens d'officine	62
Figure 12 : Intérêt des pharmaciens d'officine pour la réalisation systématique de la Conciliation Médicamenteuse.....	64

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Liste des établissements pilotes et dates effectives de l'évaluation du projet Med'Rec	22
Tableau 2 : Les principales différences entre la Conciliation Médicamenteuse (France) et le Bilan Comparatif des Médicaments (Québec)	49
Tableau 3 : Suggestions d'amélioration du Bilan Comparatif des Médicaments proposées par le pharmacien communautaire.....	60
Tableau 4 : Suggestions d'amélioration de la Conciliation Médicamenteuse proposées par le pharmacien d'officine	65

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Aide pour l'entretien patient au sein du Centre Hospitalier Charles Perrens pour la réalisation du Bilan Médicamenteux Optimisé	74
Annexe 2 : (Suite) Aide pour l'entretien patient au sein du Centre Hospitalier Charles Perrens pour la réalisation du Bilan Médicamenteux Optimisé.....	75
Annexe 3 : Aide pour l'entretien patient au sein du Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal pour la réalisation du Meilleur Schéma Thérapeutique Possible	76
Annexe 4 : Formulaire de collecte de renseignements du patient au sein du Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal	77
Annexe 5 : Demande de profil pharmacologique au pharmacien communautaire pour le Bilan Comparatif des Médicaments	78
Annexe 6 : Formulaire de consentement de collecte de données du patient.....	79
Annexe 7 : Exemple de profil pharmacologique d'une pharmacie communautaire privée.....	80
Annexe 8 : Guide d'entretien avec le pharmacien d'officine au sein du Centre Hospitalier Charles Perrens pour le Bilan Médicamenteux Optimisé.....	81
Annexe 9 : Grille d'évaluation utilisée selon l'étude de Blanchet Maude	82
Annexe 10 : Grille de priorisation des patients par l'OMEDIT Normandie	83
Annexe 11 : Exemple de fiche de CTM de la HAS	84
Annexe 12 : Exemple de la fiche Bilan Comparatif des Médicaments avec le Meilleur Schéma Thérapeutique Possible associé à l'Ordonnance des Médicaments à l'Admission au Québec.....	85
Annexe 13 : Exemple de Bilan Comparatif des Médicaments validé par un médecin	86
Annexe 14 : Questionnaire de l'étude au sein du Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal au Québec	87
Annexe 15 : Questionnaire de l'étude au sein du Centre Hospitalier Charles Perrens en France	89

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AHU :	Année Hospitalo-Universitaire
ARS :	Agence Régionale de la Santé
ATP :	Assistant Technique en Pharmacie
BCM :	Bilan Comparatif des Médicaments
BMO :	Bilan Médicamenteux Optimisé
BMP :	Bilan de Médication Partagé
CAQES :	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficienc e des Soins
CHCP :	Centre Hospitalier Charles Perrens
CHU :	Centre Hospitalo-Universitaire
CIUSSS du NIM :	Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal
CLSC :	Centres Locaux de Service Communautaire
CQA :	Conseil Québécois d'Agrément
CSSS :	Centre de Santé et de Services Sociaux au Québec
CTM :	Conciliation Médicamenteuse ou Conciliation des Traitements Médicamenteux
DCI :	Dénomination Commune Internationale
DGOS :	Direction Générale de l'Offre de Soins
DI :	Divergence Intentionnelle
DID :	Divergence Intentionnelle Documentée
DIND :	Divergence Intentionnelle Non Documentée
DMP :	Dossier Médical Partagé
DNI :	Divergence Non Intentionnelle

DP : Dossier Pharmaceutique

DPC : Développement Professionnel Continu

DPI : Dossier Patient Informatisé

DSQ : Dossier Santé Québec

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EVALOR : Organisation Régionale de l'Évaluation en santé en LORRAINE

FADM : Feuille d'Administration Des Médicaments

GH-AP HP : Groupe Hospitalier Assistance Publique Hôpitaux de Paris

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patients Santé Territoire

HSO : Health Standards Organization

HU : Hôpital Universitaire

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

ISMP : Institut pour la Sécurité des Médicaments aux Patients du Canada

ISQua : International Society for Quality in Health Care

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

LSSSS : Loi sur les Services de Santé et Services Sociaux du Québec

MSS : Messagerie Sécurisée en Santé

MSTP : Meilleur Schéma Thérapeutique Possible

OA : Ordonnance à l'Admission

OMA : Ordonnance des Médicaments à l'Admission

OMEDIT : Observatoire des Médicaments, Dispositifs Médicaux et Innovations
Thérapeutiques

OMS : Ordonnance des Médicaments à la Sortie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEP :	Pratique Exigible Prioritaire
POR :	Pratique Organisationnelle Requise
PPH :	Préparatrice en Pharmacie Hospitalière
PUI :	Pharmacie à Usage Interne
RAMQ :	Régie de l'Assurance Maladie du Québec
SFPC :	Société Française de Pharmacie Clinique
SOP :	Processus Opérationnels Standardisés

INTRODUCTION

Le Canada a mis en place en 2006 la conciliation médicamenteuse, s'imposant ainsi comme l'un des pionniers de cette démarche. Afin de répondre à une problématique d'iatrogénie médicamenteuse, la France suivra cette démarche 4 ans plus tard. La conciliation médicamenteuse a pour but de sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient en limitant la survenue d'erreurs médicamenteuses aux points de transition du parcours de soins du patient. Elle repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle améliorant ainsi le lien ville-hôpital.

Dans le cadre d'un stage réalisé dans un établissement de santé du Québec, nous avons pu remarquer des différences avec la France concernant la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse et le transfert d'informations au pharmacien de ville.

Dans cette démarche qui est aujourd'hui ancrée dans les pratiques en France et au Québec, le pharmacien de ville joue un rôle majeur. Nous nous sommes donc posés la question suivante : Quelle est la perception des pharmaciens d'officine sur la conciliation médicamenteuse et quelles sont leurs attentes au sein des deux territoires ?

Dans la première partie de ce travail, nous ferons une description succincte des deux systèmes de santé Français et Québécois. Puis, nous verrons l'évolution de la pharmacie clinique à la conciliation médicamenteuse d'un point de vue réglementaire. Enfin, nous étudierons la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse en France et au Québec.

La deuxième partie décrira l'étude comparative menée au Centre Intégré Universitaire de Santé et de Service Sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal au Québec et au Centre Hospitalier Charles Perrens en France. Elle présentera les résultats du questionnaire envoyé aux pharmaciens de ville et les axes d'amélioration possibles.

**PARTIE 1 : LA CONCILIATION
MÉDICAMENTEUSE EN FRANCE ET AU QUÉBEC**

1 PRÉSENTATION DES SYSTÈMES DE SANTÉ FRANÇAIS ET QUÉBÉCOIS

1.1 LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS

En France nous distinguons 4 acteurs principaux du système de santé, selon la HAS (1) :

1- Des offreurs de soins

Ils regroupent les professions médicales et pharmaceutiques, des auxiliaires médicaux aux statuts et aux modes d'exercices divers : libéraux, salariés ou mixtes. Les établissements de santé couvrant des champs d'intervention différents (hospitalier, médico-social) avec des statuts qui peuvent être publics ou privés. Mais aussi des réseaux de santé pluridisciplinaires regroupant des médecins, des infirmières et d'autres professionnels constitués pour favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge. Et pour finir des structures de prévention avec des services de santé au travail, la médecine scolaire, des services de protection maternelle et infantile et des structures de dépistage.

2- Des producteurs de biens et services en santé

Nous retrouvons comme producteurs de services de santé, les industries pharmaceutiques, qui obéissent à des logiques économiques de marché.

3- Des institutions publiques

Elles organisent le système tant au niveau National (Ministère de la Santé) que régional (Agence Régionale de Santé) ou départemental (conseils départementaux dans le domaine de l'action sanitaire et sociale) et elles conseillent ou aident à l'organisation (Haut Conseil de santé publique, Institut national de veille sanitaire). Ils contrôlent et orientent le Parlement au travers des lois (Loi de financement de la sécurité sociale et de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie – ONDAM) et corps de contrôle (notamment Cour des Comptes, Inspection Générale des Affaires Sociales – IGAS).

4- Des financeurs aux statuts différents :

Les assurances maladies obligatoires constituées du Régime Général d'Assurance Maladie, de la Mutualité Sociale Agricole (MSA), du Régime Social des Indépendants (RSI) et de certains régimes spéciaux (par exemple la Caisse d'Assurance Maladie des Industries Électriques et Gazières – CAMIEG). Des assurances maladies complémentaires (mutuelles, assurances privées, institutions de prévoyance).

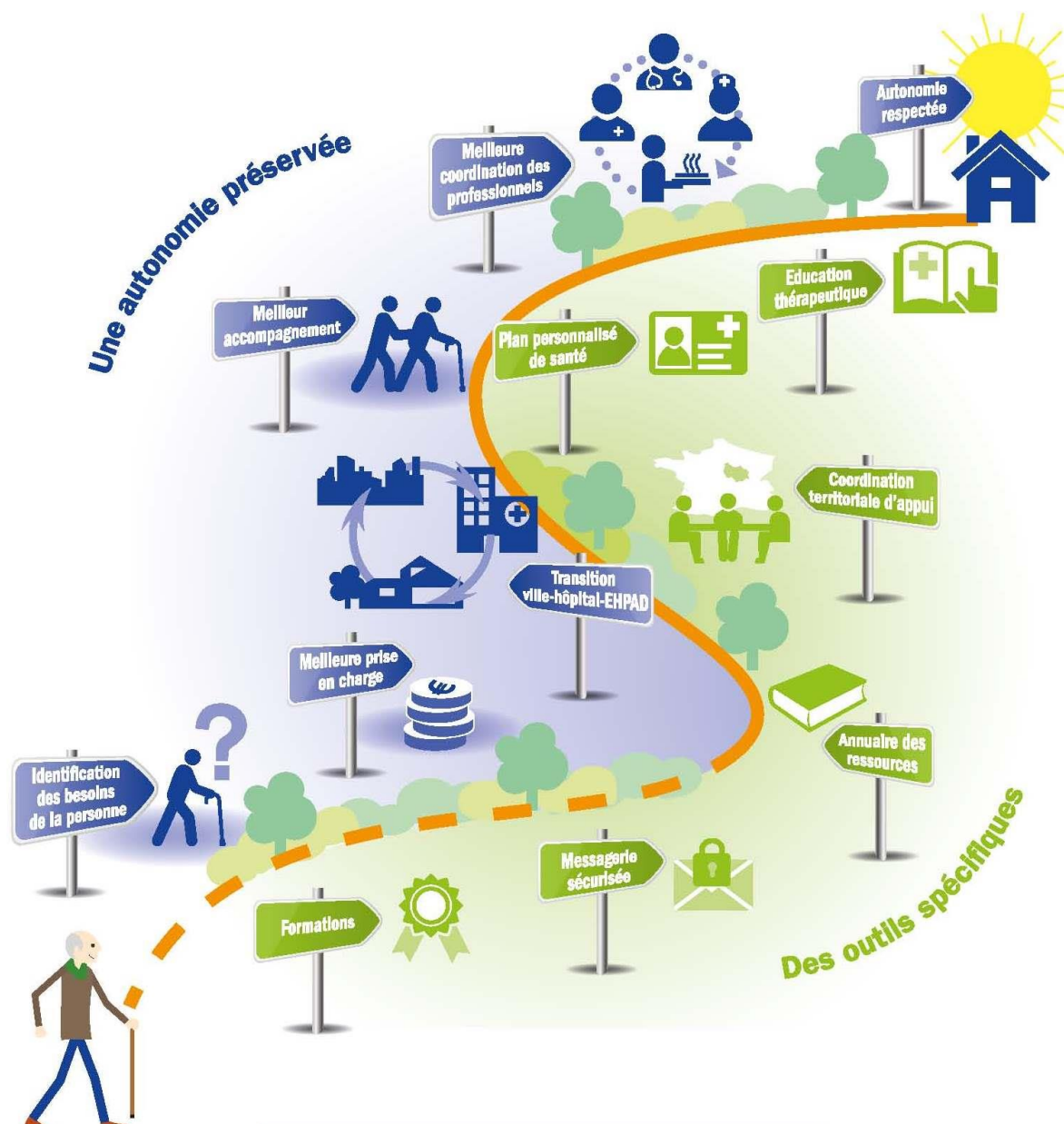


Figure 1 : Le parcours de soins Français d'après la Haute Autorité de Santé (2)

1.2 LE SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS

Les services de santé et les services sociaux sont intégrés au sein d'une même administration. Les principes fondamentaux en sont l'universalité, l'équité et l'administration publique. Le système de santé québécois est public, ce qui signifie que l'État agit comme principal assureur et administrateur, et que le financement est assuré par la fiscalité générale. Ceci permet d'assurer l'accessibilité aux soins, peu importe le niveau de revenus du patient.

Il existe des Établissements de Santé et des Centres Intégrés de Santé et de Services Sociaux (CISSS ou CIUSSS). Ils mettent en place différents services sur leurs territoires respectifs, dont :

- Centre Hospitalier
- Centre Local de Services Communautaires (CLSC)
- Centre d'Hébergement et de Soins de Longue Durée (CHSLD)
- Centre de Réadaptation
- Centre de Protection de l'Enfance et de la Jeunesse

Des ressources privées complètent le portrait du système de santé.

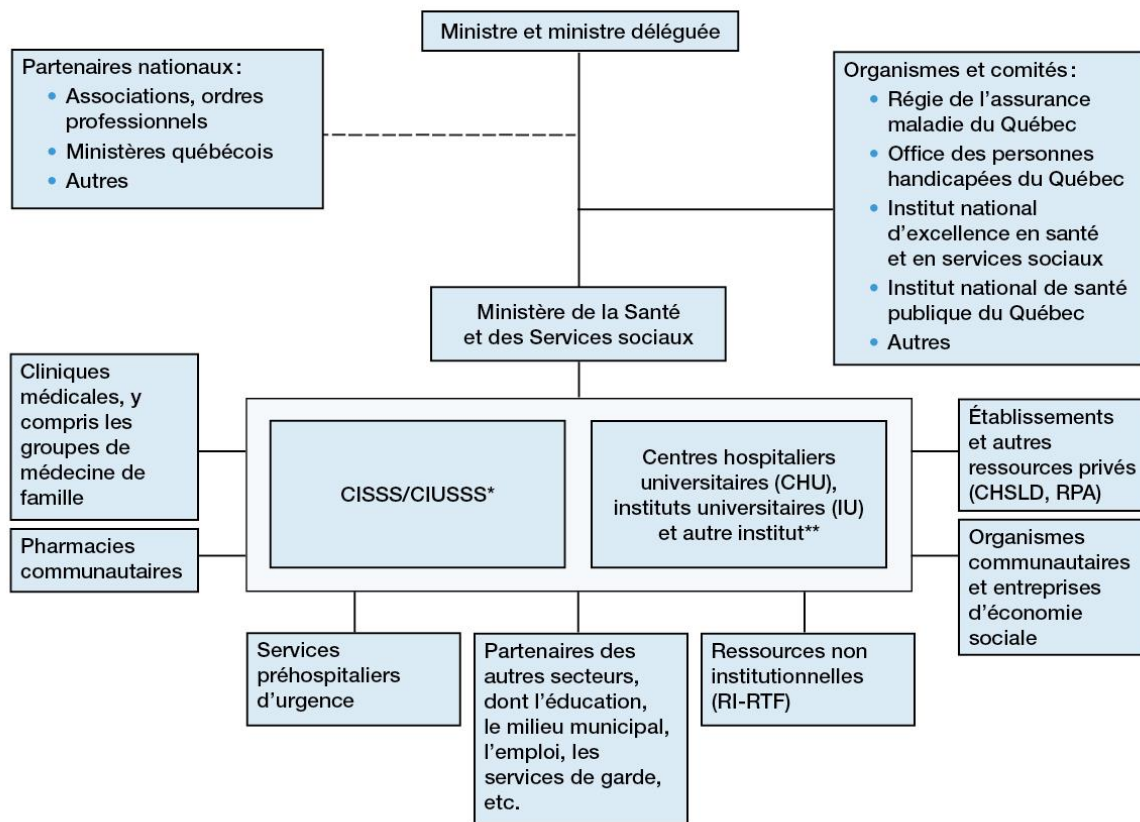


Figure 2 : Schéma du système de santé Québécois d'après le ministère de la santé du Québec (3)

1.3 DISPENSATION DES MÉDICAMENTS AU QUÉBEC ET EN FRANCE

Concernant la dispensation des médicaments, une différence majeure est à noter : « Au Québec, la dispensation à l'unité est pratiquée pour tous les traitements. Les médicaments sont commercialisés en flacons de 500 ou 1 000 comprimés et en boîtes telles que nous les connaissons en France. Si la quantité prescrite correspond au conditionnement, une étiquette est simplement collée sur la boîte. Si elle ne correspond pas, un blister peut être découpé et reconditionné. Un « compte-pilule » permet aussi de verser une à une les unités de médicaments dans un flacon individuel. L'étiquette (mentionnant posologie, nom du prescripteur, date de préparation, date d'expiration, etc.) est apposée sur le flacon remis au patient. La date d'expiration de la consommation est fixée à un an au maximum » (4).

Par ailleurs, une autre particularité différencie les deux systèmes concernant la prescription médicamenteuse. Contrairement à la France où seule l'ordonnance manuscrite ou informatique signée par le médecin est autorisée, au Québec, il existe différentes formes d'ordonnances valides au sein des hôpitaux : le Profil Pharmacologique et le Formulaire de Bilan Comparatif des Médicaments dont nous verrons les définitions plus loin. Pour être valides, ces documents doivent être signés obligatoirement par le médecin référent pour pouvoir faire office d'ordonnance dispensable par le pharmacien.

2 DE LA PHARMACIE CLINIQUE À LA CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE D'UN POINT DE VUE RÉGLEMENTAIRE

2.1 ÉVOLUTION RÉGLEMENTAIRE DE LA PHARMACIE CLINIQUE EN FRANCE

2.1.1 LES ACTEURS INSTITUTIONNELS

En 2006, le projet High 5s était lancé par l'Organisation Mondiale de la Santé. L'objectif était de répondre à des problèmes de sécurité des soins. Aussi, le but a été de réduire la fréquence de 5 problèmes majeurs de sécurité des patients sur une période de 5 ans. Dans le cadre de ce projet, 5 protocoles opératoires normalisés ont été mis au point, dont les 5 sujets visés étaient : les médicaments concentrés injectables, l'exactitude des ordonnances aux points de transition dans le processus de soins, l'utilisation de la bonne procédure au bon site opératoire, les erreurs de communication au cours du transfert des patients et la lutte contre les infections associées aux soins (5).

En 2010, la France rejoint le projet Med'Rec (Medication Reconciliation). Coordonné par la Haute Autorité de Santé (HAS), le projet Med'Rec visait à prévenir ou corriger les erreurs médicamenteuses par l'obtention au moment de l'admission, de la liste exhaustive et complète de tous les médicaments pris ou à prendre en routine par le patient avant son hospitalisation, qu'ils soient prescrits par le médecin ou pris en automédication. Neuf établissements de santé français ont été sélectionnés pour participer à l'expérimentation Med'Rec d'une durée de 5 ans (tableau 1).

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

Tableau 1: Liste des établissements pilotes et dates effectives de l'évaluation du projet Med'Rec

La HAS s'est appuyée sur deux structures régionales, EVALOR (Organisation Régionale de l'Évaluation en santé en LORRAINE) (2009-2011) puis l'OMEDIT Nouvelle-Aquitaine (2012-2015) qui ont évalué sa mise en place et ont rendu leur rapport « Initiative des HIGH 5s Medication Reconciliation : Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse par neuf établissements de santé français », en septembre 2015 (6).

En 2015, dans le cadre d'une amélioration continue des pratiques, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) met en place une enquête auprès d'établissements de santé visant à établir un état des lieux de la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse et à identifier les besoins des acteurs pour impulser sa mise en œuvre (7).

Par ailleurs, la HAS a mis en place en 2018 un document intitulé « Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé » visant à formaliser l'activité (8).

La figure 3 ci-après présente les évolutions réglementaires concernant la conciliation médicamenteuse en France :

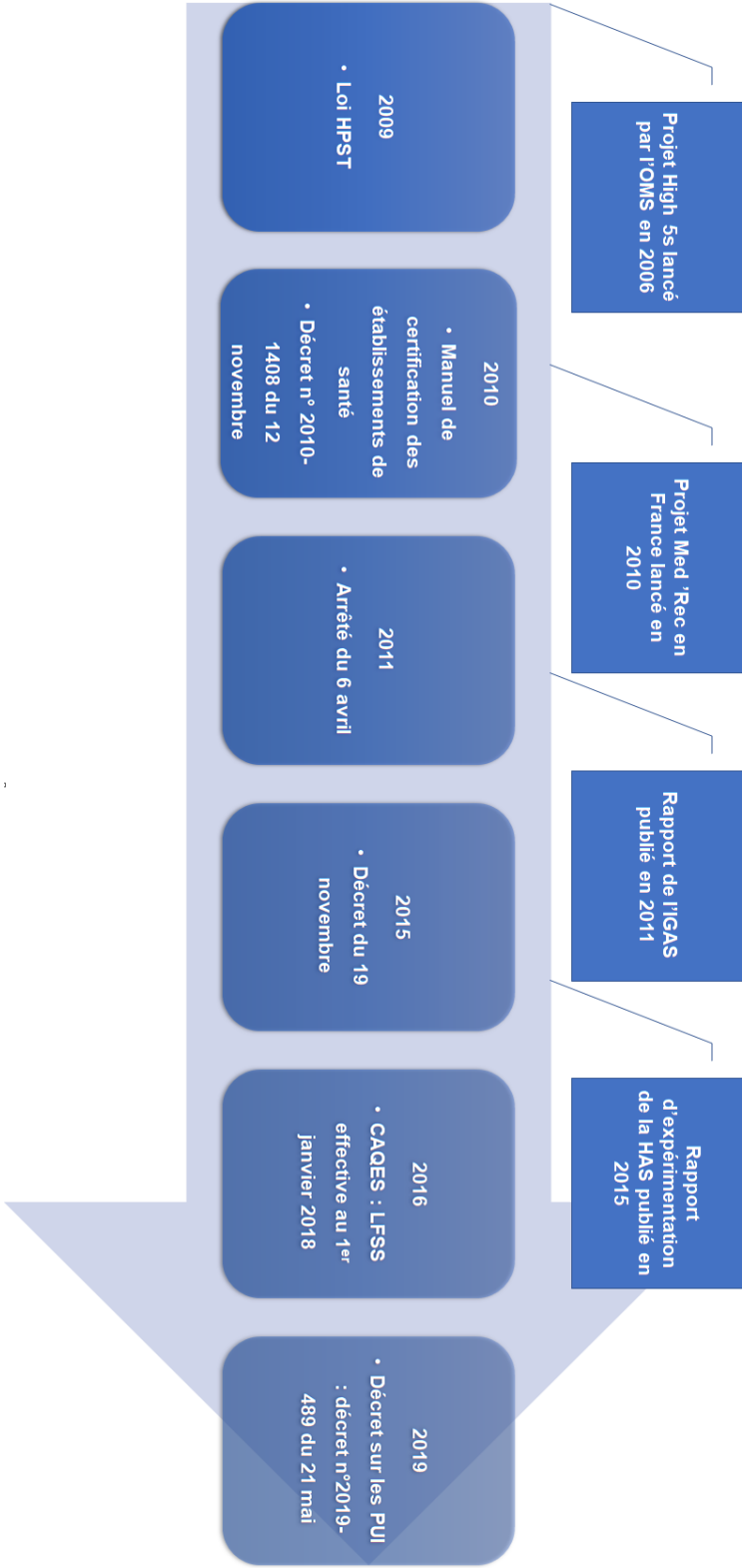


Figure 3 : Frise chronologique de la Pharmacie Clinique à la Conciliation Médicamenteuse

2.1.2 LA LOI HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ, TERRITOIRE DE 2009

En 2009, la France établit une nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale en publiant la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST).

Cette loi vise à mettre en place une offre de soins de qualité, accessible à tous et satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé. Elle comporte 4 axes :

- La modernisation des établissements publics de santé ;
- L'amélioration de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire ;
- La prévention et la santé publique ;
- L'organisation territoriale du système de santé.

La loi s'appuie sur le principe général de complémentarité et de coopération entre acteurs du système de santé. Elle a pour objectif de lutter contre les déserts médicaux, de réorganiser le découpage entre les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et le secteur médicosocial, d'améliorer la performance des hôpitaux, d'augmenter l'attractivité des métiers de la santé, de préserver la santé des jeunes et, d'une manière générale, d'avoir une bonne coordination du système de santé. Tout cela étant rendu possible par la création des Agences Régionales de Santé (ARS), qui va permettre une réorganisation territoriale et décisionnaire (9).

Dans cette loi HPST, l'article suivant stipule :

« Art.L. 6111-2 Les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités. Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogénie, définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux » (10).

Il y a là, une élaboration d'une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
--

2.1.3 MANUEL DE CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ V2010 DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

La certification des établissements de santé conduite par la HAS, est une procédure d'évaluation externe de ces établissements qu'ils soient publics ou privés.

Elle a pour objet d'évaluer la capacité de l'établissement de santé à s'engager dans une amélioration continue de la prise en charge des patients reposant notamment sur l'identification et la maîtrise de ses risques.

Elle est réalisée en France tous les quatre ans. Chaque établissement doit répondre à 85 critères. Parmi ces critères, figure le critère 20.a et le 20.b. La référence 20 du manuel de certification V2010 met un point sur la prise en charge médicamenteuse du patient. Elle « doit assurer au bon patient l'apport du bon médicament, à la bonne posologie, selon la bonne voie, dans les bonnes conditions et au meilleur coût. [...] Sa continuité nécessite de prendre en compte le traitement personnel du patient à l'admission, de documenter l'exhaustivité du traitement médicamenteux lors des transferts et de la sortie et d'établir une coordination efficace avec les professionnels de ville » (11).

Le critère 20.a bis, Pratique Exigible Prioritaire (PEP) préconise la mise en œuvre de moyens permettant d'assurer la continuité du traitement médicamenteux de l'admission du patient à sa sortie. Enfin, le critère 20.b concerne la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. Les établissements de santé doivent développer des actions d'amélioration visant à diminuer l'iatrogénie chez le sujet âgé (11).

Ces critères serviront de socle à la réalisation de la conciliation afin d'assurer la continuité de la prise en charge médicamenteuse aux points de transition.

2.1.4 DÉCRET N° 2010-1408 DU 12 NOVEMBRE 2010 RELATIF A LA LUTTE CONTRE LES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES ASSOCIÉS AUX SOINS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Ce décret présente une démarche de prévention et une culture de sécurité relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.

Selon l'Art.R. 6111-2. « Le représentant légal de l'établissement de santé, après concertation avec le président de la commission médicale d'établissement dans les établissements de santé publics, ou avec la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés, arrête l'organisation de la lutte contre les événements indésirables associés aux soins.

Cette organisation vise :

- 1° A mettre en œuvre des actions de formation des personnels et des actions de communication en direction des personnels et des usagers permettant de développer la culture de sécurité dans l'établissement ;
- 2° A disposer d'une expertise relative à la méthodologie de gestion des risques associés aux soins, en particulier l'analyse des événements indésirables ;
- 3° A permettre à la commission médicale d'établissement ou à la conférence médicale d'établissement de disposer des éléments nécessaires pour proposer le programme d'actions mentionné aux articles L. 6144-1 et L. 6161-2, assorti d'indicateurs de suivi, en vue de lutter contre les événements indésirables associés aux soins ;
- 4° A permettre à la commission médicale d'établissement ou à la conférence médicale d'établissement de disposer des éléments nécessaires à l'élaboration d'un bilan annuel des actions mises en œuvre ;
- 5° A assurer la cohérence de l'action des personnels qui participent à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins » (12).

Ce décret vise à amener les établissements de santé à mettre en place des actions pour lutter contre les événements indésirables associés aux soins.

2.1.5 ARRÊTÉ DU 6 AVRIL 2011

L'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé permet de mettre en exergue les risques d'iatrogénie dans la prise en charge médicamenteuse du patient.

L'arrêté mentionne notamment l'importance de la pluridisciplinarité base de la CTM :
« La prise en charge médicamenteuse est un processus combinant des étapes pluridisciplinaires et interdépendantes mentionnées à l'article 8 visant un objectif commun : l'utilisation sécurisée, appropriée et efficiente du médicament chez le patient pris en charge par un établissement de santé. [...] Les établissements de santé disposent d'un système de management de la qualité visant à assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient » (13).

L'arrêté du 6 avril 2011 constitue ainsi un document de référence pour les établissements de santé dans la prise en charge médicamenteuse du patient.

2.1.6 RAPPORT DE L'INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES DE MAI 2011 – CIRCUIT DU MÉDICAMENT À L'HÔPITAL

Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de mai 2011 met en évidence les points où la continuité du parcours de soins des patients est fragilisée :

- À l'entrée de l'hôpital, où l'historique thérapeutique et le traitement personnel du patient doivent être pris en compte ;
- À la sortie de l'hôpital.

Il a mis aussi en évidence quatre points cruciaux dans la qualité de la prise en charge des patients :

- Positionner chaque acteur sur les secteurs où sa plus-value est la plus importante pour le patient ;
- Développer et accompagner les solutions technologiques, telles que l'informatisation et l'automatisation, et leur intégration dans le circuit du médicament pour fluidifier et sécuriser le processus ;
- Donner la priorité au développement le plus exhaustif possible de l'analyse pharmaceutique ;
- Renforcer la continuité du parcours de soins des patients en créant du lien entre professionnels de ville et hospitaliers (14,15).

Le rapport souligne l'intérêt de développer la pharmacie clinique notamment par l'analyse pharmaceutique et le renforcement de la continuité du parcours de soins.

2.1.7 RAPPORT D'EXPÉRIMENTATION SUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ EN SEPTEMBRE 2015

Les conclusions faites dans le rapport d'expérimentation de la HAS en septembre 2015 mettent en évidence l'absence de réglementation qui ne rend pas la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse obligatoire pour les établissements de santé français (6) :

« En synthèse, aucune réglementation ne contraint les établissements de santé français à mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux. À l'instar de certains pays participant au projet Med'Rec, la conciliation des traitements médicamenteux ne fait pas partie des critères de certification des établissements de santé français. Elle apparaît néanmoins dans le critère 20 (a.bis) de la V2014 du manuel de certification de la HAS par le biais de la continuité de la prise en charge médicamenteuse ».

La CTM ne fait toujours pas partie des manuels de certification de la HAS, ni d'aucun texte réglementaire contraignant les établissements de santé à la mettre en place.

2.1.8 DÉCRET DU 19 NOVEMBRE 2015 RELATIF AU CONTRAT D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Le décret du 19 novembre 2015 décrit les trois risques principaux (risque infectieux, risque médicamenteux et risque de rupture de parcours) servant de base à la définition des objectifs du contrat. Il définit aussi les règles selon lesquelles les pénalités peuvent être appliquées lorsque les objectifs fixés ne sont pas atteints ou lorsque l'établissement refuse de signer le contrat (16).

À travers ce décret, le risque médicamenteux et le risque de rupture de parcours sont de nouveau ciblés ce qui renforce l'intérêt de développer la pharmacie clinique notamment aux points de transition du parcours de soins.

2.1.9 CONTRAT D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE L'EFFICIENCE DES SOINS : LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DE 2016

Le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES) est entré en vigueur en France à partir du 1er janvier 2018. Il a permis de réunir en un contrat unique, l'ensemble des contrats auparavant proposés aux établissements de santé (17).

Il s'agit d'un contrat tripartite entre le directeur général de l'ARS, le directeur général de l'assurance maladie et le représentant de l'établissement de santé (18).

Selon l'article 10/2 de la loi de financement de la sécurité sociale intitulé « Développement des pratiques pluridisciplinaires – Démarche d'équipe et de parcours – Pharmacie clinique » qui présente les volets obligatoires du contrat, il est dit :

- « - le développement des pratiques pluridisciplinaires, notamment médico-pharmaceutiques, avec un focus sur l'analyse pharmaceutique et la conciliation médicamenteuse, conformément à l'évolution des missions des PUI,
- la continuité dans une vision parcours, et dans une démarche d'équipe, grâce à l'apport des nouveaux outils numériques (DP : Dossier Pharmaceutique, DMP : Dossier Médical Partagé, MSS : Messagerie Sécurisée en Santé),
- la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée » (19).

Le terme « conciliation médicamenteuse » apparaît dans le volet obligatoire de l'article 10/2, ce qui contractualise désormais l'activité de conciliation médicamenteuse.

2.1.10 DÉCRET N°2019-489 DU 21 MAI 2019 SUR LES PHARMACIES À USAGE INTÉRIEUR

Décret n°2019-489 du 21 mai 2019 (20) :

« Art. R. 5126-10. La Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) peut assurer pour son propre compte ou dans le cadre de coopérations pour le compte d'autres pharmacies à usage intérieur tout ou partie des missions prévues aux 2° et 3° de l'article L. 5126-1.

Les actions de pharmacie clinique sont les suivantes :

- 1° L'expertise pharmaceutique clinique des prescriptions faisant intervenir des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 ainsi que des dispositifs médicaux stériles aux fins d'assurer le suivi thérapeutique des patients ;
- 2° La réalisation de bilans de médication définis à l'article R. 5125-33-5 ;
- 3° L'élaboration de plans pharmaceutiques personnalisés en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins, le patient, et, le cas échéant, son entourage ;
- 4° Les entretiens pharmaceutiques et les autres actions d'éducation thérapeutique auprès des patients ;
- 5° L'élaboration de la stratégie thérapeutique permettant d'assurer la pertinence et l'efficacité des prescriptions et d'améliorer l'administration des médicaments ».

Ce décret définit les actions de pharmacie clinique à mettre en œuvre dans les PUI.

2.2 CADRE RÉGLEMENTAIRE AU QUÉBEC

2.2.1 LES ACTEURS INSTITUTIONNELS

Agrément Canada et le Conseil Québécois d'Agrément (CQA) sont des organismes privés, indépendants à but non lucratif. Ils établissent des normes pour assurer la qualité, la sécurité des soins, les services de santé et les services sociaux.

Les Centres de Santé et de Services Sociaux au Québec (CSSS) agréés par Agrément Canada et le CQA sont soumis à un processus d'évaluation rigoureux. Des visiteurs mènent une visite pendant laquelle ils vont évaluer le leadership, la gouvernance, les programmes cliniques et les services de l'organisme par rapport aux exigences du programme d'agrément en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences comprennent les normes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels et les questionnaires servant à évaluer la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance, la mobilisation du personnel et l'expérience vécue par l'utilisateur.

Agrément Canada est un organisme engagé à travailler avec des patients, des responsables politiques et le public pour améliorer la qualité des services de santé et des services sociaux pour tous. Cet organisme travaille en étroite collaboration avec la Health Standards Organization (HSO) et a donc l'accréditation d'International Society for Quality in Health Care (ISQua) qui est une organisation mondiale rassemblant des organismes d'accréditation dans le domaine des soins de santé (21).

Le CQA poursuit le même objectif au niveau de la province de Québec, c'est-à-dire (22) :

- Certifier publiquement que les exigences de qualité circonscrites par chacun des programmes qualité du CQA sont satisfaites ;
- Soutenir les organisations dans leur démarche d'amélioration continue de la qualité des services offerts à la clientèle ;
- Développer et maintenir un cadre normatif rigoureux ;
- Contribuer à la réalisation d'approches complémentaires reliées à la qualité des services.

Agrément Canada a mis en place des Pratiques Organisationnelles Requises (POR). Les POR sont des pratiques qui ont été déterminées comme étant essentielles et qui doivent être mises en place dans l'établissement pour améliorer la sécurité des usagers et pour minimiser les risques. Elles constituent une exigence spécifique du programme d'agrément pour les établissements de santé et de services sociaux (23).

2.2.2 LE CODE DES PROFESSIONS

Le code des professions regroupe des lois qui encadrent le système professionnel québécois. Il s'apparente en France au Code de Déontologie des Pharmaciens. Il apparaît dans ce code un article qui fait référence à la promotion de la santé et à la prévention des accidents (24).

En 2009, l'article 39.4 du chapitre 26 du code des professions dit : « L'information, la promotion de la santé et la prévention du suicide, de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités font également partie de l'exercice de la profession du membre d'un Ordre dans la mesure où elles sont reliées à ses activités professionnelles » (25).

Cet article fait mention de la responsabilité des professionnels de la santé à l'égard, entre autres, de la prévention des accidents. Il est donc du devoir des professionnels de santé de mettre en place des processus permettant de prévenir ces accidents.

2.2.3 LOI CONCERNANT LE PARTAGE DE CERTAINS RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ

En 2012, au Québec, une loi est dédiée au partage des renseignements de santé :

« Elle a pour objet la mise en place d'actifs informationnels permettant le partage de renseignements de santé jugés essentiels aux services de première ligne et au continuum de soins, afin d'améliorer la qualité et la sécurité des services de santé et des services sociaux ainsi que l'accès à ces services.

Cette loi a également pour objet d'améliorer la qualité, l'efficacité et la performance du système québécois de santé en permettant une gestion et une utilisation maîtrisée de l'information socio-sanitaire » (26).

Cette loi permet notamment l'utilisation d'outils dans le but de sécuriser le parcours de soins et améliorer le lien ville-hôpital.

2.2.4 AGRÉMENTATION DES ÉTABLISSEMENTS

Au Québec, la conciliation médicamenteuse est appelée Bilan Comparatif des Médicaments (BCM). La réalisation du BCM dans les établissements de santé québécois est un critère obligatoire pour obtenir un agrément.

En effet, depuis 2006, le BCM est une Pratique Organisationnelle Requise (POR) selon Agrément Canada. La réalisation des BCM est donc obligatoire pour que l'établissement soit accrédité tel que le stipule l'article 107.1 de la Loi sur les Services de Santé et Services Sociaux du Québec (LSSSS) :

« Tout établissement doit obtenir l'agrément des services de santé et des services sociaux qu'il dispense auprès d'un organisme d'accréditation reconnu. Cet agrément n'est valable que pour une durée maximale de cinq ans. L'établissement doit s'assurer de maintenir en tout temps cet agrément. Lorsque l'organisme d'accréditation refuse d'agréer un établissement, celui-ci doit, dans les 12 mois suivant ce refus, soumettre à nouveau une demande d'agrément et en informer l'agence » (27,28).

Cela incite et même oblige la mise en place de la pratique du BCM dans les établissements de santé Québécois.

3 MISE EN ŒUVRE DE LA CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE EN FRANCE ET AU QUÉBEC

3.1 DÉFINITION ET OBJECTIFS DE LA CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE

3.1.1 DÉFINITION FRANÇAISE ET QUÉBÉCOISE

En France selon la HAS, la CTM est définie en mars 2015 comme « un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts » (8).

Au Québec, dès 2012 la définition est tirée de l'Institut pour la Sécurité des Médicaments aux Patients du Canada (ISMP), le Bilan Comparatif des Médicaments est donc défini comme étant « un processus formel au cours duquel les professionnels de santé travaillent de concert avec les patients, leur famille et les autres prestataires de soins de santé dans le but de s'assurer que des renseignements précis et exhaustifs sur les médicaments soient systématiquement communiqués à travers les interfaces de soins. Le Bilan Comparatif des Médicaments nécessite une analyse systématique et exhaustive de tous les médicaments pris par les patients pour s'assurer que les médicaments ajoutés, modifiés ou cessés soient évalués attentivement. Il représente une des composantes de la gestion des médicaments et permettra de fournir les renseignements permettant aux prescripteurs de prendre des décisions adéquates pour le patient »(29,30).

Dans les deux définitions il ressort donc que la conciliation médicamenteuse est un processus formalisé et pluriprofessionnel. En revanche seule dans la définition québécoise apparaît la notion d'analyse pharmaceutique systématique des médicaments.

3.1.2 LES OBJECTIFS FRANÇAIS ET QUÉBÉCOIS

Selon la HAS, les objectifs de la conciliation médicamenteuse en France sont (8) :

- Une réduction des erreurs médicamenteuses telles que l'interruption inappropriée des médicaments du domicile lors de l'admission du patient, le changement erroné des doses ou des formes galéniques ou des modalités d'administration, la duplication des principes actifs, la poursuite ou l'ajout indus de médicaments, l'absence de reprise des traitements habituels du patient à sa sortie ;
- Une diminution du recours à l'hospitalisation tels les passages aux urgences et les ré-hospitalisations non programmées grâce à l'action conjuguée de la conciliation des traitements médicamenteux et d'autres programmes tel l'accompagnement thérapeutique du patient à sa sortie ;
- Une continuité médicamenteuse avec la poursuite de la conciliation des traitements médicamenteux réalisée en secteur de ville.

Au Québec, la conciliation médicamenteuse, appelée Bilan Comparatif des Médicaments, a des objectifs bien établis selon l'Institut pour la Sécurité des Médicaments aux Patients du Canada (ISMP) (31,32) :

- Prévenir les incidents/accidents liés à la thérapie médicamenteuse aux points de transition des soins et à un point de services ;
- Améliorer l'efficacité et la coordination des communications tout au long du continuum de soins ;
- Établir un processus qui fournit une liste complète, précise et à jour des médicaments, pouvant être utilisée à des fins d'ordonnance au moment de l'admission, du transfert ou de la sortie d'hôpital ;
- Déterminer les rôles et les responsabilités de chacun des intervenants dans la réalisation du BCM.

Les objectifs fixés en France et au Québec sont sensiblement les mêmes. La mise en place de la CTM en France et du BCM au Québec permettent d'éviter des erreurs médicamenteuses lors des différents points critiques de transition du parcours de soins des patients car dans les deux cas (8,32) :

- Le patient est au cœur du processus ;
- La prise en charge médicamenteuse est coordonnée de façon pluridisciplinaire entre les professionnels travaillant en établissement de santé et les professionnels de ville.

Il y a donc une sécurisation de la prise en charge médicamenteuse.

3.2 POUR QUELLE POPULATION ?

En France initialement, le projet Med'Rec ciblait les personnes âgées de plus de 65 ans, hospitalisées après un passage aux urgences en service de court séjour. En effet la polymédication des sujets âgés les expose à un risque plus élevé de iatrogénie, c'est pourquoi les patients majoritairement conciliés (entrée et sortie) à l'heure actuelle restent les personnes âgées (33).

Néanmoins, ce critère de sélection est largement discuté aujourd'hui. Par exemple, en 2018, l'OMEDIT Normandie a élaboré une grille de priorisation (annexe n°10) des patients à risque pour lesquels des actions de pharmacie clinique seraient mises en œuvre dans les services de soins afin d'élargir notamment l'activité de conciliation médicamenteuse à d'autres patients (34).

Au Québec, l'objectif est de pouvoir réaliser le BCM aux points de transition chez tous les patients hospitalisés. Parfois, cela n'est pas possible pour une quelconque raison, il arrive donc dans certains établissements qu'une priorisation des patients soit faite selon une grille d'évaluation comme par exemple lors d'une étude réalisée en 2010 par Maude Blanchet au Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus. Cette étude avait pour but l'évaluation de l'impact clinique de la réalisation d'un Bilan Comparatif des Médicaments (annexe n°9) (35,36).

3.3 À QUEL MOMENT ?

En France, comme au Québec, la CTM et le BCM doivent être réalisés lors des étapes critiques du parcours de soins des patients. C'est au cours de ces étapes que des erreurs médicamenteuses peuvent se produire. Aussi, les étapes d'hospitalisation, de sortie d'hospitalisation ou de transfert de service ou de structure, sont les situations les plus propices pour réaliser la conciliation médicamenteuse (8,27).

3.4 LA CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE (FRANCE) ET LE BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS (QUÉBEC) À L'ADMISSION

3.4.1 L'OBTENTION DU BILAN MÉDICAMENTEUX OPTIMISÉ (FRANCE) OU MEILLEUR SCHÉMA THÉRAPEUTIQUE POSSIBLE (QUÉBEC)

Lors de l'admission d'un patient, la conciliation médicamenteuse d'entrée a pour but d'identifier la liste exacte et complète des médicaments pris par le patient avant son hospitalisation. Cette liste contient les médicaments prescrits, non prescrits, les vitamines ou autres produits de santé naturels utilisés par le patient. En France, cela revient à réaliser le Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO).

Selon les structures, l'élaboration du BMO peut-être manuscrite par l'intermédiaire d'une fiche de CTM (annexe 11) ou informatisée via des logiciels spécifiques ou des adaptations du Dossier Patient Informatisé (DPI)

Au Québec, il s'agit d'élaborer le Meilleur Schéma Thérapeutique Possible (MSTP). Pour le réaliser, les pharmacies hospitalières disposent d'un logiciel informatique : GESPHARx®, sur lequel toutes les données récoltées sur les médicaments pris par le patient à la maison sont répertoriées par l'équipe de la pharmacie. Le logiciel GESPHARx® est un outil dédié aux pharmacies des différents établissements de santé au Québec. Il permet une gestion des activités de la pharmacie (stock, dossiers pharmacologiques, BCM ...) et peut être interfacé avec différents logiciels tels que le Dossier Patient Informatisé (DPI).

La conciliation médicamenteuse peut être qualifiée de (37,38) :

- Pro active : le BMO (ou MSTP) est réalisé AVANT l'Ordonnance Médicale à l'Admission (OMA) (ou Ordonnance à l'Admission (OA) pour le Québec).
- Rétro active : le BMO (ou MSTP) est réalisé APRES l'OMA (ou OA). La correction des erreurs médicamenteuses se fera donc à postériori.

3.4.1.1 LES SOURCES

Pour être le plus exhaustif possible plusieurs sources d'informations vont être nécessaires pour réaliser ce BMO ou MSTP.

En France, 12 sources sont susceptibles d'être utilisées pour la réalisation du BMO :

- Le patient lui-même
- Le médecin traitant
- Le pharmacien d'officine
- Le médecin spécialiste
- La famille du patient
- Les différents courriers d'hospitalisations
- Le dossier patient informatisé
- Les médicaments apportés
- Les prescriptions apportées
- Le Dossier Pharmaceutique (DP) sur la carte vitale
- L'établissement d'où vient le patient (maison retraite, EHPAD...)
- L'infirmier libéral

La HAS recommande d'utiliser au minimum 3 sources pour garantir la fiabilité des informations (8).

Ceci vise à établir la liste habituelle exhaustive et complète des médicaments pris ou à prendre par le patient, qu'ils soient prescrits par le médecin traitant ou le spécialiste, ou qu'ils soient pris en automédication.

Au Québec, le MSTP est considéré comme complet et fiable après avoir croisé au moins 2 sources d'informations parmi les suivantes (35) :

- Entrevue avec usager
- Appel de la famille
- Soignants (médecin généraliste ou spécialiste, infirmière)
- Profil pharmacologique de la pharmacie du secteur privé *
- Dossier Santé Québec (DSQ) **
- Résidence (équivalent aux EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, en France)
- Centre Hospitalier

* Au Québec, la récupération de données auprès du pharmacien communautaire permet de définir le profil pharmacologique du patient. La définition est la suivante : « Le profil pharmacologique correspond à la liste de médicaments consignés au dossier pharmacologique de l'usager par la ou les pharmacies du secteur privé. Il comprend également toutes les allergies, intolérances, la médication prescrite non servie, l'adhésion de l'usager à son traitement ainsi que toute autre information pertinente. Cette liste est demandée par l'établissement, avec le consentement de l'usager ou de la personne dûment autorisée, auprès du ou des pharmaciens du secteur privé desservant l'usager » (31). Ce profil pharmacologique est propre au logiciel de la pharmacie de ville.

** Au Québec, il existe un outil professionnel provincial sécurisé qui permet de collecter, de conserver et de consulter des données médicales sur les patients. Une liste de médicaments peut être obtenue à l'aide de cet outil à moins que l'usager ait manifesté son droit de refus : c'est le Dossier Santé Québec (DSQ) (31).

Le DSQ contient 3 domaines de données disponibles qui sont (39) :

- Le domaine « Médicament » avec la liste des médicaments prescrits ou vendus sous contrôle pharmaceutique et servis dans les pharmacies communautaires.
- Le domaine « Laboratoire » avec les résultats des analyses de laboratoire effectuées dans un établissement ou un laboratoire de biologie médicale privé du Québec.
- Le domaine « Imagerie » avec les résultats des examens d'imagerie médicale effectués dans un établissement ou un laboratoire privé d'imagerie médicale générale ou de radiologie diagnostique spécifique à la médecine.

La création et la consultation (par les professionnels de santé désignés) de ce DSQ est automatique sauf si le patient en a émis son refus. En effet, la Loi concernant le partage de certains renseignements de santé prévoit que « Toute personne recevant des services de santé ou des services sociaux est présumée avoir consenti à la communication, au moyen du DSQ, des renseignements de santé la concernant »(40).

3.4.1.2 QUI REALISE LA COLLECTE DES DONNÉES ?

En France, comme au Québec, les personnes réalisant la collecte de données, doivent suivre une formation théorique, passer une évaluation d'habilitation et une formation pratique avant de pouvoir pratiquer la CTM.

En France, selon la HAS, tout professionnel de santé, qu'il soit médecin ou pharmacien (praticien, interne ou externe), sage-femme, chirurgien-dentiste, infirmier, préparateur en pharmacie hospitalière peut réaliser la collecte des données (8). En pratique, les étudiants en pharmacie (internes et externes) participent activement au recueil. Les établissements de santé tendent à élargir l'activité aux PPH.

Au Québec, les Assistants Techniques en Pharmacie (équivalent des Préparateurs en Pharmacie Hospitalière (PPH) en France), sous la responsabilité du pharmacien, réalisent la collecte des données ainsi que les entretiens patients (38).

3.4.2 COMPARAISON DU BILAN MEDICAMENTEUX OPTIMISÉ (FRANCE) OU MEILLEUR SCHÉMA THÉRAPEUTIQUE POSSIBLE (QUÉBEC) AVEC L'ORDONNANCE RÉDIGÉE À L'ADMISSION

Pour cette étape, il faut récupérer l'Ordonnance des Médicaments à l'Admission (OMA) comme elle est désignée en France, c'est-à-dire l'ordonnance rédigée lors de l'arrivée du patient à l'hôpital. Au Québec, elle est nommée Ordonnance à l'Admission (OA).

L'objectif est de comparer respectivement en France le BMO avec l'OMA et au Québec le MSTP avec l'OA et de mettre en évidence d'éventuelles divergences.

La comparaison entre les deux listes de médicaments entrainera un statut pour chaque médicament, il en existe six (15) :

Arrêté : le traitement est présent dans le BMO mais pas dans l'OMA, il a donc été arrêté

Suspendu : traitement suspendu pendant une période déterminée

Modifié : la DCI du médicament est la même sur l'OMA et le BMO mais la forme galénique, la posologie ou le dosage sont différents

Poursuivi : le traitement sur le BMO est reconduit sur l'OMA à la même posologie, même dosage et même forme galénique

Ajouté : une nouvelle ligne de traitement sur l'OMA a été ajoutée pendant l'hospitalisation

Substitué : traitement équivalent à celui présent sur le BMO (livret thérapeutique de l'hôpital)

En revanche, au Québec, le remplissage des données de l'Ordonnance à l'Admission (OA) se fait via le logiciel informatique GESPHARx®. Avec ce logiciel il y aura donc une seule et même liste de médicaments. Si le médicament a été mis en place à l'hôpital, il y aura l'apparition du sigle « HOP », s'il était déjà utilisé par le patient avant l'hospitalisation, l'icône d'une petite maison sera noté. Il est possible d'avoir plusieurs fois la même DCI si, par exemple, le dosage à l'hôpital et avant l'hospitalisation n'est pas le même. Pour les médicaments instaurés avant l'hospitalisation il y aura un commentaire noté si ce dernier a été cessé ou positionné comme non actif depuis l'admission.

3.4.3 CARACTÉRISATION DES DIVERGENCES ENTRE LE BILAN MÉDICAMENTEUX OPTIMISÉ (FRANCE) OU MEILLEUR SCHÉMA THÉRAPEUTIQUE POSSIBLE (QUÉBEC) ET L'ORDONNANCE RÉDIGÉE À L'ADMISSION

En France, comme au Québec, une analyse des divergences est réalisée entre le BMO (ou MSTP) et l'ordonnance rédigée à l'admission. La définition de divergence est identique, elle correspond à la présence d'une différence entre le traitement médicamenteux pris par le patient et les médicaments prescrits au moment de l'admission. Elle peut concerner : le médicament lui-même, la posologie, la forme galénique, le dosage ou le plan de prise (38,41).

En France il existe différentes divergences (41) :

- Divergence Intentionnelle Documentée (DID) : la divergence est documentée dans le dossier du patient, l'information est donc disponible ;
- Divergence Intentionnelle Non Documentée (DIND) : l'information a été prise en compte par le prescripteur mais n'est pas disponible dans le dossier patient, il y aura un risque d'erreur lors des prochaines prescriptions si elle n'est pas renseignée au plus vite ;
- Divergence Non Intentionnelle (DNI) : la divergence est issue d'une méconnaissance, elle n'est pas voulue. Elle peut être de différentes sortes, une omission, une erreur de DCI, de dosage ou de posologie.

Pour chaque ligne de traitement, le type de divergence (DID, DIND, DNI ou absence de divergences) est mentionné. Pour les DNI sont spécifiées : les omissions, les erreurs de DCI, les erreurs de dosage ou les erreurs de posologie.

Le pharmacien (ou l'interne selon les établissements), après avoir analysé et validé les divergences, transmet au médecin la CTM et ses commentaires. La collaboration entre médecin et pharmacien permettra de corriger d'éventuelles divergences et de réaliser des modifications d'ordonnances.

Au Québec, seules la divergence intentionnelle (DI) et non intentionnelle (DNI) existent. Elles ont toutes les deux la même définition qu'en France.

Après avoir fait une analyse pharmaceutique des traitements du patient, le pharmacien imprime le document via GESPHARx® et le transmet au médecin qui décidera de la conduite à tenir en cochant les cases correspondantes (continuer, modifier, cesser). Le BCM au Québec, une fois signé par le médecin, fait office de nouvelle ordonnance.

Voici, sur les figures 4 et 5 ci-dessous, un récapitulatif des étapes de la CTM (France) et du BCM (Québec) :

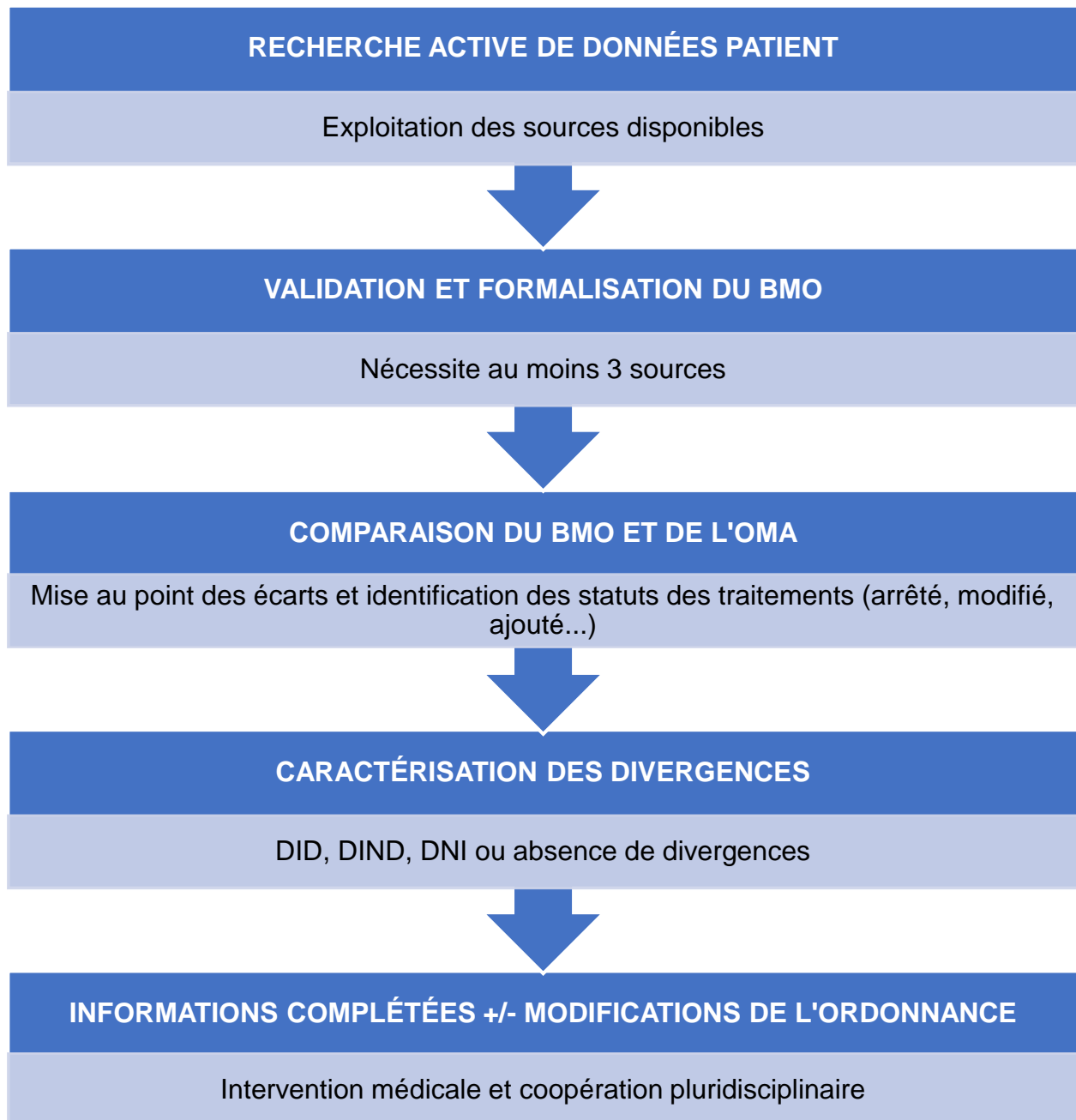


Figure 4 : Les étapes de la Conciliation Médicamenteuse en France

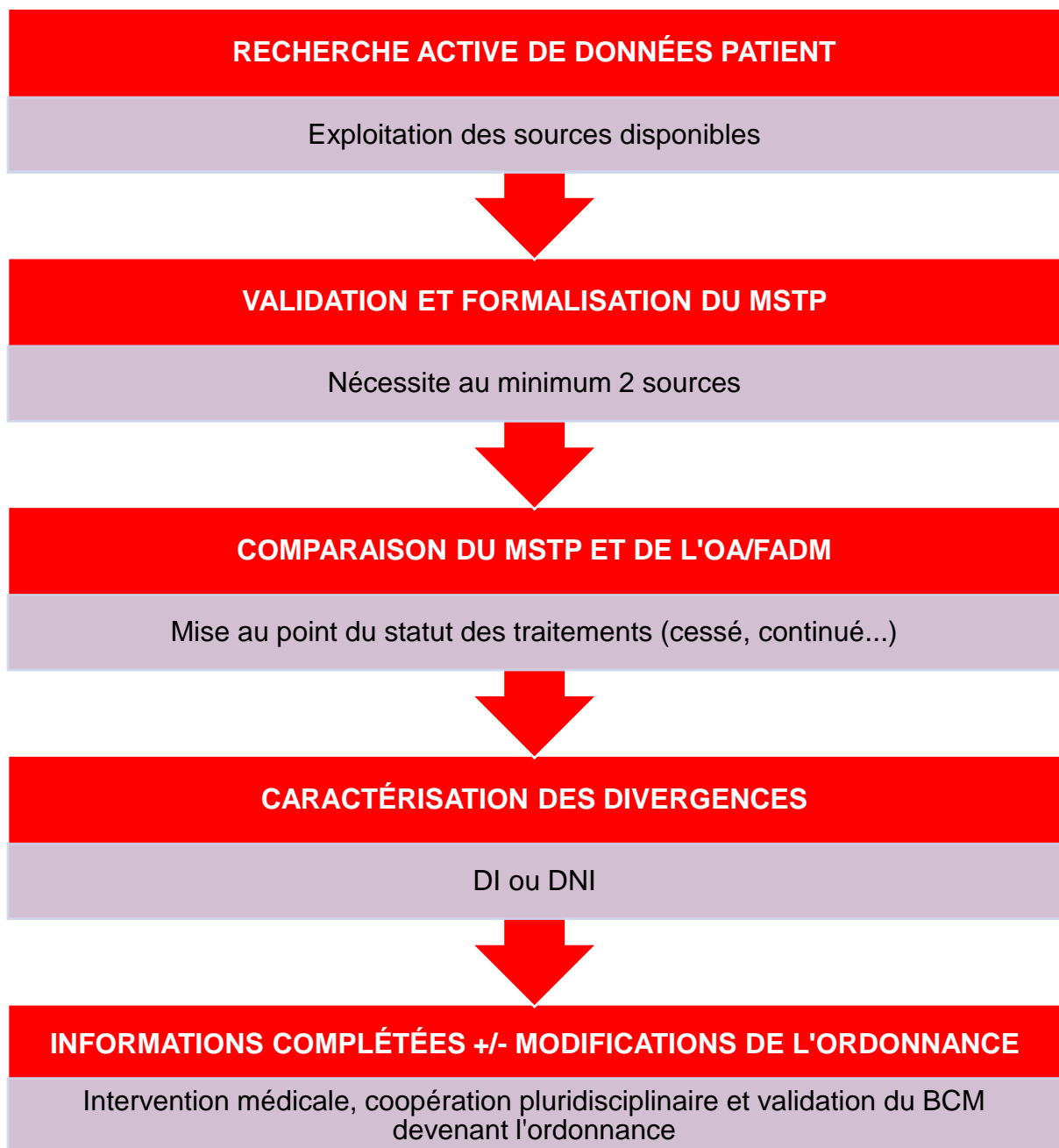


Figure 5 : Les étapes du Bilan Comparatif des Médicaments au Québec

3.5 LA CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE (FRANCE) ET LE BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS (QUÉBEC) À LA SORTIE

La CTM à la sortie permet une continuité des traitements médicamenteux lors du retour du patient au domicile ou en institution. Il convient de transmettre les informations aux professionnels de santé de ville.

En France, le processus reste le même qu'une CTM à l'entrée mais la comparaison du BMO (qui a été réalisé à l'entrée) ne se fait pas avec l'OMA mais cette fois-ci avec l'Ordonnance des Médicaments à la Sortie. Selon les établissements, la conciliation médicamenteuse de sortie peut être réalisée de façon manuscrite ou informatisée.

Au Québec, le BCM à la sortie d'une hospitalisation d'un patient est appelé : « BCM au congé ». Le but du BCM lors d'un congé est de comparer les médicaments pris par le patient avant l'admission (MSTP) et ceux pris à l'hôpital avec les médicaments qui doivent être pris après le départ du patient de l'hôpital, pour s'assurer que tous les changements sont intentionnels et que les divergences sont résolues avant le congé. Une fiche de BCM au congé est donc réalisée avec le MSTP et la liste des médicaments du patient des dernières 24 heures sur GESPHARx®. Lorsque la fiche est complète et l'analyse pharmaceutique faite, le médecin aura juste à cocher la case qui correspond et à signer la fiche qui fera office d'ordonnance de sortie (au congé) comme nous avons pu le voir auparavant.

3.5.1 LA FICHE DE LIAISON DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

En France, lors d'une CTM de sortie, une liste récapitulative des modifications des traitements, entre l'entrée et la sortie, est réalisée. Cette fiche de liaison assure un lien ville-hôpital puisqu'elle est envoyée au pharmacien d'officine et au médecin traitant du patient. Elle est transmise automatiquement par courrier postal, par fax ou par messagerie sécurisée.

Au Québec, selon la procédure mise en place (31) :

« L'ordonnance au congé devrait être transmise à l'aide d'un processus systématique aux personnes suivantes :

- Le patient ou son aidant ;
- Le pharmacien communautaire du patient ;
- Le médecin de famille ;
- L'intervenant en soins de longue durée, s'il y a lieu ;
- L'intervenant en soins à domicile, s'il y a lieu ;
- L'intervenant de l'établissement de soins, s'il y a lieu.

L'ordonnance au congé devrait contenir les éléments suivants :

- Les nouveaux médicaments que le patient a commencé à prendre lors de son séjour dans l'établissement de santé ;
- Les médicaments cessés ;
- Les médicaments modifiés ;
- Les médicaments non modifiés que le patient doit continuer à prendre ;
- Les modifications apportées par l'établissement de santé aux médicaments inscrits ou non inscrits au formulaire de l'établissement de santé ;
- Les nouveaux médicaments que le patient doit commencer à prendre lors de son congé ».

Les ordonnances au congé n'étant pas systématiquement sous forme de BCM, il arrive que le transfert d'informations présenté ci-dessus ne soit pas réalisé. En revanche, si le BCM au congé est réalisé, le transfert d'informations a lieu, celui-ci sera envoyé par fax le plus souvent ou par courrier.

	CTM en FRANCE	BCM au QUÉBEC
<i>Réalisation du BMO (ou MSTP)</i>	<p>Manuscrit ou informatisé</p> <p>Réalisé par tout professionnel de santé</p> <p>3 sources minimum</p>	<p>Logiciel dédié (GESPHARx®)</p> <p>Réalisé par les assistants techniques en pharmacie sous la responsabilité du pharmacien.</p> <p>2 sources minimum</p>
<i>Validation de la CTM (ou BCM)</i>	<p>Modification de l'ordonnance par le médecin si nécessaire.</p>	<p>Le BCM peut faire office d'ordonnance après la validation.</p>

Tableau 2 : Les principales différences entre la Conciliation Médicamenteuse (France) et le Bilan Comparatif des Médicaments (Québec)

Dans cette première partie, la comparaison de la conciliation médicamenteuse entre la France et le Québec a montré que la méthodologie utilisée pour sa mise en œuvre est très similaire.

Nous retiendrons quelques différences importantes telles que le nombre de source nécessaire pour l'obtention du BMO (ou MSTP) et le BCM au Québec qui peut faire office d'ordonnance.

Concernant le transfert des informations vers la ville lors de la sortie d'hospitalisation, nous allons nous intéresser à la perception des professionnels de santé de ville sur cette démarche et explorer les pistes d'amélioration.

**PARTIE 2 : LA CONCILIATION
MÉDICAMENTEUSE ET LE BILAN COMPARATIF
DES MÉDICAMENTS EN SORTIE
D'HOSPITALISATION : PERCEPTION DU
PHARMACIEN DE VILLE ET PISTES
D'AMÉLIORATION**

1 OBJECTIFS

La conciliation médicamenteuse est aujourd'hui mise en œuvre depuis plusieurs années en France et au Québec.

La méthode et les outils utilisés pour sa mise en œuvre ont été identifiés.

Nous avons souhaité nous intéresser au pharmacien de ville qui joue un rôle majeur dans cette démarche.

L'objectif de cette étude est d'établir un état des lieux de la perception du pharmacien de ville par rapport à la conciliation médicamenteuse en France et au Québec et d'identifier leurs attentes afin d'apporter des pistes d'amélioration.

2 MÉTHODES

Lors de ma 5^{ème} année Hospitalo-Universitaire j'ai souhaité réaliser un stage au Québec. Celui-ci s'est déroulé du 1^{er} Juillet au 6 Septembre 2019 au sein de l'équipe de pharmacie du Centre d'hébergement longue durée de Notre-Dame-de-la-Merci qui appartient au Centre Intégré Universitaire de Santé et de Service Sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS du NIM). Le CIUSSS du NIM intègre les services de 3 hôpitaux généraux (Hôpital Fleury, Hôpital Jean-Talon et Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal), de 6 Centres Locaux de Service Communautaire (CLSC) et de 10 centres d'hébergement, tout en entretenant des liens étroits avec des partenaires de la communauté. L'établissement intègre à sa mission principale une mission complémentaire d'enseignement et de recherche. Il est reconnu à titre de centre affilié universitaire. Au cours de ce stage j'ai été sollicité pour la réalisation d'une étude sur la perception des pharmaciens de ville sur la conciliation médicamenteuse et les pistes d'amélioration possible. Le but était de savoir quel type d'ordonnance était reçu par le pharmacien de ville lors de la sortie d'hospitalisation du patient, de savoir en combien de temps il recevait cette ordonnance, si elle contenait toutes les informations nécessaires à son sens et pour finir de proposer des suggestions d'amélioration de cette conciliation.

A mon retour en France, ayant remarqué des différences de pratique entre les 2 territoires, j'ai voulu réaliser la même étude qu'au Québec mais cette fois-ci dans un établissement français : le Centre Hospitalier Charles Perrrens (CHCP). Le CHCP est un établissement de santé mentale situé à Bordeaux, organisé en 6 pôles dont 4 pôles cliniques adulte, 1 pôle de pédopsychiatrie et 1 pôle d'addictologie. Il dispose également de centres ressources (autisme) et de centres experts (anxiété/dépression, trouble bipolaire, schizophrénie) et où l'activité de conciliation médicamenteuse est très intégrée depuis sa mise en place en 2013.

Il a donc fallu modifier le questionnaire pour pouvoir l'adapter au système de santé Français. Le questionnaire québécois comprenait 9 questions (annexe 13) tandis que le questionnaire français en comptait 11 (annexe 14). Chaque questionnaire a été préalablement validé auprès des pharmaciens : par les pharmaciens membres du comité exécutif de la Table Territoriale des pharmaciens du Centre Intégré Universitaire de Santé et de Service Sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal pour le Québec et par les pharmaciens du Centre Hospitalier Charles Perrens pour la France. Les questions étaient de plusieurs types, soit des questions à choix multiples, soit des questions à échelle de niveaux de satisfaction, soit des questions ouvertes.

L'étude a donc été réalisée en 2 temps :

1. Au Québec, au sein des 3 hôpitaux généraux du Centre Intégré Universitaire de Santé et de Service Sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal du 11 au 25 Juillet 2019 lors de mon stage 5-AHU.
2. Puis en France, au sein du Centre Hospitalier Charles Perrens du 20 Juillet 2020 au 20 Septembre 2020.

Pour cette étude, nous avons établi un tableau Excel permettant de lister les patients ayant reçu une CTM (ou un BCM au Québec) en entrée et en sortie d'hospitalisation. Pour chaque patient concilié, les coordonnées de la pharmacie, avec laquelle la CTM avait été réalisée, étaient renseignées. Les pharmaciens d'officine concernés étaient contactés par téléphone afin d'obtenir leur accord pour participer à l'étude. La transmission du questionnaire se faisait par fax, messagerie sécurisée ou via le lien Google Form créé à cette occasion. Pour l'étude française, afin d'optimiser le nombre de retour des pharmacies de ville, nous avons pris la décision de proposer aux pharmaciens de répondre au questionnaire oralement par téléphone.

Les réponses devaient être renvoyées dans les 3 jours suivant la sortie du patient. Au-delà de 3 jours, les réponses n'étaient pas prises en compte supposant, que le patient s'était sûrement présenté dans une autre pharmacie.

3 RÉSULTATS

3.1 AU QUÉBEC

- ❖ Sur 173 pharmacies sollicitées, 50 questionnaires ont été retournés soit un taux de réponse de 29%.
- ❖ Parmi ces 173 sorties d'hospitalisation, 38 usagers (22%) sortaient de l'Hôpital Jean-Talon, 41 usagers (24%) sortaient de l'Hôpital Fleury et 94 usagers (54%) sortaient de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal.
- ❖ Dans 72% des cas, les ordonnances ont été reçues par le pharmacien communautaire le jour même, dans 18% des cas, le lendemain ou le surlendemain et dans 2% des cas l'ordonnance a été reçue la veille. Pour 8% des cas, le pharmacien n'a pas reçu l'ordonnance dans les 3 jours suivant la sortie de l'utilisateur de l'hôpital, ils n'ont donc pas été pris en compte pour la suite de l'étude.

- ❖ D'après la figure 6 ci-dessous, 85% des usagers quittent l'hôpital avec une ordonnance de sortie sur formulaire de BCM, 11% avec une ordonnance manuscrite et 4% avec une ordonnance sur un profil pharmacologique de l'hôpital (ordonnance rédigée directement sur le profil pharmacologique qui a été envoyé par la pharmacie communautaire à l'entrée de l'hospitalisation).

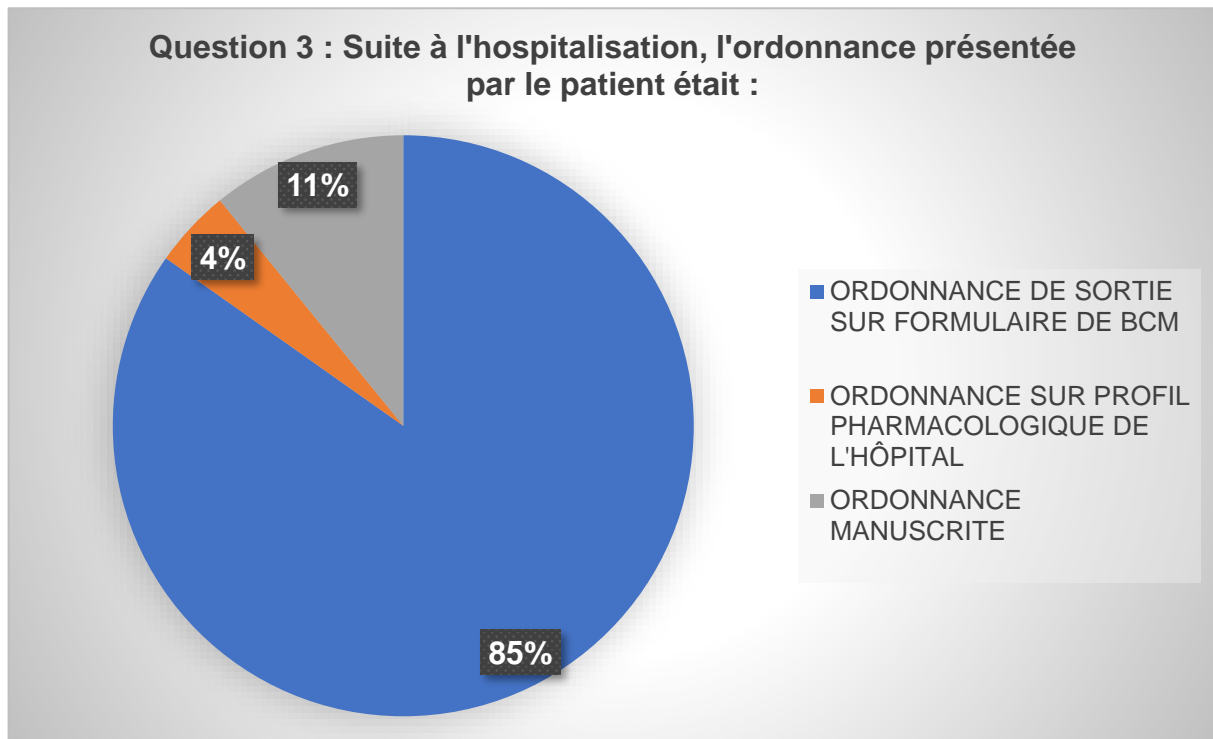


Figure 6 : Les différents types d'ordonnances présentées par le patient au pharmacien communautaire

- ❖ Dans 83% des cas, les pharmaciens interrogés considèrent que l'ordonnance avait les informations nécessaires et 17% d'entre eux qu'il manquait au moins une information pour mener à bien les soins et services pharmaceutiques requis (figure 7).

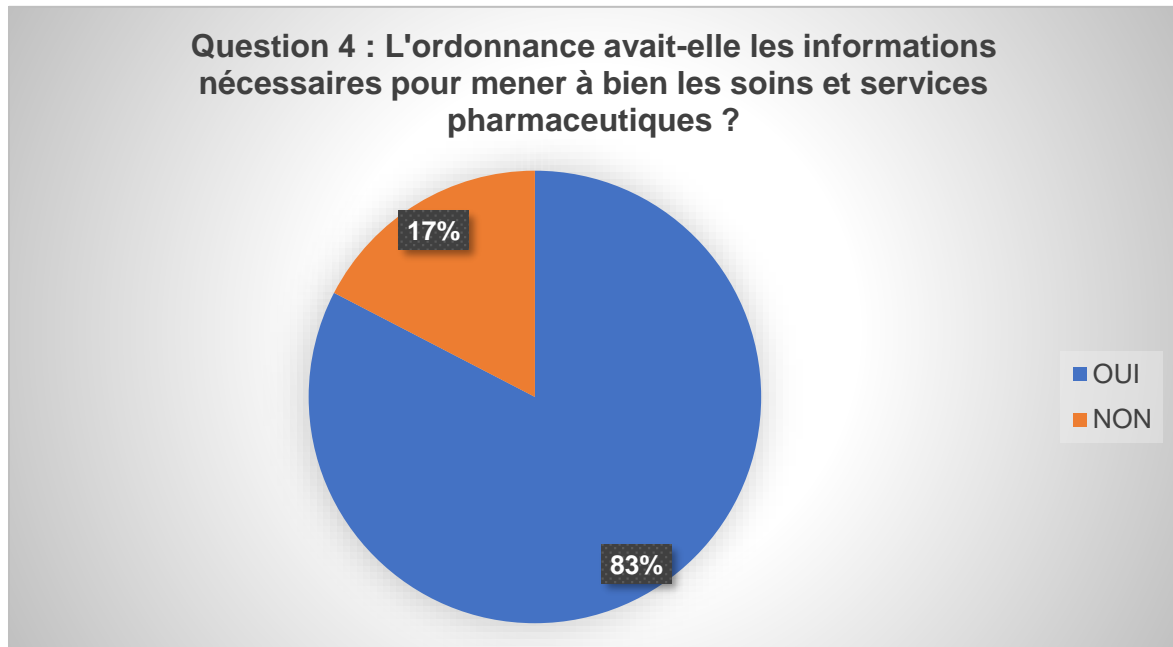


Figure 7 : Ordonnances et informations nécessaires pour le pharmacien communautaire

- ❖ Parmi les informations manquantes, ont été cités les éléments ci-dessous :
 - Represcription de médicaments débutés lors de l'hospitalisation (seulement coché « continuer »)
 - Date d'admission
 - Nombre de renouvellements
 - Médicaments pris à domicile avant l'hospitalisation

- ❖ Lorsqu'une information était manquante sur l'ordonnance, les interventions du pharmacien qui ont été réalisées étaient les suivantes (figure 8) :

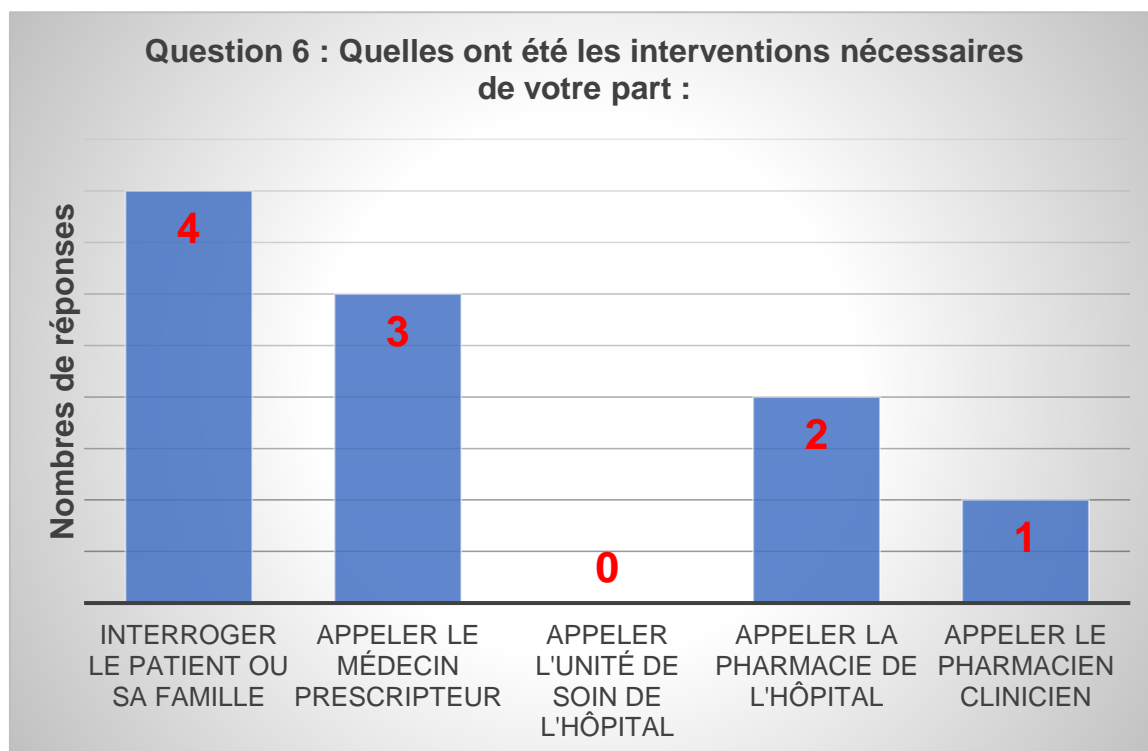


Figure 8 : Les interventions nécessaires du pharmacien en cas de manque d'informations sur l'ordonnance

- ❖ À la question n°7 du questionnaire « Avez-vous eu des difficultés à joindre la bonne personne ou le bon professionnel pour obtenir les informations manquantes ? », 2 pharmaciens ont répondu OUI. En effet dans ces 2 cas le médecin de l'hôpital n'a pu être contacté.

- ❖ D'après la figure 9 ci-dessous, 98% des pharmaciens communautaires interrogés apprécient fortement qu'un BCM au congé soit systématiquement réalisé lorsque les usagers se présentent à leur pharmacie à la suite d'une hospitalisation.

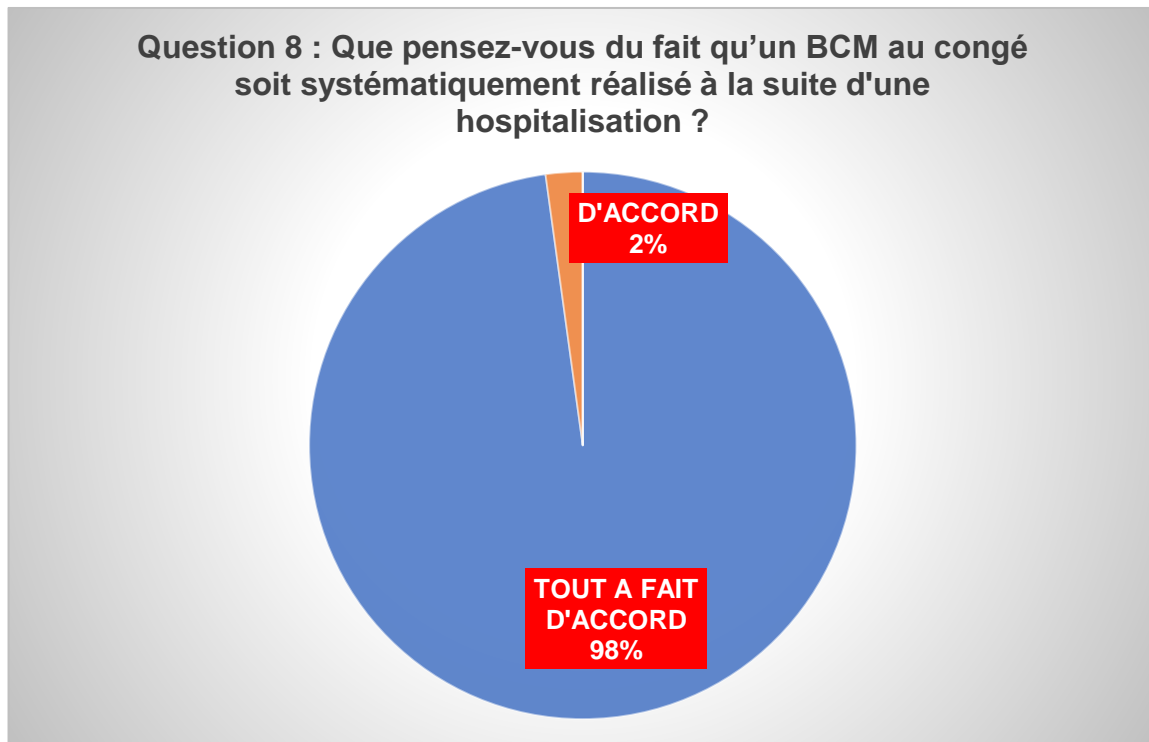


Figure 9 : Taux de satisfaction des pharmaciens communautaires sur la réalisation systématique d'un Bilan Comparatif des Médicaments

- ❖ À la question : « Avez-vous des suggestions d'amélioration sur le processus de BCM qui pourraient faciliter votre travail en tant que pharmacien communautaire ? », les réponses des pharmaciens participant à l'étude ont été recueillies dans le tableau 3 ci-dessous.

Suggestions d'amélioration par le pharmacien de ville	Nombre	%
Inscrire la raison de l'hospitalisation	8	22
Inscrire la raison pour chaque modification de traitement	7	19
Inscrire les coordonnées de qui contacter en cas de problèmes/questions (médecin, pharmacien, infirmière)	3	8
Transmission du BCM par fax avant 17h le jour de la sortie	3	8
Indiquer le diagnostic	3	8
Codes d'exceptions RAMQ (équivalent de l'ordonnance d'exception en France) et narcotiques bien prescrits par le médecin	3	8
Noter le nombre de jours et de comprimés remis au patient à la sortie	2	6
Baser le BCM sur le profil pharmacologique de la pharmacie	1	3
Indiquer la date réelle de sortie d'hôpital	1	3
Avoir un BCM universel	1	3
Indiquer âge/poids/taille/clairance	1	3
S'assurer que les nouveaux traitements ont des renouvellements (et pas simplement cocher « continuer »)	1	3
Mentionner les médicaments à cesser, le fait qu'ils ne figurent pas sur le BCM n'est pas synonyme de cesser	1	3
Envoyer le BCM la veille de la sortie d'hospitalisation	1	3
Total	36	100

Tableau 3 : Suggestions d'amélioration du Bilan Comparatif des Médicaments proposées par le pharmacien communautaire

3.2 EN FRANCE

- ❖ Parmi les 72 pharmacies sollicitées, 23 questionnaires ont été retournés soit un taux de réponse de 32%.
- ❖ La figure 10 ci-dessous, se consacre au niveau de connaissance de la CTM par les pharmaciens d'officine. Il ressort que 39% des pharmaciens questionnés connaissent parfaitement le déroulé de la CTM, 39% le connaissent partiellement et 22% ne le connaissent pas du tout.

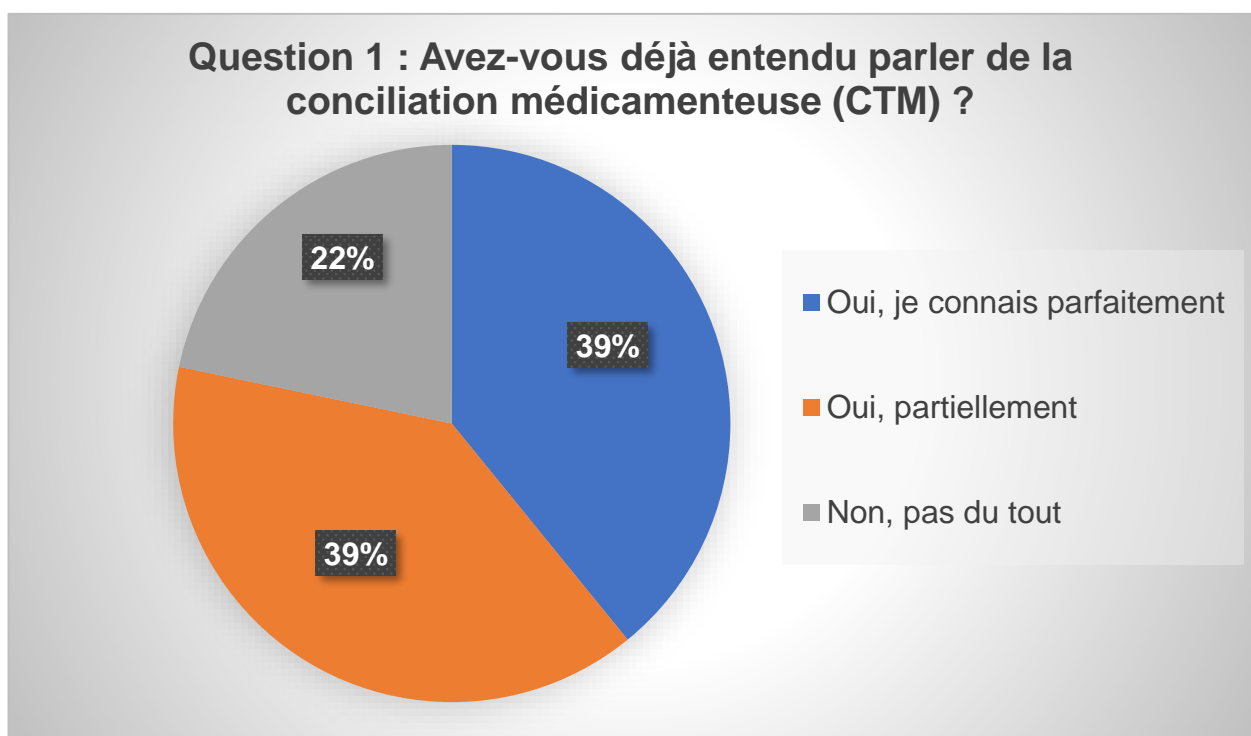


Figure 10 : Niveau de connaissance de la Conciliation Médicamenteuse par le pharmacien d'officine

- ❖ Les courriers de CTM lors de la sortie d'hospitalisation des patients ont été reçus par le pharmacien d'officine dans 82,6% des cas, et non reçus pour 17,4% d'entre eux.
- ❖ La figure 11, montre par quel moyen les courriers de CTM ont été envoyés aux pharmaciens d'officine : 47% des courriers ont été envoyés par fax, 37% par messagerie sécurisée et 16% par courrier postal.

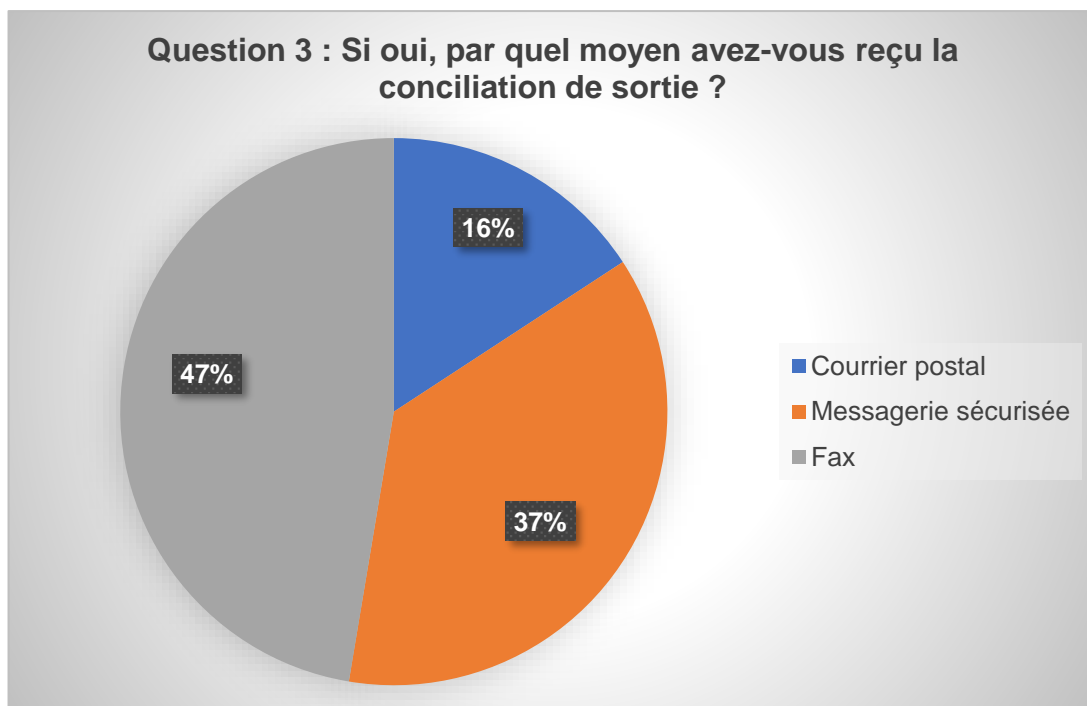


Figure 11 : Mode de transmission de la Conciliation Médicamenteuse aux pharmaciens d'officine

- ❖ Concernant la messagerie sécurisée plus spécifiquement, sur les 23 réponses recueillies, 13 pharmaciens (57%) affirment ne pas utiliser leur messagerie sécurisée régulièrement (contre 10 pharmaciens (43%) l'utilisant régulièrement). Les raisons de l'utilisation irrégulière de cette messagerie sécurisée sont multiples :
 - Messagerie sécurisée non créée
 - Messagerie classique plus simple d'utilisation
 - Peu de mail reçu sur cette messagerie sécurisée
 - Absence de notification lors de la réception d'un mail sur la boîte mail sécurisée

- ❖ Parmi les patients qui se sont présentés à la pharmacie d'officine avec leur ordonnance de sortie d'hospitalisation :
 - 44% (10) sont venus le jour même de la sortie
 - 13% (3) le lendemain
 - 13% (3) le surlendemain
 - 30% (7) au-delà de 3 jours

- ❖ Parmi les 23 réponses, 9 pharmaciens (39%) ont reçu le courrier de CTM avant que le patient se présente à l'officine avec l'ordonnance.

- ❖ À 3 reprises, un manque d'informations nécessaires sur le courrier de CTM a été souligné par les pharmaciens d'officine. Les informations manquantes mentionnées ont été :
 - L'absence de la durée du traitement
 - L'absence des coordonnées du médecin traitant
 - L'absence des raisons du changement du traitement

Dans ces situations, la famille ou le patient lui-même ont été interrogés. Le médecin traitant, ou l'unité de soin de l'hôpital n'ont pu être contactés dans les deux cas où la situation s'est présentée.

- ❖ Dans la figure 12 ci-après, est mis en évidence l'intérêt des pharmaciens d'officine pour la réalisation systématique d'une CTM à la suite d'une hospitalisation. En effet, 61% (14 réponses) des pharmaciens trouvent un intérêt majeur cette mise en place systématique de la CTM en sortie d'hospitalisation.

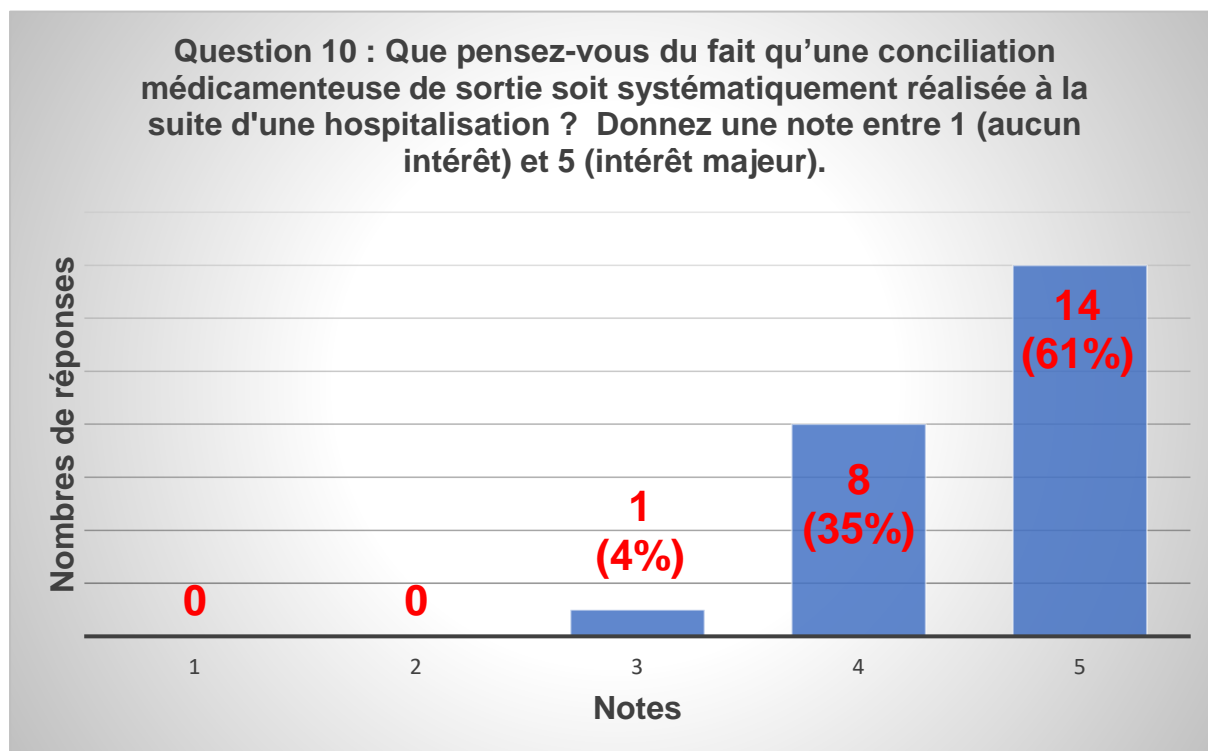


Figure 12 : Intérêt des pharmaciens d'officine pour la réalisation systématique de la Conciliation Médicamenteuse

- ❖ Le tableau 4, présente les réponses des pharmaciens d'officine à la question « *Avez-vous des suggestions d'amélioration sur le processus de Conciliation Médicamenteuse en sortie d'hospitalisation et le lien ville-hôpital qui pourraient faciliter votre travail en tant que pharmacien d'officine ?* ».

Suggestions d'amélioration par le pharmacien de ville	Nombre	%
Améliorer le DMP pour pouvoir l'utiliser	2	14
Envoyer le courrier de CTM par boîte mail courante	2	14
Appeler la pharmacie avant de faxer la CTM, pour prévenir la sortie du patient et l'envoi du courrier de liaison	1	8
Perfectionner la messagerie sécurisée	1	8
Intégrer la Conciliation Médicamenteuse sur la carte vitale	1	8
Orienter le patient à sa sortie d'hospitalisation, vers sa pharmacie habituelle	1	8
Remettre la conciliation au patient et l'orienter vers sa pharmacie habituelle	1	8
Préciser le niveau de connaissance du patient sur son traitement	1	8
Renseigner les coordonnées du médecin traitant	1	8
Transmettre l'ordonnance la veille de la sortie du patient	1	8
Indiquer la durée du traitement	1	8
Total	13	100

Tableau 4 : Suggestions d'amélioration de la Conciliation Médicamenteuse proposées par le pharmacien d'officine

4 DISCUSSION

La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient et la lutte contre l'iatrogénie sont des enjeux majeurs de santé publique. Des points critiques à l'origine d'erreurs médicamenteuses ont été identifiés. Il s'agit notamment des points de transition de soins c'est à dire l'admission, le transfert et la sortie d'hospitalisation. La conciliation des traitements médicamenteux a été mise en place afin de sécuriser ces points de transition.

L'objectif de la conciliation médicamenteuse et sa mise en œuvre globale en France et au Québec sont très semblables mais il existe des différences en lien avec des systèmes de santé différents. Lors de mon stage au Québec, j'ai pu remarquer ces différences avec la France mais le but était toujours le même : sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient. La réalisation de l'étude et du questionnaire au Québec, m'a donné l'idée de faire de même en France et de pouvoir comparer les deux, tout en ciblant la place du pharmacien d'officine. Dès le début de ce travail, nous savions que l'élaboration du questionnaire allait être différente pour chacun des deux territoires de par ces deux systèmes de santé différents. C'est pourquoi il a fallu adapter les questions et ainsi créer deux questionnaires distincts, l'un à destination des pharmaciens communautaires du Québec (annexe 13) et l'autre aux pharmaciens d'officine de France (annexe 14).

Le nombre de réponses obtenues par questionnaire est de 29% pour le Québec avec 50 réponses sur 173 pharmacies sollicitées et 32% pour la France avec 23 réponses sur 72 pharmacies sollicitées. Mais ces pourcentages de réponses peuvent être discutés puisque les périodes pour obtenir les réponses ont été différentes entre la France et le Québec. Ceci peut être expliqué par le fait que l'étude était basée sur l'exploitation des données de 3 hôpitaux différents au Québec, soit un panel de pharmacies à contacter plus important, alors qu'en France, un seul hôpital a été sollicité, donc un panel de pharmacies à contacter moins important. L'étude québécoise a ainsi duré 15 jours et l'étude française a été poursuivie pendant 2 mois avec l'appel téléphonique des pharmaciens d'officine, afin d'obtenir un maximum de réponses.

La conciliation médicamenteuse est une pratique ancrée au Québec. En France, le pharmacien d'officine semble avoir moins de connaissances sur ce sujet. En effet la question « Avez-vous déjà entendu parler de la conciliation médicamenteuse ? » est absente du questionnaire réalisé au Québec. De plus, 22% des pharmaciens français ayant répondu au questionnaire n'ont jamais entendu parler de la conciliation médicamenteuse. Ce résultat peut être mis en regard d'un questionnaire similaire, réalisé en 2014 au sein du CHCP pour évaluer la satisfaction des professionnels de santé de ville concernant la conciliation médicamenteuse. Les résultats de l'étude montraient que sur les 25 réponses de pharmaciens d'officine récoltées, 60% n'en avaient aucune connaissance (41). Six ans plus tard, la situation a sensiblement évolué. Parmi les facteurs ayant pu contribuer à cette évolution, nous pouvons noter la mise en place de différents types de formation. En effet, depuis quelques années dans le cursus des étudiants en pharmacie de 5^{ème} année, des cours sont dédiés à la conciliation médicamenteuse pour toutes les filières (officine, industrie, internat). De plus, des formations ont été mises en place, et accessibles pour les pharmaciens d'officine dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC). Ceci permet donc au pharmacien de découvrir ce qu'est la conciliation médicamenteuse et par conséquent une meilleure gestion de celle-ci à l'officine quand elle se présente. L'arrêté du 31 juillet 2019 définit les orientations pluriannuelles prioritaires du DPC pour les années 2020 à 2022 et inclue la nouveauté d'orientations spécifiques selon la profession et les spécialités. Selon cet arrêté, une des orientations spécifiques pour les pharmaciens officinaux est la conciliation médicamenteuse (42). Il est donc probable que dans les années futures, la connaissance de la conciliation médicamenteuse par le pharmacien d'officine s'améliore.

Concernant les différents supports, il existe au Québec plusieurs types d'ordonnances valides. Le questionnaire a permis de savoir quel type d'ordonnance était délivré à la sortie et donc de voir le taux de BCM réalisé en sortie d'hospitalisation puisque ce dernier peut faire office d'ordonnance lorsqu'il est signé par le médecin prescripteur. De ce fait, les résultats ont montré que 85% des pharmaciens de ville avait reçu un formulaire BCM en sortie d'hospitalisation du patient et donc que dans 15% des cas, malgré le BCM réalisé à l'entrée de l'hospitalisation, aucun BCM de sortie n'était réalisé. Suite à ce résultat, en 2020, une nouvelle procédure a été mise en place au sein du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal pour optimiser le nombre de BCM réalisé. Désormais une seule source est nécessaire pour récolter les données et réaliser le MSTP : le Dossier Santé Québec (DSQ).

En France, un seul support fait office d'ordonnance mais deux documents existent, d'un côté l'ordonnance pour le patient et de l'autre le courrier de la conciliation médicamenteuse adressé aux professionnels de santé. Une suggestion d'amélioration a été proposée lors du questionnaire par un pharmacien d'officine français. Ce dernier proposait l'idée que l'ordonnance et la conciliation soient envoyées au pharmacien d'officine et que le patient n'est plus qu'à passer à la pharmacie pour chercher ses médicaments. Par ailleurs, les méthodes de transmission entre professionnels de santé ne sont pas les mêmes en France et au Québec. Nous avons voulu analyser l'utilisation de la messagerie sécurisée par les pharmaciens d'officine en France, ce qui n'a pas été fait au Québec puisqu'elle n'existe pas. Nous avons observé qu'en France l'utilisation du fax (47%) l'emportait sur celle de la messagerie sécurisée (37%). La plupart du temps la messagerie sécurisée n'est pas créée, trop peu de mails sont reçus ou une absence de notification sur la boîte mail classique font que la messagerie sécurisée n'est presque pas utilisée par les pharmaciens d'officine français. Parmi les suggestions d'amélioration proposées par les pharmaciens d'officine, 2 suggéraient l'envoi par boîte mail personnelle et 1 de perfectionner la messagerie sécurisée. La messagerie sécurisée avait pourtant été mise en place pour favoriser la communication entre professionnels de santé, pour sécuriser les données de santé et pour favoriser le lien ville-hôpital.

Au Québec, dans 8% des cas (n=4), le patient ne s'est pas présenté à l'officine dans les 3 jours suivant la sortie de son hospitalisation (celle contactée lors de la conciliation médicamenteuse à l'entrée de son hospitalisation). En revanche en France, cette situation s'est présentée dans 30,4% des cas (n=7). Ce résultat révèle que le suivi du parcours de soins du patient n'est pas toujours assuré. Ici, tout dépend de la pharmacie que le patient va choisir pour prendre ses médicaments. En effet, en France aucune pharmacie n'est attirée à un patient. Le patient peut récupérer son traitement en se rendant dans une autre pharmacie que celle avec laquelle la conciliation médicamenteuse a été réalisée à l'admission. Dans ces cas-là, le travail de conciliation médicamenteuse réalisé en amont est totalement perdu. De plus, notre étude ayant été réalisée au CHCP, la population psychiatrique prise en charge peut rendre l'observance du traitement fragile et diminuer la probabilité que le patient se rende dans sa pharmacie habituelle. Le but est donc de trouver un moyen de savoir dans quelle pharmacie le patient souhaite se rendre pour récupérer ses médicaments. Ceci permettrait d'envoyer le courrier de la conciliation médicamenteuse à la bonne pharmacie et ainsi d'éviter une perte d'informations. La sécurité du parcours de soins du patient serait donc assurée.

Par ailleurs, la difficulté pour joindre un professionnel de santé est présente aussi bien au Québec qu'en France. Il s'agit sans doute d'un élément organisationnel à retravailler. C'est pourquoi il faut noter l'importance de transmettre des informations exhaustives et correctes pour ne pas avoir à joindre les professionnels au moment de la dispensation des traitements.

Au Québec, le Dossier Santé Québec comme nous l'avons vu plus haut est devenu un outil indispensable pour la prise en charge des patients. En France, son potentiel équivalent serait le Dossier Médical Partagé (DMP). Une des suggestions, faite par un pharmacien de ville interrogé pour améliorer la conciliation de sortie, est d'en venir à l'utilisation de ce DMP pour le transfert des données. Le DMP est piloté depuis 2016 par la Caisse National d'Assurance Maladie, il permet de mettre à la disposition de chaque bénéficiaire de l'assurance maladie un carnet de santé électronique sécurisé. Le DMP peut être créé en ligne, en pharmacie, auprès d'un professionnel de santé équipés d'outils informatiques adaptés ou auprès d'un conseiller de l'organisme d'assurance maladie d'affiliation, ceci avec l'accord et le consentement éclairé du patient.

Il peut contenir les informations suivantes :

- L'historique des soins des 24 derniers mois ;
- Les résultats d'examens (radios, analyses biologiques) ;
- Les coordonnées des proches à prévenir en cas d'urgence ;
- Les antécédents médicaux (pathologies, allergies) ;
- Les comptes-rendus d'hospitalisation ;
- Les directives anticipées de fin de vie.

En décembre 2019, 8,4 millions de DMP étaient créés en France, c'est-à-dire un peu plus de 12% de la population (43). Une utilisation plus étendue de cet outil améliorerait sans doute la sécurité de prise en charge médicamenteuse du patient.

Dans les deux territoires, nous avons pu constater une forte adhésion par les pharmaciens d'officine à la réalisation systématique d'une conciliation médicamenteuse en sortie d'hospitalisation (96% des pharmaciens interrogés en France et 98% au Québec). Nous avons vu aussi que plusieurs améliorations ont été proposées par ces pharmaciens pour rendre plus performante l'activité de conciliation. Les suggestions diffèrent d'un territoire à l'autre. Au Québec, il y a deux points d'amélioration qui reviennent : l'inscription de la raison de l'hospitalisation du patient et l'inscription de la raison pour chaque modification de traitement qui semblent ne pas figurer systématiquement sur l'ordonnance de sortie. Une autre proposition a été soulignée par les pharmaciens communautaires du Québec : la transmission du BCM la veille de la sortie du patient, ce qui permettrait au pharmacien de ville d'étudier le dossier en amont de la délivrance des traitements et de pouvoir ainsi expliquer clairement les informations aux patients.

En France, il est suggéré d'améliorer le Dossier Médical Partagé pour pouvoir l'utiliser et voir les informations concernant le patient directement sur cet outil. Les pharmaciens d'officine préféreraient également être prévenus par téléphone en amont de l'envoi du courrier de conciliation médicamenteuse et surtout en amont de la sortie du patient. Ceci permettrait, comme au Québec, de pouvoir regrouper toutes les informations du patient avant son passage dans l'officine. Toutes ces suggestions montrent que le processus de conciliation et la communication entre professionnels de santé peuvent encore être améliorés toujours dans le même but : sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient et éviter les événements indésirables médicamenteux.

Par ailleurs, depuis 2018, la Pharmacie Clinique s'est aussi développée en ville par les pharmaciens d'officine en France avec le Bilan Partagé de Médication. Cette nouvelle mission du pharmacien semble se rapprocher du processus de la conciliation médicamenteuse. Les objectifs sont semblables avec une population ciblée similaire et une communication pluridisciplinaire indispensable.

En effet, d'après l'arrêté du 9 mars 2018, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie (44) :

« Les patients éligibles au Bilan Partagé de Médication sont les patients de 65 ans et plus avec au moins une affection de longue durée et les patients à partir de 75 ans, sous traitement au moment de l'adhésion, pour lesquels au moins cinq molécules ou principes actifs sont prescrits, pour une durée consécutive de traitement supérieure ou égale à 6 mois, durée constatée avant ou après l'adhésion au dispositif. »

Le Bilan Partagé de Médication repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle, tout particulièrement avec le médecin. Les Bilans Partagés de Médication sont associés à une réduction de la polymédication, une amélioration de la qualité de vie des patients et également une réduction des coûts. En France, le Bilan Partagé de Médication se définit d'après la HAS « comme une analyse critique structurée des médicaments du patient dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement ». Le Bilan Partagé de Médication s'appuie sur un entretien structuré avec le patient ayant pour objectif de réduire le risque d'iatrogénie, d'améliorer l'adhésion du patient et de réduire le gaspillage de médicaments. Ses objectifs sont donc en lien direct avec la pertinence, l'efficacité et la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient.

Mais un an après sa mise en place, les chiffres évoqués lors du salon Pharmagoraplus de mars 2019, montrent que seulement 15% des pharmacies (soit environ 3000 officines) ont réalisé des BPM (45).

Plusieurs raisons sont à l'origine de ce départ peu convainquant (46) :

- Le temps passé à la préparation et à l'entretien (2 à 3h par bilan)
- Patient non demandeur
- Problèmes matériels (pas de salle à disposition)
- Problèmes de communication entre les professionnels de santé
- Une rémunération jugée trop faible

Un développement plus massif du BPM participerait à l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse des patients en ambulatoire et pourquoi pas, le réaliser en amont d'une hospitalisation.

CONCLUSION

À travers ce travail, nous avons étudié la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse en France et au Québec.

Nous avons constaté que l'objectif et la méthode employée sont sensiblement les mêmes. Au Québec, comme en France, les professionnels tendent à concilier le plus grand nombre de patients tout en priorisant les patients en fonction de différents critères tels que l'âge, la pathologie, le nombre de médicaments et les classes de médicaments. En revanche des différences de pratiques ont également été mises en évidence notamment des outils utilisés lors de la transmission d'informations. En effet, au Québec, le Dossier Santé Québec est utilisé de manière systématique tandis qu'en France le fax et la messagerie sécurisée restent encore les outils de référence lors du transfert d'informations.

L'étude réalisée par le biais d'un questionnaire auprès des pharmaciens de ville québécois et français a permis de mettre en évidence des axes d'amélioration afin d'optimiser l'activité. À l'instar du Dossier Santé Québec, il apparaît qu'une utilisation plus étendue du Dossier Médical Partagé en France pourrait faciliter la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse lors du partage d'informations entre les différents professionnels de santé.

Le pharmacien de ville, à travers la conciliation médicamenteuse, joue un rôle primordial dans la continuité et la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient.

ANNEXES

Annexe 1 : Aide pour l'entretien patient au sein du Centre Hospitalier Charles Perrens pour la réalisation du Bilan Médicamenteux Optimisé

POUR L'OBTENTION D'UN BILAN MEDICAMENTEUX OPTIMISE (BMO)

Partie PATIENT / FAMILLE

Nom: _____ Prénom: _____ Service: _____

Introduction - Présentez-vous et dites votre profession

Je souhaiterais faire un point avec vous sur les médicaments que vous prenez à domicile. Je dispose d'une liste de médicaments extraite de votre dossier et souhaite m'assurer qu'elle est exacte et actualisée. Serait-il possible de m'entretenir avec vous sur vos traitements? »

Information Patient

Identification du patient
 Quel est votre nom ? Quel est votre prénom ? Quel âge avez vous ? ans

Origine
 Ou étiez vous avant d'arriver ici ?
 Domicile EPHAD Transfert service hospitalier Ré-hospitalisation

Adresse: _____ Ville / Code postal: _____
 Motif d'hospitalisation (facultatif): _____

Famille
 Puis-je contacter un de vos proches? OUI NON
 Comment pouvons-nous le/la contacter? Lien : _____
 Nom: _____ Tel: _____

Médecin traitant
 Nom: _____ Tel: _____
 Adresse: _____ Ville / Code postal: _____

Médecin spécialiste
 Nom: _____ Spécialité: _____

Pharmacie du patient
 Allez vous vous même à la pharmacie? OUI NON
 Si non, qui se déplace pour vous? _____
 Quel est le nom de la pharmacie où vous allez habituellement?
 Nom: _____ Tel: _____
 Adresse: _____ Ville / Code postal: _____

Infirmière à domicile (IDE) / Personne ressource
 Nom: _____ Tel: _____
 Nom: _____ Tel: _____

Allergies médicamenteuses
 Souffrez-vous d'allergies médicamenteuses ? OUI NON
 Si oui, pour quels médicaments et que se passe-t-il?

Avez-vous votre Carte Vitale ? OUI NON
 Puis-je consulter le DP? OUI NON

Faire signer le consentement pour l'accès au dossier pharmaceutique

Avez-vous apporté vos médicaments? OUI NON
 Avez-vous apporté vos prescriptions/ordonnances? OUI NON
 Puis-je les consulter? OUI NON

Annexe 2 : (Suite) Aide pour l'entretien patient au sein du Centre Hospitalier Charles Perrens pour la réalisation du Bilan Médicamenteux Optimisé

Médicaments pour le BMO

Traitements énoncés par le patient

Recueillez le **dosage**, la **voie d'administration** et la **fréquence** de chaque médicament.

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

Avez-vous récemment arrêté ou modifié votre traitement? OUI NON

Si oui, pour quelle raison ? _____

Médicaments en vente libre (OTC)

Prenez-vous des médicaments que vous achetez sans ordonnance? (ex: Aspirine, Maalox, Migralgine, etc)

Si oui, pour médicaments? _____

Vitamines / Minéraux / Compléments alimentaires

Prenez-vous des vitamines et/ou minéraux (ex: complexes vitaminés, BION, BEROCCA, Calcium, Fer)?

Si oui, lesquels? _____

Collyres yeux/Oreilles/Nez

Mettez-vous des collyres ou des gouttes dans les yeux? OUI NON

Utilisez-vous des inhalateurs (bouche, nez...)? OUI NON

Avez-vous des patchs ou crèmes (médicaments) à mettre sur la peau? OUI NON

Avez-vous des piqûres à la maison? OUI NON

Si oui, lesquels (Nom, Fréquence d'utilisation, dosage)? _____

Antibiotiques (ATB)

Avez-vous pris des ATB ces 3 derniers mois? OUI NON

Si oui, lesquels (Nom, Fréquence d'utilisation, dosage)? _____

Commentaires (ou autres questions portant sur l'observance, la difficulté de gestion de traitement, le pilulier, les difficultés dans la prise des traitements, ect.) : (questions facultatives à poser ou non selon les pratiques)

Conclusion

« Ceci conclut notre entretien. Je vous remercie d'avoir pris le temps de me répondre. Avez-vous des questions? Si vous vous rappelez de quelque chose après notre entretien, n'hésitez pas à me contacter pour compléter les informations. »

Annexe 3 : Aide pour l'entretien patient au sein du Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal pour la réalisation du Meilleur Schéma Thérapeutique Possible

COLLECTE DE DONNÉES – BCM

Poids : _____ kg _____ lbs Taille : _____ mètres _____ pieds

1. Avez-vous déjà eu une allergie à un ou des médicaments ?

Non Oui, inscrire médicament / type de réaction / année de la réaction

2. Avez-vous déjà eu une intolérance / effet secondaire à un ou des médicaments ?

Non Oui, inscrire médicament / réaction

3. Prenez-vous des médicaments sous prescription dans une ou plusieurs pharmacies ?

Non Oui (voir profil(s) de la (des) pharmacie(s))

4. Prenez-vous certains médicaments de façon différente de la prescription du médecin ?

Non Oui Si oui, quel(s) médicament(s) ? :

5. Médication servie en : Vial Dosett Dispill Autre _____

6. Gestion quotidienne de la médication : Usager Famille Résidence Autre _____

7. Médicaments particuliers :

Coumadin / Sintrom Posologie réelle : _____
Suivi effectué par : _____

Insuline Doses réelles : _____

Autre médicament en injection (ex. anémie, ostéoporose) et date de la dernière injection :

Médicament servi par une clinique spécialisée, médicament de recherche, échantillons de médicament :

8. Utilisez-vous des médicaments sur les tablettes de la pharmacie : (MVL, produits naturels, vitamines ou suppléments) :

9. Autres informations ou particularités :

10. Sources d'information : Patient Pharmacie Famille Résidence Autre

Signature : _____ Date : _____

Annexe 4 : Formulaire de collecte de renseignements du patient au sein du Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal

LOGO DE L'ÉTABLISSEMENT	IDENTIFICATION	
<input type="checkbox"/> Nom du premier site <input type="checkbox"/> Nom du second site, etc.		Compléments à la liste des médicaments : <input type="checkbox"/> Médicaments PRN (PO, SUPP, IV, IM, SC) : _____ <input type="checkbox"/> Aérosol doseur / pompe (cœur/poumon et dates de la dernière prise) : _____ <input type="checkbox"/> Dispositif d'espaceur (aérochambre) / nébulisateur / oxygène : _____ <input type="checkbox"/> Timbres cutanés : _____ <input type="checkbox"/> Nicotine (gomme, timbre) : _____ <input type="checkbox"/> Gouttes ophtalmiques / otiques : _____ <input type="checkbox"/> Crèmes / lotions : _____ <input type="checkbox"/> Contraceptifs oraux / hormones : _____ <input type="checkbox"/> Anticoagulant, posologie réelle : _____ Suivi effectué par (officine, CLSC, hôpital, etc.) : _____ <input type="checkbox"/> Médicaments servis par une clinique spécialisée : _____ <input type="checkbox"/> Médicaments d'un protocole de recherche : _____ Médicament injectable : <input type="checkbox"/> Insuline : _____ <input type="checkbox"/> stylo <input type="checkbox"/> Seringue (préparée par : _____) Autre (anémie, ostéoporose, vitamine, héparine, etc.) : _____ Depuis les 3 derniers mois : <input type="checkbox"/> Antibiotiques / date : _____ <input type="checkbox"/> Cortisone / date : _____ <input type="checkbox"/> Chimiothérapie / lieu : _____ Autre : _____ <input type="checkbox"/> Changement(s) de médication et raison(s) : _____ <input type="checkbox"/> Échantillon de médicament (acétaminophène, vitamine, etc.) : _____ <input type="checkbox"/> Médicaments en vente libre : _____ <input type="checkbox"/> Produits naturels : _____
FORMULAIRE DE COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS		
Pharmacie du patient : _____ Tél. : _____ Téléc. : _____ Autre pharmacie : _____ Tél. : _____ Poids : _____ (kg) _____ (lb) Taille : _____ (m) _____ (pi) Allergies/intolérances (si aucune, inscrire NIL) : _____ Réaction(s) : _____ _____ Réaction(s) : _____ Tabac : _____ Alcool : _____ Drogue : _____ Café / thé / boisson énergisante : _____ Conditions particulières : <input type="checkbox"/> Grossesse (nombre de semaines : _____) <input type="checkbox"/> Allaitement <input type="checkbox"/> Autre (greffe, dialyse, etc.) : _____ Vaccins : <input type="checkbox"/> Influenza (date) : _____ <input type="checkbox"/> Pneumocoque (date) : _____ Hépatite <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B Autre : _____ Gestion des médicaments : <input type="checkbox"/> Fiole <input type="checkbox"/> Doseur <input type="checkbox"/> Dispi <input type="checkbox"/> Autre : _____ Effectuée par : <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Autre : _____		
Sources d'information de la collecte de renseignements : <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Famille / Ami <input type="checkbox"/> Résidence / Centre d'hébergement Autre : _____		
Médicaments prescrits et pris à domicile : <input type="checkbox"/> Voir profil annexé <input type="checkbox"/> En possession du patient à son arrivée (nom du médicament, teneur, posologie) _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
Adhésion au traitement : Modification de la dose d'un médicament <input type="checkbox"/> Oui Lesquels? _____ <input type="checkbox"/> Non Doses modifiées : _____ Raison(s) : _____ Oubli de médicaments <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Lesquels? _____ Raison(s) : _____		
Professionnel de la santé ayant réalisé la collecte de renseignements : <input type="checkbox"/> Étudiant en pharmacie <input type="checkbox"/> ATP <input type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/> Autre : _____ Commentaires : _____ Signature : _____ Date : _____		

Annexe 5 : Demande de profil pharmacologique au pharmacien communautaire pour le Bilan Comparatif des Médicaments

Information requise apparaissant dans le dossier

- ▶ Profil pharmacologique à jour: ordonnances actives incluant les ordonnances avec une fréquence de renouvellement moindre
- ▶ Historique de la médication active (jusqu'aux 6 derniers renouvellements au besoin)
- ▶ Historique des médicaments cessés induant les PRN, MVL, PSN, etc. (jusqu'aux 6 derniers mois au besoin)
- ▶ Ordonnances en attente (non servies) différentes des ordonnances actives (principes actifs différents ou posologie différente)
- ▶ Antibiotiques, corticostéroïdes (avec posologie complète) des 6 derniers mois
- ▶ Tout renseignement pertinent dans le dossier patient concernant l'adhésion au traitement
- ▶ Toute autre information jugée pertinente (description d'allergie, d'intolérance, service sous pilulier, suivi effectué par un autre professionnel, etc.)

→ VEUILLEZ TRAITER CETTE DEMANDE DANS LES PLUS BREFS DÉLAIS ←

Le profil pharmacologique doit être acheminé par télécopieur au numéro suivant : _____

Pharmacie/Département : _____ Tél. : _____

Nom et fonction du demandeur (en lettres majuscules)

N° de membre

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

Annexe 6 : Formulaire de consentement de collecte de données du patient

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR
LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS
DANS LE CADRE DU BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS

Nom du patient : _____ N° d'assurance maladie : _____

Adresse du patient : _____

Nom de la pharmacie : _____ N° de téléphone de la pharmacie : _____

Adresse de la pharmacie : _____

N° de télécopieur ou adresse courriel : _____

Je consens à ce que les renseignements figurant dans l'encadré ci-après, qui sont nécessaires aux fins de la réalisation du bilan comparatif des médicaments (BCM) et qui sont contenus dans mon dossier se trouvant à la pharmacie identifiée ci-dessus, soient communiqués à un établissement de santé pour l'une des situations suivantes :

Initiales _____ Consultation à l'urgence ou hospitalisation en soins aigus

Initiales _____ Hébergement en soins de longue durée

Je consens à ce que les renseignements figurant dans l'encadré ci-après, qui sont nécessaires aux fins de la réalisation du bilan comparatif des médicaments (BCM) et qui sont contenus dans mon dossier se trouvant à la pharmacie identifiée ci-dessus, soient communiqués au professionnel de la santé responsable de mon dossier pour l'une des situations suivantes :

Initiales _____ Soins ambulatoires ou GMF

Initiales _____ Soins à domicile

Mon consentement à la communication de mes renseignements personnels n'est valide qu'aux seules fins de la réalisation du bilan comparatif des médicaments (BCM), qui a pour but d'assurer un usage sécuritaire de mes médicaments ainsi qu'une surveillance efficace de mon traitement.

Initiales _____ Je refuse de donner mon consentement à la communication des renseignements contenus dans mon dossier dans le cadre du bilan comparatif des médicaments (BCM).

Initiales _____ Un professionnel de la santé m'a expliqué que mon refus est susceptible d'avoir des conséquences sur ma santé, puisque les professionnels responsables de mon dossier ne pourront avoir en main toute l'information nécessaire me concernant avant de prendre une décision portant sur ma médication et j'en assumerai les conséquences éventuelles.

Ceci est ma décision et elle ne m'a pas été imposée.

Toute information communiquée sera traitée avec la plus grande confidentialité.

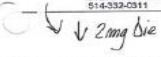
Date : _____ Lieu : _____

Signature du patient ou de son représentant


Nom en lettres majuscules

N.B. : En cas de signature de ce formulaire par un représentant, c'est-à-dire un mandataire, un tuteur ou un curateur, assurez-vous de demander une preuve de la tutelle ou de la curatelle ordonnée par le tribunal ou du mandat en cas d'inaptitude homologué par ce dernier et garder une copie papier dans le dossier.

Annexe 7 : Exemple de profil pharmacologique d'une pharmacie communautaire privée

Information de l'ordonnance		Pharmacie émettrice Pharmacie Centrale	Référence :
Destinataire :		Expéditeur :	
Tél. :		Tél. :	
Téléc. :		Téléc. :	
Patient :		Age :	Sexe :
ADM :		Poids :	Taille :
		MD. de famille :	Révision :
Assurance :			
Condiçion :			
Allergie :			
Intolérance :			
Note au destinataire :			
		Serv. en folie(s) Total ordonnances :	
Rx 1305632-0167 DIN 02037000 TEVA SCLIFENACIN, 5 MG, CO, TDL SCLIFENACIN SUCGINATE 1 comprimé 1 fois par jour Prescripteur : Dr KAUD, ROBERT (178175) 2520 Place Keller Saint-Laurent H4K2T2 514-332-0311	Date originale : 2016-05-13 Dernière émission : 2016-06-15 Cité donnée : 120	Cité prescrite : 30 Cité émise : 120	Éch : 2017-05-13 Ren : 1A Signé
Rx 1305634-0162 DIN 02817791 APO OLANZAPINE, 2,5 MG, CO, APX OLANZAPINE 1 comprimé 1 fois par jour au coucher Prescripteur : Dr KAUD, ROBERT (178175) 2520 Place Keller Saint-Laurent H4K2T2 514-332-0311	Date originale : 2016-05-13 Dernière émission : 2016-06-15 Cité donnée : 120	Cité prescrite : 30 Cité émise : 120	Éch : 2017-05-13 Ren : 1A Signé
Rx 1305655-0169 DIN 02550600 RESTASIS (0,05% ANL), 0,05%, OTE DPHT, ALL CYCLOSPORINE 1 goutte dans chaque œil 2 fois par jour toutes les 12 heures si besoin Prescripteur : Dr KAUD, ROBERT (178175) 2520 Place Keller Saint-Laurent H4K2T2 514-332-0311	Date originale : 2016-05-13 Dernière émission : 2016-05-15 Cité donnée : 120	Cité prescrite : 30 Cité émise : 400	Éch : 2017-05-13 Ren : 1A Signé
Rx 1305658-0167 CESSER AMLODIPINE cesser amlodipine par dr kaud Prescripteur : Dr KAUD, ROBERT (178175) 2520 Place Keller Saint-Laurent H4K2T2 514-332-0311	Date originale : 2016-05-13 Dernière émission : 2016-06-15 Cité donnée : 1	Cité prescrite : 1 Cité émise : 0	Ren : 0 Signé
Rx 1305659-0167 DIN 02128262 COVERSIL 4 MG, CO, SEV PERINDOPRIL ERBUMINE 1 comprimé 1 fois par jour avant le déjeuner Prescripteur : Dr KAUD, ROBERT (178175) 2520 Place Keller Saint-Laurent H4K2T2 514-332-0311	Date originale : 2016-05-13 Dernière émission : 2016-06-15 Cité donnée : 120	Cité prescrite : 30 Cité émise : 120	Éch : 2017-05-13 Ren : 1A Signé
 ↓ 2mg Ose		MEDICAMENT MÉDICALE ADMISSEUR - CLASSEUR N° 111 BILAN COMPARTIM DES MÉDICAMENTS - SCB Nom et prénom du Md : <u>Rob Kaud</u> # de permis : <u>00-006</u> Signature du Md : <u>[Signature]</u>	
Cette réimpression est strictement réservée à l'usage de l'individu ou de l'entité à qui elle est adressée et celle-ci ne peut être utilisée à d'autres fins. La réimpression, distribution ou copie de cette communication est strictement prohibée. Si vous n'êtes pas le destinataire, veuillez informer immédiatement l'expéditeur et détruire toutes les copies.			

Annexe 8 : Guide d'entretien avec le pharmacien d'officine au sein du Centre Hospitalier Charles Perrens pour le Bilan Médicamenteux Optimisé



**GUIDE D'ENTRETIEN
POUR L'OBTENTION D'UN BILAN MEDICAMENTEUX OPTIMISE (BMO)**

Partie PROFESSIONNELS DE SANTE

Nom: _____ Prénom: _____ Service: _____

Introduction - Présentez-vous et dites votre profession
 « Mme (M.) X, pharmacie du Centre Hospitalier Charles Perrens, je vous appelle dans le cadre de la conciliation médicamenteuse. Afin d'assurer la continuité des soins des patients hospitalisés en gérontopsychiatrie, nous cherchons à connaître la liste de leur traitement avant l'admission à l'hôpital. »

Le pharmacien d'officine

Traitements énoncés par le pharmacien d'officine
 Recueillez le **dosage**, la **voie d'administration** et la **fréquence** de chaque médicament.

« Pourriez vous, SVP, me donner les traitements de M./ Mme X , ainsi que les posologies associées?
 Serait-il possible de remonter à **minimum 3 mois**, afin d'être le plus exhaustif possible ? »
 (ceci permet de visualiser les délivrances par boîte de 3 mois de détecter un éventuel sur-stockage au domicile du patient)

« Est ce que le patient a des collyres, formes cutanées, injection... ? OUI NON
 Si oui, lesquels (Nom, fréquence d'utilisation, dosage)?

Questions complémentaires
 Posez les questions utiles à la compréhension du cas, ou nécessaires à la conciliation (confirmation de la présence d'un médicament, coordonnées du spécialiste, de l'IDE...).

Annexe 9 : Grille d'évaluation utilisée selon l'étude de Blanchet Maude

Âge	0 – 74 ans	0
	75 – 84 ans	1
	85 ans et plus	2
Nombre de médicaments pris à domicile selon le profil pharmacologique	0 – 3	0
	4 – 6	2
	7 et plus	4
Médicaments à haut risque pris avant l'admission	Anticoagulant (sauf l'acide acétylsalicylique) <i>warfarine, daltéparine, énoxaparine, etc.</i>	3
	Trois médicaments et plus pour le traitement des maladies cardiovasculaires (sauf les anticoagulants) <i>Antihypertenseur, digoxine, hypolipémiant, amiodarone, acide acétylsalicylique, clopidogrel, diurétique.</i>	5
	Médicaments pour le traitement du diabète	2
	Médicaments pour le traitement du cancer	3
	Médicaments pour le traitement de l'épilepsie <i>Phénytoïne, carbamazépine, acide valproïque, etc.</i>	2

Annexe 10 : Grille de priorisation des patients par l'OMEDIT Normandie

CRITERES DE PRIORISATION PAR PATIENT |
(LISTE NON EXHAUSTIVE)

Date :/...../..... Service : Nom de patient :

- Activité de pharmacie clinique demandée par l'équipe médicale
(Conciliation, entretien pharmaceutique, ETP ...)
- Age > 75 ans ou âge < 15 ans
- Insuffisant rénal
- Patient cirrhotique
- Patient diabétique
- Patient atteint d'un cancer
- Plus de 5 médicaments sur l'ordonnance « habituelle »
- Prescription d'anticoagulants oraux ou injectables
- Prescription d'immunosuppresseurs
- Prescription de Digoxine ou autres médicaments à risque
- Critère libre établissement :

.....
Nombre total de critères :

Annexe 12 : Exemple de la fiche Bilan Comparatif des Médicaments avec le Meilleur Schéma Thérapeutique Possible associé à l'Ordonnance des Médicaments à l'Admission au Québec

Centre Intégré universitaire
de santé et de services sociaux
du Nord-de-l'île-de-Montréal

Hôpital Albert Prévost: unité PMA 514-338-2222 (4361)
Phcie: Hôp Sacré-Coeur de MTL 514-338-2661

No Dossier: 13391172

TEST BCM, TEST BCM (H)

D/N: 1940-12-12 (77 ans)

Imprimé le 2018-01-30 à 17:14

Unité: test test-1

RAMQ:

BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS - ADMISSION / TRANSFERT **Attention: BCM non complété**

Poids: Taille: Créat:
Tél. phcie privée: 514-338-5555 fax: 514-898-9874, 514-338-5777 fax: 514-898-9787 Gestion médication: DISPILL par pt(e)
Source(s) d'information: Famille (Ami), Profil (Appel phcie) Assurance: **PRIVÉE**
ALLERGIE(S): POISSONS (Très sévère depuis le jeune âge)
INTOLÉRANCE(S): cyclobenzaprine (étourdissements sévères)
Divers: Anticoagulants Contre-Indiqués à VIE

Si un deuxième prescripteur fait des ordonnances, il doit apposer ses initiales sur les ordonnances concernées et doit signer le document

Liste complète des médicaments <small>☒ = Pris à domicile HOP = débuté à l'hôpital</small>	Conduite à tenir <small>Raison expliquant cessation ou modification</small>
ATORVASTATINE 40 MG co (LIPITOR) 10 MG = 1 co(s) par la bouche 1 FOIS PAR JOUR H: 2200	<input type="checkbox"/> Continuer <input type="checkbox"/> Modifier <input type="checkbox"/> Cesser <input type="checkbox"/> Init
amLODIPINE 5 MG co (NorVASC) 2.5 MG = 1/2 co(s) par la bouche 1 fois par jour AU COUCHER H: 2200 D: 2018-01-30	<input type="checkbox"/> Continuer <input type="checkbox"/> Modifier <input type="checkbox"/> Cesser <input type="checkbox"/> Init
amLODIPINE 5 MG co (NorVASC) 1.25 MG = 1/4 co(s) par la bouche 1 fois par jour AU COUCHER	<input type="checkbox"/> Reprendre <input type="checkbox"/> Modifier <input type="checkbox"/> Cesser <input type="checkbox"/> Init <input type="checkbox"/> Non nécessaire durant hospitalisation
GlyBURIDE 2,5 MG co (DIABETA) 2.5 MG = 1 co(s) par la bouche 2 FOIS PAR JOUR H: 0830-1700 Fin: 2018-01-30	<input type="checkbox"/> Reprendre <input type="checkbox"/> Modifier <input type="checkbox"/> Cesser <input type="checkbox"/> Init
Médicaments NON PRESCRITS pris à domicile **Aucun médicament de vente libre/produit de santé naturel ne sera servi durant l'épisode de soins**	Conduite à tenir Raison expliquant cessation ou modification
ASCORBIQUE avec 500 MG co (VITAMINE C) 500 MG = 1 co(s) par la bouche 1 FOIS PAR JOUR	<input type="checkbox"/> À réévaluer au congé <input type="checkbox"/> Cesser

**** CONSERVER dans la section ORDONNANCE ****

Phcie:

Annexe 13 : Exemple de Bilan Comparatif des Médicaments validé par un médecin

Liste complète des médicaments 🏠 = Pris à domicile HOP = débuté à l'hôpital	Conduite à tenir Raison expliquant cessation ou modification
ACETAMINOPHENE 325 MG co (TYLENOL) 🏠 650 MG = 2 co(s) par la bouche 4 FOIS PAR JOUR Modification requise : Rx débuté à domicile, non inscrit sur FADM, ajouter à partir de ce jour NON ACTIF depuis l'admission	<input checked="" type="checkbox"/> Reprendre <input type="checkbox"/> Modifier <input type="checkbox"/> Cesser <input type="checkbox"/> Init <input type="checkbox"/> Non nécessaire durant hospitalisation
oxyCODONE 5 MG co (SUPEUDOL) HOP 5 MG = 1 co(s) par la bouche aux 4 HRES, AU BESOIN Aucune modification requise : Rx débuté ici, déjà inscrit sur la FADM D: 2018-01-30	<input type="checkbox"/> Continuer <input type="checkbox"/> Modifier <input checked="" type="checkbox"/> Cesser <input type="checkbox"/> Init
oxyCODONE 5 MG co (SUPEUDOL) 🏠 2.5 MG = 1/2 co(s) par la bouche aux 4 HRES, AU BESOIN Modification requise : Rx débuté à domicile, non inscrit sur FADM, ajouter à partir de ce jour NON ACTIF depuis l'admission	<input checked="" type="checkbox"/> Reprendre <input type="checkbox"/> Modifier <input type="checkbox"/> Cesser <input type="checkbox"/> Init <input type="checkbox"/> Non nécessaire durant hospitalisation
SERtraLINE 50 MG caps (ZOLOFT) 🏠 50 MG = 1 caps par la bouche 1 fois par jour AU SOUPER H: 1700 Modification requise : Rx débuté à domicile, inscrit sur la FADM, modifié pour 25 mg po die car dose diminuée	<input type="checkbox"/> Continuer <input checked="" type="checkbox"/> Modifier <input type="checkbox"/> Cesser <input type="checkbox"/> Init ↓ 25 mg die
LORazepam 1 MG co (ATIVAN) HOP 1 MG = 1 co(s) par la bouche 1 fois par jour AU COUCHER, AU BESOIN Aucune modification requise : Rx débuté ici, déjà inscrit sur la FADM D: 2018-01-30	<input type="checkbox"/> Continuer <input type="checkbox"/> Modifier <input checked="" type="checkbox"/> Cesser <input type="checkbox"/> Init
OXAZEPAM 15 MG co (SERAX) 🏠 15 MG = 1 co(s) par la bouche 1 fois par jour AU COUCHER, AU BESOIN Modification requise : Rx débuté à domicile, non inscrit sur FADM, ajouter à partir de ce jour NON ACTIF depuis l'admission	<input checked="" type="checkbox"/> Reprendre <input type="checkbox"/> Modifier <input type="checkbox"/> Cesser <input type="checkbox"/> Init <input type="checkbox"/> Non nécessaire durant hospitalisation
LEVOTHYROxine 112 MCG co (SYNTHROID) 🏠 112 MCG = 1 co(s) par la bouche 1 FOIS PAR JOUR H: 0830 Aucune modification requise : Rx débuté ici, déjà inscrit sur la FADM	<input checked="" type="checkbox"/> Continuer <input type="checkbox"/> Modifier <input type="checkbox"/> Cesser <input type="checkbox"/> Init
HYDROCORTISONE 1% CREME -15 G (CORTATE 1%) 🏠 En application EN COUCHE MINCE 2 FOIS PAR JOUR, AU BESOIN aux jambes NON ACTIF depuis l'admission	<input type="checkbox"/> Reprendre <input type="checkbox"/> Modifier <input type="checkbox"/> Cesser <input type="checkbox"/> Init <input checked="" type="checkbox"/> Non nécessaire durant hospitalisation

Questionnaire sur l'aspect qualitatif du BCM
au congé : Perception du pharmacien
communautaire, état de situation et idées
d'amélioration

Question 1 : À la fin de l'hospitalisation de votre patient, vous avez reçu l'ordonnance :

- Le jour même
- Le lendemain
- Le surlendemain
- Non reçue dans les 3 jours suivant la sortie

Question 2 : À quel hôpital votre patient a-t-il été hospitalisé ?

- Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal
- Hôpital Jean Talon
- Hôpital Fleury

Question 3 : Suite à l'hospitalisation, l'ordonnance présentée par le patient était :

- Une ordonnance de départ sur formulaire de BCM
- Une ordonnance sur profil pharmacologique de l'hôpital
- Une ordonnance manuscrite
- Autre

Question 4 : L'ordonnance avait-elle les informations nécessaires pour mener à bien les soins et services pharmaceutiques ?

- Oui, il y avait toutes les informations nécessaires (si vous cochez oui, passez directement à la question 8)
- Non, certaines informations étaient manquantes

Question 5 : Nommez les informations manquantes :

Réponse :

Question 6 : Quelles ont été les interventions nécessaires de votre part :

- Interroger le patient ou sa famille
- Appeler le médecin prescripteur
- Appeler l'unité de soins de l'hôpital
- Appeler la pharmacie de l'hôpital
- Appeler le pharmacien clinicien
- Autres :

Question 7 : Avez-vous eu des difficultés à joindre la bonne personne ou le bon professionnel pour obtenir les informations manquantes ?

- Oui (Si oui, cochez et indiquez dans "autres" la raison de la difficulté)
- Non

Question 8 : Que pensez-vous du fait qu'un BCM au congé soit systématiquement réalisé à la suite d'une hospitalisation ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord
- Autre :

Question 9 : Avez-vous des suggestions d'amélioration sur le processus de BCM qui pourraient faciliter votre travail en tant que pharmacien communautaire ?

Réponse :

Questionnaire sur l'aspect qualitatif de la conciliation médicamenteuse en sortie d'hospitalisation : perception du pharmacien d'officine, état de situation et idées d'amélioration

Question 1 : Avez-vous déjà entendu parler de la Conciliation Médicamenteuse (CTM) ?

- Oui, je connais parfaitement
- Oui, j'en ai vaguement entendu parler
- Non, je ne connais pas du tout

Question 2 : Avez-vous reçu le courrier de CTM lors de la sortie d'hospitalisation du patient ?

- Oui
- Non

Question 3 : Si oui, par quel moyen avez-vous reçu la conciliation de sortie ?

- Courrier postal
- Messagerie sécurisée
- Fax

Question 4 : Utilisez-vous régulièrement votre messagerie sécurisée ? (Si vous répondez non dites pourquoi dans l'item « autres »)

- Oui
- Non
- Autres :

Question 5 : *Le patient s'est présenté à votre pharmacie avec son ordonnance de sortie :*

- Le jour même
- Le lendemain
- Le surlendemain
- Non reçu dans les 3 jours suivant la sortie

Question 6 : *Aviez-vous reçu la conciliation avant que le patient vienne se présenter avec son ordonnance pour ses médicaments ?*

- Oui
- Non

Question 7 : *Le fait d'avoir la Conciliation Médicamenteuse en plus de l'ordonnance vous a-t-il permis d'avoir toutes les informations dont vous aviez besoin ? (Si vous répondez non, nommer les informations manquantes dans l'item « autres »)*

- Oui, il y avait toutes les informations nécessaires
- Non, certaines informations étaient manquantes
- Autres :

Question 8 : *Dans le cadre d'informations manquantes, quelles ont été les interventions nécessaires de votre part, en dehors de votre conseil officinal ?*

- Aucune intervention
- Interroger le patient ou sa famille
- Appeler le médecin traitant
- Appeler l'unité de soin de l'hôpital
- Appeler la pharmacie de l'hôpital
- Autres :

Question 9 : *Dans le cadre d'informations manquantes, avez-vous eu des difficultés à joindre la bonne personne ou le bon professionnel ? (Si vous cochez oui, indiquez dans "autres" la raison de la difficulté)*

- Oui
- Non
- Autres :

Question 10 : *Que pensez-vous du fait qu'une Conciliation Médicamenteuse de sortie soit systématiquement réalisée à la suite d'une hospitalisation ? Donnez une note entre 1 (aucun intérêt) et 5 (intérêt majeur).*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Question 11 : *Avez-vous des suggestions d'amélioration sur le processus de Conciliation Médicamenteuse en sortie d'hospitalisation et le lien ville-hôpital qui pourraient faciliter votre travail en tant que pharmacien d'officine ? (Moyens de communication, informations supplémentaires à rajouter dans le dossier, etc...)*

Réponse :

BIBLIOGRAPHIE

1. Définition et acteurs du système de santé français. [cité 18 sept 2020].
Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/fiches/37853-definition-et-acteurs-du-systeme-de-sante-francais>
2. ARS. L'organisation des parcours de soins, de santé, de vie. [cité 30 sept 2020].
Disponible sur : <http://www.ars.sante.fr/lorganisation-des-parcours-de-soins-de-sante-de-vie-0>
3. Gouvernance et organisation des services - Système de santé et de services sociaux en bref - Santé et Services sociaux. [cité 30 sept 2020].
Disponible sur : <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/systeme-de-sante-et-de-services-sociaux-en-bref/gouvernance-et-organisation-des-services/>
4. pharmacies.fr LM des. Dispensation à l'unité : le modèle québécois pose question. Le Moniteur des pharmaciens.fr. 23 mai 2019 [cité 18 sept 2020];
Disponible sur : <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/190523-dispensation-a-l-unite-le-modele-quebecois-pose-question.html>
5. Le projet « High 5s » démarre en France. [cité 2 févr 2020].
Disponible sur : <http://prevention.sham.fr/Prevention/Accueil/Carnet-de-route/Vu-sur-le-net/Le-projet-High-5s-demarre-en-France>
6. Isabelle Alquier, Anne Broyard, Charles Bruneau, Dell'ova M.
Initiative des HIGH 5s Medication Reconciliation Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français. p. 7.
7. DGOS. La conciliation médicamenteuse : enquête sur son déploiement nationale. 2020 mars [cité 21 mars 2020].
Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/conciliation-medicamenteuse/article/la-conciliation-medicamenteuse-enquete-sur-son-deploiement-nationale>
8. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. [cité 14 mars 2020].
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_d_e_sante.pdf
9. Plaquette HPST grand public [cité 15 sept 2020].
Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette_HPST_grand_public-2.pdf
10. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.

11. Manuel de certification des établissements de santé V2010 de janvier 2014. [cité 19 avr 2020].
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf
12. Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé. 2010-1408 nov 12, 2010.
13. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
14. Rapport IGAS mai 2011.
15. Bédoucha C.
Mise en place de la conciliation médicamenteuse dans un service de médecine interne au centre hospitalier de Libourne. 2016.
16. Décret n° 2015-1510 du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé. 2015-1510 nov 19, 2015.
17. Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES). [cité 19 avr 2020].
Disponible sur : <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/le-contrat-damelioration-de-la-qualite-et-de-lefficiency-des-soins-caques-2>
18. Code de la sécurité sociale - Article L162-30-2. Code de la sécurité sociale.
19. Manuel des Engagements Relatif au Contrat d'Amélioration de la Qualité Et De L'efficacité Des Soins (CAQES). [cité 19 avr 2020].
Disponible sur : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2017-10/CAQES_Manuel_22_09_2017.pdf
20. Décret n° 2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux pharmacies à usage intérieur. 2019-489 mai 21, 2019.
21. À propos d'Agrément Canada. Agrément Canada. [cité 30 mars 2020].
Disponible sur : <https://accreditation.ca/ca-fr/a-propos/>
22. Conseil Québécois d'Agrément - La mission et les valeurs du CQA. [cité 30 mars 2020].
Disponible sur : <https://cqaqualite.ca/fr/la-mission-et-les-valeurs-du-cqa>
23. État de situation évolutif au sein du CSSS: 31 pratiques organisationnelles requises (POR) Agrément 2010. [cité 30 mars 2020].
Disponible sur : https://csssbcstl.qc.ca/fileadmin/csss_bcs/Votre_CSSS/Documentation_du_CA/documents_deposes/Juin_2009/8.1_Agrement_Etat_situation_evolutif_POR.pdf
24. Code de déontologie des pharmaciens. RLRQ c P-10, r. 7.
Disponible sur : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/P-10,%20r.%207/>

25. Code des professions. RLRQ c C-26.
Disponible sur : <http://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/C-26>
26. Loi concernant le partage de certains renseignements de santé. RLRQ c P-9.0001.
Disponible sur : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-9.0001>
27. Procédure BCM au CSSS en 2013. [cité 22 mars 2020].
Disponible sur :
https://csssbcstl.qc.ca/fileadmin/csss_bcs/Votre_CSSS/Documentation_du_CA/documents_deposes/Septembre_2013/7.8_Bilan_comparatif_des_medicaments_des_usagers_a_l_admission__au_transfert_et_au_conge_politique.pdf
28. Loi sur les services de santé et les services sociaux. RLRQ C-S-4.2. Disponible sur : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/s-4.2>
29. Définition du Bilan comparatif des médicaments (BCM) par ISMP. [cité 2 avr 2020].
Disponible sur : <https://www.ismp-canada.org/fr/BCM.htm>
30. Stratégie nationale de mise en oeuvre du BCM Identification des leaders de pratique en BCM au Canada. [cité 15 sept 2020].
Disponible sur : https://www.ismp-canada.org/download/MedRec/Strategie_nationale_de_mise_en_oeuvre_du_BCM_Identification_des_leaders_de_pratique_en BCM_au_Canada.pdf
31. Boulanger I. and al. Politique et procédures bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins et aux points de services du CSSS, 2018.
32. Blanchet M. Le bilan comparatif des médicaments : un processus dynamique nécessitant une approche interdisciplinaire. Pharmactuel. In 2009.
33. Louliere B. and al. Les enseignements du projet High 5S. HAS et OMEDIT Aquitaine. 2015.
34. guide-d-utilisation-outils-de-priorisation-en-pharmacie-clinique-version-avril-2018-1. [cité 16 sept 2020].
Disponible sur : <http://www.omedit-normandie.fr/media-files/12223/guide-d-utilisation-outils-de-priorisation-en-pharmacie-clinique-version-avril-2018-1-.pdf>
35. CIUSSS. Présentation du BCM au sein du CIUSSS.2017.
36. Blanchet M. and al. Évaluation de l'impact clinique de la réalisation d'un bilan comparatif des médicaments au Centre hospitalier affilié universitaire de Québec. :7. Pharmactuel Vol. 43 N° 3 Juillet - Août - Septembre 2010.
37. CHCP. La Conciliation des Traitements Médicamenteux CHCP V2019.
38. Recueil de politique et procédures du BCM par OPQ 2017. [cité 2 févr 2020].
Disponible sur : https://www.opq.org/doc/media/2647_38_fr-ca_0_recueil_bcm_vf.pdf

39. Gouvernement du Québec. Renseignements disponibles - Dossier santé Québec. [cité 1 mai 2020].
Disponible sur : <https://www.quebec.ca/sante/vos-informations-de-sante/dossier-sante-quebec/reenseignements-disponibles/>
40. Gouvernement du Québec. Vos droits - Dossier santé Québec. [cité 1 mai 2020].
Disponible sur : <https://www.quebec.ca/sante/vos-informations-de-sante/dossier-sante-quebec/vos-droits/>
41. Gérard M. La conciliation des traitements médicamenteux en géro-psycho-geriatrie: quelles sources d'informations utiliser? En 2014.
42. Arrêté du 31 juillet 2019 définissant les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu pour les années 2020 à 2022 - Légifrance.
Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038858372>
43. ameli.fr. Plus de 8 millions de DMP désormais ouverts. [cité 1 nov 2020].
Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/plus-de-8-millions-de-dmp-desormais-ouverts>
44. Arrêté du 9 mars 2018 portant approbation de l'avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.
45. DEMARTI C. 15 % des pharmacies ont réalisé des bilans partagés de médication. :1. Le quotidien du pharmacien. 2019.
46. Beillier A. Le bilan partagé de médication : un nouvel outil dans la prise en charge du patient âgé et polymédiqué à l'officine. :122. En 2020.

SERMENT DE GALIEN

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

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

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

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

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

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

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

TITLE : MEDICATION RECONCILIATION : PERCEPTION BY THE DISPENSARY PHARMACIST IN FRANCE AND QUEBEC

ABSTRACT :

During my 5th year internship at the University Hospital in Quebec from June to September 2019, a study was conducted to analyze the perception of city pharmacists regarding medication reconciliation at discharge. The study took place in 3 general hospitals in Montreal (Fleury Hospital, Jean-Talon Hospital and Hôpital du Sacré-Coeur-de-Montréal) from July 11 to 25, 2019. One year later, a similar study was conducted in France, at the Centre Hospitalier Charles Perrens in Bordeaux, from July 20, 2020 to September 20, 2020.

The objective was to compare the drug reconciliation activity between the two territories and to explore areas for improvement in order to optimize this practice.

To carry out the study, two distinct questionnaires, adapted to each of the health systems, were developed. The Quebec questionnaire consisted of 9 questions and the French questionnaire consisted of 11 questions. Each questionnaire consisted of open-ended and multiple-choice questions.

Fifty responses were studied in Quebec, compared to 23 in France. In Quebec, medication reconciliation is a process that is rooted in practice. On the other hand, the level of knowledge in France remains very heterogeneous, with 22% of the dispensing pharmacists surveyed not being familiar with this practice. In addition, a second difference is noticeable in the tools used to transfer information (Dossier Santé Québec, Secure Messaging, Fax, Pharmaceutical File, Shared Medical File, etc.).

This work made it possible to show the importance and necessity of an optimal information system to be able to carry out the activity of drug reconciliation in the best possible way and thus strengthen the city-hospital link.

KEYWORDS : Medication reconciliation, Dispensary pharmacist, France, Quebec, City-Hospital link

RÉSUMÉ :

Lors de mon stage de 5^{ème} année Hospitalo-Universitaire réalisé au Québec de juin à septembre 2019, une étude a été menée afin d'analyser la perception des pharmaciens de ville concernant la conciliation médicamenteuse de sortie. L'étude s'est déroulée au sein de 3 hôpitaux généraux de Montréal (l'Hôpital Fleury, l'Hôpital Jean-Talon et l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal) du 11 au 25 juillet 2019. Un an après, une étude similaire a été réalisée en France, au Centre Hospitalier Charles Perrens de Bordeaux, du 20 juillet 2020 au 20 septembre 2020.

L'objectif était de comparer l'activité de conciliation médicamenteuse entre les deux territoires et d'explorer les axes d'amélioration afin d'optimiser cette pratique.

Pour réaliser l'étude, deux questionnaires distincts, s'adaptant à chacun des systèmes de santé, ont été élaborés. Le questionnaire québécois comprenait 9 questions et le questionnaire français en comptait 11. Chaque questionnaire était composé de questions ouvertes et de questions à choix multiples.

Ont été étudiées 50 réponses au Québec, contre 23 en France. Au Québec, la conciliation médicamenteuse est un processus qui est ancré dans les pratiques. En revanche, le niveau de connaissance en France reste très hétérogène avec 22% des pharmaciens d'officine interrogés qui ne connaissent pas cette pratique. Par ailleurs, une deuxième différence est notable dans les outils utilisés pour le transfert des informations (Dossier Santé Québec, Messagerie Sécurisée, Fax, Dossier Pharmaceutique, Dossier Médical Partagé...).

Ce travail a permis de montrer l'importance et la nécessité d'un système d'information optimal pour pouvoir exercer au mieux l'activité de conciliation médicamenteuse et ainsi renforcer le lien ville-hôpital.

DISCIPLINE : Pharmacie Clinique

MOTS-CLÉS : Conciliation Médicamenteuse, Pharmacien d'Officine, France, Québec, Lien Ville-Hôpital

ADRESSE DE L'UFR : UFR des Sciences Pharmaceutiques
Université de Bordeaux
146 Rue Léo Saignat
33076 Bordeaux cedex