



HAL
open science

Devenir des prescriptions médicamenteuses habituelles lors d'une hospitalisation

Charlotte Gérard

► **To cite this version:**

Charlotte Gérard. Devenir des prescriptions médicamenteuses habituelles lors d'une hospitalisation. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-03203891

HAL Id: dumas-03203891

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03203891v1>

Submitted on 6 May 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2019

N° 256

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Devenir des prescriptions médicamenteuses habituelles
lors d'une hospitalisation

Présentée et soutenue publiquement
le 30 octobre 2019

Par

Charlotte GÉRARD

Née le 9 mai 1990 à Laval (53)

Dirigée par Mme Le Professeur Élisabeth Aslangul, PU-PH

Jury :

Mme Le Professeur Cécile Goujard, PU-PH..... Présidente

M. Le Professeur Olivier Bourdon, PU-PH

Mme Le Professeur Anne Bourgarit Durand, PU-PH

Mme Le Docteur Marion Six, CCA

Mme Le Docteur Julie Giraud, PA

A toutes celles et ceux qui m'ont permis d'en arriver là.

Remerciements

Tout d'abord, je remercie les personnes ayant accepté de faire partie de mon jury de thèse, leur sollicitude à mon égard m'a permis de passer ma thèse dans les règles de l'art.

Le Professeur Goujard, qui a été la première à accepter d'intégrer mon jury, et le Professeur Bourdon d'avoir pu se rendre disponible pour le présider. Je remercie également le Professeur Bourgarit Durand d'avoir accepté de se joindre à ce jury.

Merci au Docteur Six et au Dr Giraud d'avoir participé à cette thèse et d'avoir rejoint ce jury.

Je remercie le Professeur Aslangul de m'avoir soutenue, formée et guidée dans le long cheminement de cette thèse. Merci au Docteur Six de m'avoir remonté le moral dans les moments difficiles et de toujours m'avoir encouragée dans ma carrière. Je remercie plus particulièrement le Dr Delforge pour ses relectures rassurantes et sa sérénité apaisante.

Je remercie les centaines d'infirmières, aides-soignantes, médecins, internes, externes, sages-femmes, auxiliaires de puériculture, ASH, kinésithérapeutes, secrétaires médicales ou autre professionnels de santé que j'ai croisé lors de mes stages. Ce sont eux qui m'ont appris la pratique de la médecine en corrigeant mes erreurs de façon plus ou moins subtile, avec ou sans patience, de façon sèche ou bourrue mais toujours dans le but de m'améliorer. On apprend beaucoup de ses erreurs et c'est auprès d'eux que j'ai le plus appris.

Je remercie ma famille pour ses encouragements constants.

Un grand merci à ma mère et à mon père qui n'ont jamais cessé de croire en moi, même dans les épreuves de la vie qu'ils ont traversées durant mes études.

Je remercie mon Papy Roger qui a été toute sa vie un modèle de droiture et d'auto discipline.

Un peu de son enseignement aura fini par m'atteindre je pense.

Merci à mes sœurs, Sarah, Paule et Anne qui suivent toutes des voies différentes mais qui excellent toutes dans leur domaine respectif.

Je remercie mes grands-mères Lyse, Thérèse et Alix et mon grand-père Jean, qui je le sais, n'ont jamais douté de moi.

Je remercie ma chère et tendre femme d'avoir su me malmener, me bousculer, me pousser dans mes retranchements. Il est difficile de s'opposer aux gens qu'on aime mais pour les aider, c'est parfois nécessaire. Tu as su me soutenir durant toutes mes années d'études sans jamais faiblir, et tu m'as poussée à donner le meilleur de moi tout en me ménageant. Sans toi jamais je n'en serais là. Merci.

Séverine et Chloé, mes co-externes depuis le début. Merci de m'avoir poussée à continuer ces longues années d'études que sans vous je n'aurai jamais terminées. J'arrive au final à devenir une de vos pairs.

Merci à mes amis de toujours, depuis le collège, le lycée ou la faculté dont l'énumération serait longue et fastidieuse.

*Merci au rugby qui m'a portée de l'avant tout en me freinant paradoxalement dans mes études.
Je lui dois mes valeurs, des dizaines de dizaines d'amies ainsi que la perte de quelques années
de santé articulaire.*

Table des matières

REMERCIEMENTS	1
TABLE DES ILLUSTRATIONS	6
TABLE DES ANNEXES.....	8
LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS	9
AVERTISSEMENT	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
INTRODUCTION.....	10
PREMIERE PARTIE : DEFINITIONS ET ETAT DES LIEUX	13
CHAPITRE 1 : L'ERREUR MEDICAMENTEUSE	13
CHAPITRE 2 : LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE	15
CHAPITRE 3 : SITUATION ACTUELLE EN FRANCE.....	17
LES « HIGH 5S ».....	17
LE PROJET SOP MED'REC	18
LES CERTIFICATIONS DES ETABLISSEMENTS DE SANTE	20
L'ARRETE DU 6 AVRIL 2011 SUR LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE	20
CHAPITRE 4 : LES EXPERIENCES DE LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE	22
PARTIE 2 : DEVENIR DES PRESCRIPTIONS MEDICAMENTEUSES HABITUELLES LORS D'UNE HOSPITALISATION	26
CHAPITRE 1 : OBJECTIFS	26
CHAPITRE 2 : METHODE	26
TYPE D'ETUDE	26
POPULATION	26
METHODE	27
COMPLEMENT D'ETUDE SUR LA SOURCE D'INFORMATION LA PLUS AVANTAGEUSE	29
CONSIDERATION ETHIQUE.....	31
CHAPITRE 3 : RESULTATS	33
POPULATION	33
DIVERGENCES DE PRESCRIPTIONS	33
DIVERGENCES NON INTENTIONNELLES	36
RISQUE DES DIVERGENCES	40
TYPES DE MEDICAMENTS CONCERNES PAR LES DIVERGENCES	44
RESULTATS DES APPELS LORS DE L'ETUDE COMPLEMENTAIRE	47
CHAPITRE 4 : ANALYSE.....	49
LA POLYMEDICATION DE NOS PATIENTS.....	49
LES DIVERGENCES DE PRESCRIPTIONS	49
LES DIVERGENCES NON INTENTIONNELLES	50
LES TYPES DE RISQUES.....	52

RISQUES ET DIVERGENCES.....	53
INTENTIONNALITE DES DIVERGENCES	54
MEDICAMENTS TOUCHES PAR LES DIVERGENCES.....	55
ROLE DE L'OFFICINE DE VILLE.....	56
CHAPITRE 5 : DISCUSSION.....	60
<u>CONCLUSION.....</u>	<u>63</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>64</u>
<u>ANNEXES</u>	<u>66</u>

Table des illustrations

Figure 1	35
Figure 2	35
Figure 3	37
Figure 4	37
Figure 5	37
Figure 6	39
Figure 7	39
Figure 8	42
Figure 9	42

Table des Tableaux

Tableau 1.....	p 32
Tableau 2.....	p 34
Tableau 3.....	p 34
Tableau 4.....	p 38
Tableau 5.....	p 43
Tableau 6.....	p 45
Tableau 7.....	p 46

Table des annexes

Annexe 1	65
Annexe 2	67
Annexe 3	68

Liste des principales abréviations

AP-HP : Assistance publique Hôpitaux de Paris

ARS : Agence régionale de santé

ASIP santé : Agence des systèmes d'information partagés en santé

BME : Bilan Médical d'Entrée

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalier universitaire

CM : Conciliation médicamenteuse

CPS : Carte de Professionnel de Santé

DI : Divergence Intentionnelle

DNI : Divergence Non Intentionnelle

DMP : Dossier médical partagé

EIG : Évènement indésirable grave

EM : Erreur Médicamenteuse

HAS : Haute Autorité de Santé

IM : Interaction Médicamenteuse

IHI : Institute For Healthcare Improvement

JORF : Journal officiel de la République française

Med'Rec : Medication Reconciliation

OMS : Organisation mondiale de la santé

SOP Med'Rec : Standard Operating Protocol Medication Reconciliation

Introduction

Dans sa pratique actuelle, le médecin généraliste a pour principale activité la prescription de médicaments ou le renouvellement des traitements. Il est loin le temps où les patients venaient « consulter » comme dans la Grèce antique. A l'époque, on employait alors le verbe *consulo* qui signifiait interroger, délibérer sur quelque chose. On consultait par exemple un oracle qui donnait une réponse plus ou moins claire. Le verbe a évolué pour devenir consulter, c'est-à-dire demander un avis ; médical si c'était auprès d'un médecin. Les prescriptions s'adressaient à l'apothicaire par le biais du patient qui l'apportait pour obtenir son remède. Les temps ayant changés, les patients savent lire dans leur très grande majorité, peuvent les critiquer. La prescription est devenue l'étape finale incontournable de toute consultation en médecine générale. En 2005, 78% des consultations donnent lieu à la prescription d'au moins un médicament (1). En ajoutant à l'augmentation des prescriptions la multiplication des professionnels de santé consultés par le patient, cela nous conduit à un nombre inflationniste d'ordonnances et donc de traitements. Toutes ces évolutions mènent naturellement à une surconsommation de médicaments. Le dernier rapport de l'ASNM paru en 2014, estime un français consomme qu'en moyenne 48 boîtes de médicaments par an (2), ce qui augmente le risque d'interactions médicamenteuses. Ce risque est d'ailleurs parfois favorisé par la réticence de chacun des spécialistes à modifier le traitement des autres, au nom d'un principe de confraternité prudente et polie, mais possiblement au détriment du patient.

En 1988, le Dr Grymonpre et ses collaborateurs (3) ont montré que la prise de plus de quatre médicaments était associée à un risque de iatrogénie augmenté d'un facteur trois. La iatrogénie médicamenteuse représente un peu plus d'un million de journées d'hospitalisations pour 130 000 patients chaque année en France (4). Les interactions médicamenteuses (IM) sont à l'origine d'environ 20 % de cette iatrogénie médicamenteuse, d'où l'intérêt de maîtriser les

prescriptions des patients et de connaître l'ensemble de leur traitement médicamenteux effectivement pris.

Lors d'une hospitalisation, le médecin hospitalier responsable du patient prescrit son traitement à l'entrée, se basant souvent sur le traitement recueilli lors de l'interrogatoire d'entrée (5). Mais il doit parfois prescrire le traitement habituel du patient à l'aveugle, car même lorsqu'il est interrogeable, le patient n'est pas toujours une source fiable. Le médecin a rarement accès aux ordonnances du patient dès son entrée à l'hôpital. Certains traitements sont omis par les patients, en particuliers les traitements topiques, mais également les médicaments pris en auto-médication. Le devenir des prescriptions habituelles du médecin traitant est alors remis en cause, et sans accès rapide et facile à ces prescriptions, des divergences s'installent. En effet, entre les multiples ordonnances rapportées par les pompiers ou la famille, le sac plastique contenant les médicaments en vrac, et les descriptions hasardeuses de la couleur des « pilules », force est de constater qu'il est difficile d'être rigoureux dans la prescription du traitement à l'entrée du patient dans un service hospitalier.

La réalisation de la synthèse médicamenteuse dès l'arrivée à l'hôpital permet de rétablir un peu la véracité de la prescription d'entrée et de s'approcher au plus près du traitement effectivement pris. La-prescription hospitalière initiale est réalisée par le médecin, junior ou sénior, qui reçoit le patient. Il se fonde sur l'interrogatoire du malade et de son entourage, les ordonnances apportées et le pilulier. Ces éléments ne sont pas toujours accessibles dès l'entrée à l'hôpital, il faut souvent appeler le médecin traitant pour avoir des précisions, ou la pharmacie d'officine si le patient la connaît, afin d'obtenir la liste exhaustive de ses traitements. La qualité de la prescription initiale, et donc de la prise en charge médicale, est possiblement dégradée.

La position pivot du médecin généraliste dans la prise en charge médicamenteuse du patient fait de lui l'acteur privilégié de la centralisation des traitements effectivement pris. Ce dernier n'est pas toujours un interlocuteur facile d'accès : en consultation il n'est pas joignable, en visite, il n'a pas accès au dossier du patient, en congés ou remplacé, il est tout simplement absent. De plus certains patients consultent plusieurs médecins et il arrive que le généraliste ne connaisse pas l'intégralité des traitements prescrits par ses confrères.

La pharmacie d'officine peut palier à ces difficultés car elle centralise les traitements effectivement délivrés, est facilement joignable avec une large amplitude horaire. Mais une fois de plus c'est une source qui a ses limites car il n'est pas évident de recueillir les données par téléphone, moyen de communication pratique mais non sécurisé.

On pourrait penser qu'avec l'arrivée de nouvelles technologies dans le monde de la santé, l'accès à de telles informations ne devrait plus être un problème. L'accentuation des inégalités de santé et l'augmentation du nombre de déserts médicaux ont stimulé la création de solutions inédites portées par les progrès technologiques. La télémédecine se développe et une avalanche de nouveautés fait le bonheur de multiples entreprises numériques au grand dam d'une partie de la population vieillissante. Mais les dérives du numérique inquiètent voire dissuadent de leur utilisation, ouvrant le débat sur la sécurisation des données personnelles. Il suffit de regarder la lenteur de mise en place du Dossier Médical Personnel (DMP) et sa faible utilisation pour comprendre que la population et les médecins ont besoin d'une solution plus efficace pour centraliser les données de santé et plus particulièrement les traitements médicamenteux.

Chapitre 1 : L'erreur médicamenteuse

*Le patient, que pour des raisons évidentes de confidentialité nous appellerons monsieur X, était suivi par son médecin traitant et tout allait bien. Il prenait plus ou moins consciencieusement son traitement et le faisait renouveler régulièrement par son médecin généraliste. Soudain, il « tombe » malade. Son médecin l'envoie aux urgences pour le faire hospitaliser avec un courrier et une copie de son ordonnance. Le patient attend des heures avant d'être finalement admis en Médecine interne pour une pneumopathie. Il est vu par l'interne qui re-prescrit le traitement des urgences. **Et là, survient l'erreur médicamenteuse.***

D'abord, un peu de sémantique. Selon le dictionnaire français publié par la SFPC, l'erreur médicamenteuse est définie par : « un écart par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient. L'erreur médicamenteuse est l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte relatif à un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient. Par définition, l'erreur médicamenteuse est évitable car elle manifeste ce qui aurait dû être fait e qui ne l'a pas été au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse d'un patient » (6). C'est donc un acte non intentionnel que l'on pourrait éviter en sécurisant la prise en charge du patient.

L'erreur médicamenteuse a un cout humain et financier pour le patient mais aussi la collectivité. Beaucoup de chiffres illustrent la part que l'erreur médicamenteuse peut représenter en termes de santé publique. Des études de pharmacovigilance faites en France estiment entre 10 000 et 30 000 le nombre de décès annuels attribuables à une erreur médicamenteuse. On peut citer l'étude réalisée dans les hôpitaux publics de France par Dr Pouyanne et ses collaborateurs en

2000, qui a montré qu'environ 130 000 hospitalisations par an étaient dues à un effet indésirable médicamenteux (7). Cela représente presque 1,3 millions de journées d'hospitalisation annuelles.

En 2009, l'Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables liés aux Soins (ENEIS 2), a attesté de l'enjeu du médicament dans la sécurité des soins. Après les actes invasifs et les infections liées aux soins, les médicaments sont la troisième cause d'événements indésirables graves (EIG) : 60 000 à 130 000 EIG par an en lien avec le médicament, dont 15 000 à 60 000 seraient évitables (8).

Les évènements indésirables détectés sont :

- les effets indésirables propres à chaque médicament, provoqués par sa simple prise ou son association avec d'autres molécules : il s'agit de la iatrogénie du médicament.
- les erreurs médicamenteuses, secondaires à une mauvaise prescription du médicament (ajout, oubli ou modification de posologie).

En 2010, l'étude du Dr Gleason et de ses collaborateurs a montré que plus d'un tiers des patients hospitalisés avaient une erreur médicamenteuse à leur admission. Parmi ces patients, 85% avaient des erreurs provenant de la récupération incomplète de leur traitement à leur admission. La moitié de ces erreurs étaient des oublis et 12% présentaient un risque important (9).

L'erreur étant humaine, à défaut de pouvoir changer la nature des médecins, il est possible de les aider à prescrire à bon escient et avec les bonnes sources d'information.

Chapitre 2 : La conciliation médicamenteuse

*Monsieur X a été hospitalisé. L'interne, étourdi par ses 72 heures hebdomadaires de travail, a commis une **erreur médicamenteuse**. Le patient se retrouve donc avec un médicament en moins et un autre en trop. L'interne ne s'en est pas rendu compte puisqu'il est parti à 18h30 du service pour relever la garde aux urgences, et que l'infirmière qui travaille ce soir a la charge des 24 lits de l'unité à elle seule. Elle suit consciencieusement la prescription et la nuit s'écoule. Au matin, lors de la visite, l'interne fait le point avec la Cheffe de service sur le patient et ses prescriptions. Il est épaulé par l'étudiant en pharmacie qui va réaliser la **conciliation médicamenteuse** et rédiger le **Bilan médicamenteux d'entrée (BME)**.*

Une fois de plus, parlons sémantique pour commencer. En 2005, l'IHI (Institute For Healthcare Improvement) a défini la conciliation médicamenteuse comme « un processus d'identification de la liste la plus exacte des médicaments habituels du patient (incluant nom, dosage, posologie, voie d'administration), et de comparaison à la prescription en cours, permettant de reconnaître les écarts, documenter toute modification, et ainsi d'obtenir une prescription complète et documentée avec précision ».

Pour l'HAS en France, la conciliation médicamenteuse est définie comme : « un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient ». Un guide permettant sa mise en œuvre est disponible sur le site de l'HAS. Il décrit les étapes de la conciliation médicamenteuse et fournit des outils permettant leur mise en œuvre (10).

La conciliation médicamenteuse comprend donc une première étape de bilan médicamenteux indispensable à sa réalisation et une deuxième étape de comparaison des prescriptions entre elles.

Le bilan médicamenteux nécessite une approche rigoureuse de l'ensemble des traitements du patient. Pour gagner en efficacité et en temps, il doit être réalisé en contactant les différents acteurs du circuit médicamenteux autour du patient, à commencer par le patient lui-même (ce qui permet notamment d'évaluer l'observance) puis le ou les prescripteurs et la ou les officines qui délivrent les médicaments, en commençant par les interlocuteurs les plus susceptibles de détenir un maximum d'informations en un minimum de temps.

De façon plus concrète, la conciliation médicamenteuse a pour objectif d'optimiser le traitement du patient au moment de la transition ville/hôpital et de réduire les divergences observées. Une étude faite par le Dr PL.Cornish et ses collaborateurs en 2005 a montré que la moitié des patients hospitalisés ont au moins une divergence non intentionnelle de leur traitement habituel (11).

Pour certaines d'entre elles, ces divergences sont dues à un manque de communication entre la ville et le milieu hospitalier, soit par manque de temps, soit par manque d'interlocuteurs disponibles. Dans tous les cas, les plus touchés par les divergences médicamenteuses sont les patients ayant le plus de médicaments sur leurs ordonnances, en particulier les patients âgés dont l'ordonnance contient en moyenne une dizaine de médicaments (12).

Chapitre 3 : situation actuelle en France

*Monsieur X a été victime d'une **erreur médicamenteuse**. Cette erreur a été identifiée lors de la **conciliation médicamenteuse** réalisée dans les 24 premières heures de son hospitalisation. Cela a permis de lui éviter un séjour rallongé pour une simple pneumopathie. Le Ministère de la santé a donc décidé de sauver d'autres messieurs ou mesdames X en installant **une situation actuelle favorable** à la conciliation médicamenteuse, à l'instar de ses voisins.*

L'erreur médicamenteuse, et plus précisément la divergence médicamenteuse est une source de risque qui a été identifiée comme prioritaire par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). L'OMS a lancé des projets visant à atténuer ces risques. En accord avec ces projets, la France a adopté différentes politiques de santé pour appliquer les recommandations de l'OMS :

- la participation aux projets internationaux « High 5s » et « SOP MED'REC » (Standard Operating Protocol Medication Reconciliation).
- la certification des établissements de santé par la Haute autorité de santé (HAS)
- l'arrêté du 6 avril 2011 (article 8) sur la prise en charge médicamenteuse
- le parcours global du patient avec la loi « Hôpital, patient, santé, territoire » de 2009

Les « High 5s »

L'initiative des « High 5s » est une démarche lancée en 2006 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (13). Elle s'est construite sur la base d'un partenariat entre le Commonwealth Fund, l'OMS et la Joint Commission International. Les Ministres de la Santé et les responsables politiques des six pays à l'origine du projet ont signé des lettres officielles de soutien en 2007. La France, l'Arabie saoudite et Singapour se sont ensuite jointes au projet, en 2009 concernant la France.

L'objectif de cette initiative est de réduire cinq problèmes de sécurité des soins pour le patient, identifiés comme prioritaires par l'OMS. Ces protocoles portent sur :

- 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
- La lutte contre les infections associées aux soins

Parmi ceux-ci, le deuxième item nous intéresse tout particulièrement. La sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins a été retenue comme l'un des axes prioritaires par la France (HAS) et ses pays voisins. C'est dans le cadre de ce projet international que le projet SOP Med'Rec a vu le jour (14).

Le projet SOP Med'Rec

Le projet SOP MED'REC est une conciliation médicamenteuse visant à prévenir les erreurs médicamenteuses à l'admission hospitalière des patients, autrement appelée « Medication reconciliation » ou Med'rec. Neuf établissements de santé français volontaires ont expérimenté de 2010 à 2014, le protocole opérationnel standardisé proposé par l'OMS, le « Standard Operating Protocol of Medication reconciliation » ou « SOP Med'Rec ».

Ce protocole standard est composé de quatre phases :

- La recherche active d'informations sur les médicaments du patient.
- La formalisation et la validation pharmaceutique : le Bilan Médicamenteux d'Entrée (BME).

- La comparaison du BME avec l'ordonnance d'admission et l'identification des divergences.
- La prévention et la correction des divergences non documentées au cours de l'entretien collaboratif médico-pharmaceutique.

A la fin de cette période de 4 ans, une évaluation globale a été réalisée au sein des neuf établissements volontaires en centralisant les résultats de l'expérience.

Les résultats de cette évaluation ont fait l'objet d'un rapport de la HAS en 2015 (4) dont voici les principaux chiffres :

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

Ces résultats ont ouvert la voie de la conciliation médicamenteuse en France, démontrant de son importance et de son utilité dans le parcours santé du patient.

Les certifications des établissements de santé

La HAS complète cette démarche de favorisation de la conciliation médicamenteuse dans le cadre de la certification des établissements de santé, en définissant des pratiques exigibles prioritaires. Ces règles sont décrites dans le manuel de certification des établissements de santé, disponible sur le site de l'HAS (16). A l'intérieur, y sont listés et décrits les 28 critères primordiaux d'une bonne prise en charge médicale.

La certification d'un établissement de santé vise à apporter une appréciation indépendante de la qualité des soins dispensés par cet établissement. L'objectif pour les établissements est de respecter un cahier des charges listant différents items considérés comme des critères de sécurité et de qualité des soins.

Parmi ceux-ci, le critère 20a « Management de la prise en charge médicamenteuse du patient » cible l'informatisation du circuit du médicament à l'hôpital et les erreurs médicamenteuses de prescriptions, particulièrement fréquentes lors d'hospitalisations ou au moment des transitions (admission, transferts, sortie). La certification sur ce point est accordée si le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés et si des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées avec rétro-information des professionnels concernés.

L'arrêté du 6 avril 2011 sur la prise en charge médicamenteuse

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 visant à améliorer la prévention des erreurs médicamenteuses chez les patients hospitalisés a été publié au journal officiel du 16 avril 2011.

Dans un premier temps, ce texte rappelle que la prise en charge médicamenteuse est un processus combinant des étapes pluridisciplinaires et interdépendantes visant un objectif commun : l'utilisation appropriée et efficiente du médicament chez le patient pris en charge par un établissement de santé. Il définit ensuite le système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse qui devra être mis en place dans les établissements de santé, ainsi que les règles à respecter pour les principales étapes du circuit du médicament (17).

Chapitre 4 : Les expériences de la conciliation médicamenteuse

*Monsieur X a bénéficié d'une conciliation médicamenteuse ce qui a permis d'éviter des erreurs de prescription le concernant. Il est rentré chez lui et tout va pour le mieux. L'interne qui s'est occupé de lui se demande comment il aurait pu faire pour éviter cette erreur qui bien qu'humaine, aurait pu coûter des jours d'hospitalisation supplémentaires à Monsieur X et des euros à la CPAM.. Il trouve que la conciliation médicamenteuse est une bonne pratique comme le montrent dans la littérature différentes **expériences de conciliations médicamenteuses**.*

La conciliation médicamenteuse (CM) est importante pour la sécurité de prescription. C'est ce que montre la plupart des études qui en évaluent les bénéfices. Au niveau mondial tout d'abord, selon la méta-analyse du Dr Alemayehu Mekonnen et de ses collaborateurs (18), elle permettrait de réduire de 67% les hospitalisations dues aux effets secondaires des traitements, de 28% les passages aux urgences et de 19% les réadmissions à l'hôpital par rapport au groupe de soins habituel. Ces résultats prometteurs montrent à quel point la conciliation médicamenteuse a un rôle à jouer dans le système de santé, si elle est correctement réalisée.

L'étude du Dr Elin C. Lehnborn et de ses collaborateurs (19) publiée en 2014, montre que la conciliation médicamenteuse a le potentiel d'identifier de nombreuses anomalies et de réduire les risques de mauvaise prescription, mais avec un impact clinique faible.

Ces résultats sont remis en question par une revue de la Cochrane en 2018 qui met en doute l'utilité de la CM (20). Ils ont évalué trois critères sur plusieurs études : les effets indésirables

évitable des traitements, leurs effets indésirables non évitables et le recours aux soins (ré-hospitalisation, consultation aux urgences...).

Selon elle, l'impact d'une conciliation médicamenteuse, en particulier médiée par les pharmaciens, est incertain en raison d'un faible niveau de preuve. La conciliation peut avoir un impact modéré ou inexistant sur les effets indésirables évitables du médicament et peu d'impact sur les effets indésirables. Les preuves de l'effet de la conciliation médicamenteuse sur le recours aux soins étaient contradictoires : en critère principal, le niveau de preuve est modéré ; en critère composite (hospitalisation, consultation au SAU ou consultation d'un médecin), le niveau de preuve est faible.

Aucune des études n'a rapporté d'effets indésirables des conciliations.

Seules deux études se sont intéressées au temps moyen passé avec les patients pour cette conciliation, et une seule a extrapolé la nécessité d'un pharmacien à temps plein dédié à la CM. En conclusion de cette revue Cochrane, il n'existait pas de certitude quant à l'impact positif de la CM sur les effets indésirables des médicaments, la prévention de effets indésirables des médicaments et sur le recours au système de soins. Cependant, la durée de la CM que l'on pourrait relier à la qualité de celle-ci, n'était prise en compte que dans deux études.

En France, plusieurs expériences de conciliations médicamenteuses ont déjà été réalisées, toutes retrouvaient les mêmes conclusions.

L'étude du Dr P.Saint Germain et de ses collaborateurs menée en 2016 dans un service de gériatrie lors de la sortie montrait que plus de la moitié des patients hospitalisés présentaient des divergences non intentionnelles lors de la conciliation médicamenteuse et un tiers d'entre elles avaient des conséquences non négligeable sur la santé des patients (21).

En 2010, l'étude du Dr M. Perennes et de ses collaborateurs sur la CM de 61 patients de médecine interne à la sortie montrait que 41 % des patients avaient au moins une divergence non intentionnelle (DNI) (22).

Une autre étude menée par le Dr L.Alix et ses collaborateurs en 2018, se penchait sur la perception par les médecins généralistes d'une fiche de conciliation de sortie visant à améliorer la transmission d'informations entre l'hôpital et la ville (23). Elle soulevait, outre la très bonne impression laissée par cette initiative aux médecins généralistes, la nécessité d'un moyen de communication entre la ville et l'hôpital qui soit à la fois sécurisé et accessible. Un de ces moyens envisagés était une messagerie sécurisée qui contrairement aux ordonnances, ne se perdait pas avec le patient.

L'enjeu de la CM semble évident mais cela reste un outil réservé à l'hôpital, difficilement réalisable en cabinet de médecine générale. Il apparaît évident que le lien entre la ville et l'hôpital doit être entretenu pour la sécurité du patient dans le but d'une bonne continuité des soins. S'il existe de nombreuses études portant sur la transmission des informations dans le sens hôpital vers la ville, tels que la réalisation de fiches de synthèse médicamenteuses adressées au médecin traitant, il y a peu de propositions pour faire transiter les informations dans le sens ville vers hôpital.

L'expérience du dossier médical partagé était une des solutions que j'avais envisagée mais irréalisable par manque de moyens. En effet pour accéder au DMP des patients, il aurait fallu un accès avec un lecteur de carte CPS et Carte vitale, chose rare à l'hôpital et sous-utilisée. Le taux de patient ayant créé son DMP est très restreint.

Nous avons tenté une expérience de réalisation d'un BME, dans les 48 premières heures de l'hospitalisation en médecine interne pour tout patient prenant au moins trois médicaments soit poly médicamenté. Le BME était réalisé par un étudiant en pharmacie et validé par le pharmacien hospitalier. Puis nous avons comparé la prescription initiale hospitalière à l'entrée dans le service de médecine interne au bilan médicamenteux d'entrée, de façon quantitative et qualitative. Nous avons ensuite recherché le mode de récupération des informations à la fois le plus pertinent et le plus rapide, applicable dès l'entrée à l'hôpital.

Partie 2 : Devenir des prescriptions médicamenteuses habituelles lors d'une hospitalisation

Chapitre 1 : Objectifs

L'objectif principal est l'étude quantitative et qualitative des divergences de prescription médicamenteuse à l'entrée d'une hospitalisation en médecine interne versus le traitement effectivement pris en ville.

Les objectifs secondaires sont l'étude de l'impact des divergences en terme de sécurité du patient, la caractérisation de leur intentionnalité ainsi que la recherche d'amélioration du recueil de données médicamenteuses.

Chapitre 2 : Méthode

Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, prospective et mono centrique, réalisée entre mai 2017 et avril 2019 dans un service de médecine interne à l'hôpital Louis Mourier à Colombes (92).

Population

La population de cette étude est composée de patients hospitalisés en médecine interne entre mai 2017 et avril 2019.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Adulte majeur
- Avoir au moins 3 traitements médicamenteux en cours
- Etre interrogeable facilement (parler français et être conscient et cohérent)
- Etre hospitalisé en médecine interne depuis moins de 48 heures.

Méthode

La prescription initiale hospitalière à l'entrée dans le service de médecine interne était réalisée par l'interne de médecine générale qui était lui-même encadré par le sénior chargé de la contre-visite. La prescription initiale hospitalière étaient récupérées informatiquement du logiciel de prescription Orbis®.

Seuls les traitements pris par voie orale étaient pris en compte, afin de les comparer au traitement habituel du patient.

Le bilan médicamenteux d'entrée (BME) était réalisé le lendemain de l'entrée en médecine interne par l'étudiant en pharmacie. Il était muni d'une feuille de recueil des données (Annexe 1), qu'il devait remplir en présence du patient puis qu'il complétait auprès de différentes sources d'information : médecin généraliste, pharmacien d'officine, médecins spécialistes, entourage familial, professionnel de santé de la ville (infirmière à domicile, kinésithérapeute...) qu'il pouvait mentionner sur le document.

Le BME correspondait à la liste exhaustive de l'ensemble des traitements pris par le patient avant son hospitalisation. Il était validé par le pharmacien hospitalier avant d'être ajouté dans le dossier médical sur Orbis®. Cette étape faisait l'objet d'un courrier récapitulatif adressé au médecin prescripteur du service (Annexe 2).

La classe pharmacologique des médicaments était recherchée après recueil des informations et ajoutée au tableau récapitulatif des données.

Les modifications pertinentes de la prescription initiale hospitalière grâce au étaient réalisées dès la validation du BME.

Une divergence était définie comme toute différence identifiée entre le BME et la prescription initiale hospitalière.

Les divergences pouvaient être de quatre types différents :

- Une omission, soit un oubli de médicament sur la prescription hospitalière initiale par rapport au BME.
- Un ajout, soit l'ajout d'un médicament sur la prescription hospitalière initiale par rapport au BME.
- Une modification de posologie entre le BME et la prescription hospitalière initiale (posologie).
- Une modification du moment de la prise médicamenteuse sur la prescription hospitalière par rapport au BME (fréquence).

L'intentionnalité de chaque divergence était recueillie. Elle pouvait être de deux sortes :

- Les divergences intentionnelles (DI) où le prescripteur a volontairement omis, ajouté ou modifié une prescription retrouvée par le BME.
- Les divergences non intentionnelles (DNI) où le prescripteur a involontairement omis, ajouté ou modifié une prescription retrouvée par le BME.

Une divergence non intentionnelle (DNI) était synonyme d'erreur médicamenteuse.

Il n'existe pas d'échelle validée de risque pour les changements non intentionnels de traitement. Nous avons donc utilisé les critères suivants pour graduer les différents risques de divergence non intentionnelle :

- Le risque mineur était défini par des divergences portant sur les médicaments non indispensables, dits « de confort ».
- Le risque majeur était défini par des divergences portant sur des prescriptions de médicaments pouvant entraîner une atteinte de fonction vitale (respiration, circulation, conscience...).
- Le risque significatif était défini par les divergences portant sur des médicaments qui ne correspondaient ni à l'une ni à l'autre des précédentes définitions, pouvant entraîner un risque de iatrogénie sans risque vital.

Le but de cette étude n'était pas de porter un jugement sur les décisions du médecin prescripteur hospitalier responsable de la prescription initiale hospitalière. Les risques évalués ne concernaient que les divergences non intentionnelles. Toutes les divergences intentionnelles étaient considérées comme le fruit d'une réflexion clinique et le risque, s'il existait, était jugé acceptable puisque raisonnée.

Cette première partie de l'étude a permis de sécuriser les prescriptions hospitalières en récupérant les informations de prescription de ville (BME).

Complément d'étude sur la source d'information la plus avantageuse

Au cours de l'étude principale, la source d'information de chaque ligne de traitement n'a pas été systématiquement recueillie. Cette précision a été instaurée en cours d'étude et n'était disponible que pour les 34 patients inclus à partir du début de l'année 2019.

Sur ces 34 patients répertoriés, la pharmacie était une des sources d'information sur le traitement pour 33 d'entre eux (Tableau 6). Le médecin généraliste n'était rapporté comme source d'information que pour 3 d'entre eux.

Le seul critère de sélection des patients de cette sous étude est d'avoir bénéficié d'un BME en médecine interne lors de l'étude principale.

Je me suis livrée à une analyse des données pour vérifier cette hypothèse : la pharmacie d'officine est une source d'information fiable, exhaustive et facilement disponible du traitement du patient.

J'ai appelé systématiquement la ou les pharmacies renseignées sur les BME des patients.

Lorsqu'il y avait deux pharmacies, j'appelais la première renseignée et en cas de non réponse, j'appelais la seconde.

A chacun de mes appels, j'ai demandé si la pharmacie possédait une ordonnance datée d'avant l'hospitalisation en médecine interne.

Cette ordonnance était appelée ordonnance de référence du patient.

Si la réponse était oui, je demandais à la pharmacie contactée de me détailler les différents médicaments que comportait leur ordonnance de référence.

J'ai ainsi pu comparer le BME à l'ordonnance de référence du patient.

J'ai ensuite relevé si cette ordonnance comportait les divergences identifiées par le BME.

Dans les cas où la pharmacie ne voulait pas me donner d'information, je notais la raison invoquée.

Le critère de réussite principal de mes appels était la récupération d'une ordonnance de référence.

J'ai également relevé les spécialités et nombre de médecins prescripteurs pour chaque patient.

Considération éthique

Pour cette étude, il n'y a pas eu de recueil de consentement systématique étant donné le caractère des données recueillies et conformément à la Méthodologie de Référence MR003.

Concernant l'utilisation des données des patients, une déclaration de conformité à la méthodologie de référence MR003 a été faite pour cette étude (réf. : 2215101v0, cf. Annexe 3).

Tableau 1 : Sources d'information sur les traitements dans l'échantillon

source était la pharmacie	33
source était l'ordonnance	32
source était le patient	22
source était le courrier	17
source était la famille	15
source était l'IDE	9
source était les médocs	5
source était le médecin traitant	3

Chapitre 3 : Résultats

Population

Les bilans médicamenteux d'entrée de 131 patients ont été réalisés entre mai 2017 et avril 2019.

La population était composée de 55% (n=72) de femmes et 45% (n=59) d'hommes. Ils étaient âgés de 21 à 97 ans avec une moyenne d'âge de 74 ans (74 ± 12).

La moyenne de médicaments par patient était de 9,5 ($\pm 3,7$).

Divergences de prescriptions

Sur les 1 166 lignes de traitement, on a dénombré 388 divergences (Tableau 2), soit 33 % prescriptions de ville modifiées lors de l'arrivée du patient en médecine interne. Parmi ces divergences, plus d'un tiers (41% ; n=157) n'étaient pas intentionnelles (DNI) ce qui représentait 13% des prescriptions totales (Figure 1).

Les divergences étaient des omissions dans 55% des cas (n=217), des ajouts de molécules dans 18 % des cas (n=70), des posologies différentes dans 15% des cas (n=58) et des modifications du moment de la prise dans 12% des cas (n=46) (Figure 2).

Dans le Top 3 des principales divergences on retrouvait en première position les omissions intentionnelles (n=122) soit 31% des divergences totales, puis les omissions non intentionnelles (n=94) qui représentaient 24% des divergences et les ajouts intentionnels (n=62) qui représentaient 16% des divergences totales (Tableau 3).

Tableau 2 : Décompte des prescriptions

Nombre de lignes de traitements	1166
Prescriptions inchangées	778
Prescriptions divergentes	388
Divergences Intentionnelles	230
Divergences Non Intentionnelles	158

Tableau 3 : Divergences totales par types et intentionnalité

Omissions intentionnelles	122	31%
Omissions non intentionnelles	94	24%
Ajouts intentionnels	62	16%
Posologies non intentionnelles	30	8%
Posologies intentionnelles	28	7%
fréquences non intentionnelles	27	7%
fréquences intentionnelles	19	5%
ajouts non intentionnels	8	2%

Figure 1 : Devenir des prescriptions de ville lors de l'hospitalisation en médecine interne

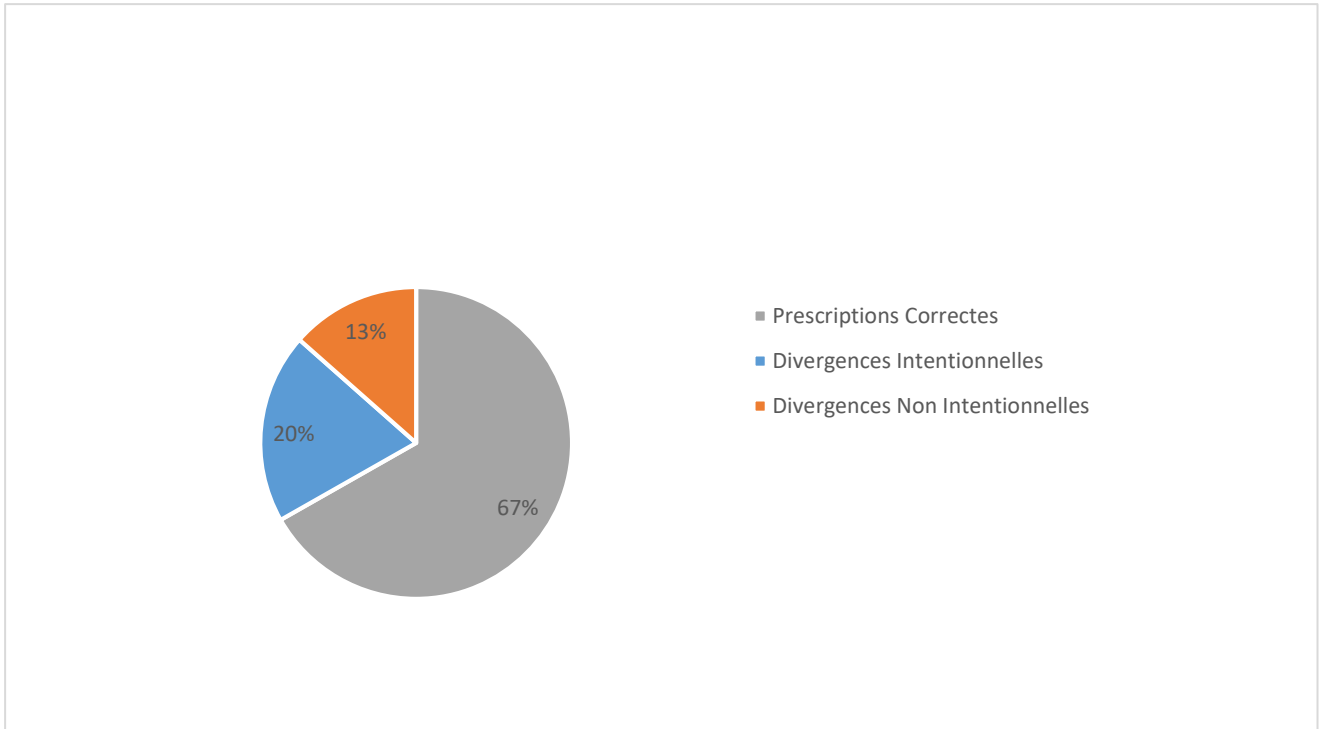
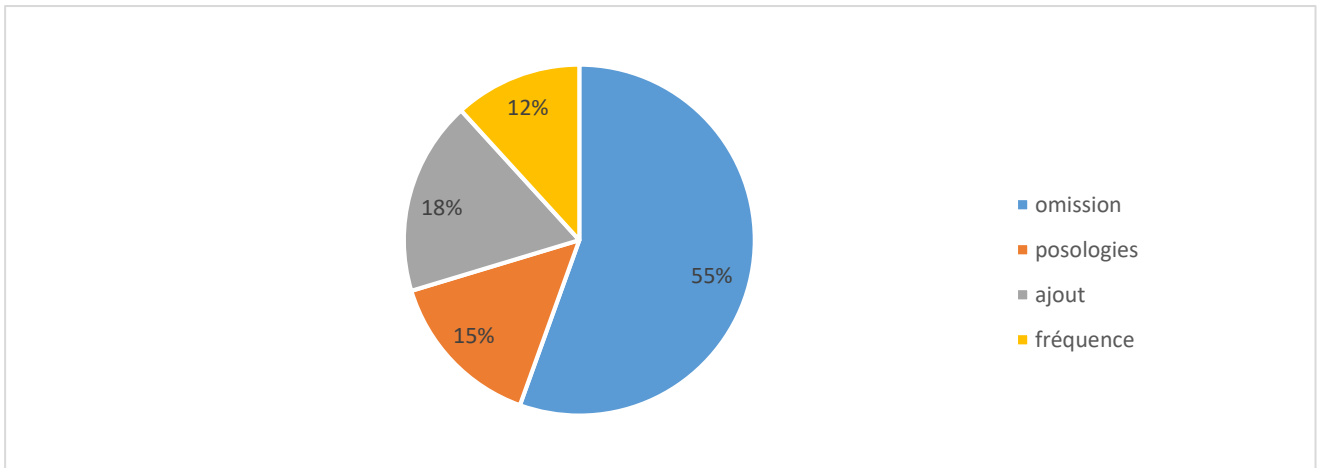


Figure 2 : Types de divergences totales



Divergences intentionnelles

Les modifications de prescription volontaires (ou divergences intentionnelles, DI) représentaient 59% (n=230) des modifications totales (Figure 3).

Ce sont pour la plupart des omissions à 53% (n=122), des ajouts dans 27% des cas (n=62), des modifications du moment de la prise dans 12% des cas (n=28) et des modifications de posologie dans 8% des cas (n=19) (Figure 4).

Divergences non intentionnelles

Les divergences non intentionnelles (DNI) qui représentaient 41% des modifications (n=158), ont été analysées : 58% (n=93) d'entre elles étaient des omissions, 19% (n=30) concernaient des erreurs de posologie, 17% (n=27) portaient sur le moment d'administration du médicament et 6% (n=9) étaient des ajouts de molécule (Figure 5)

Toujours concernant les divergences non intentionnelles, un grade de risque a été attribué à chacune des DNI : 67% (n= 89) des DNI représentaient un risque mineur, 29% (n=38) représentaient un risque significatif et 6% (n=9) représentaient un risque majeur (Tableau 4 ; Figure 7).

Figure 3 : Types de divergences médicamenteuses

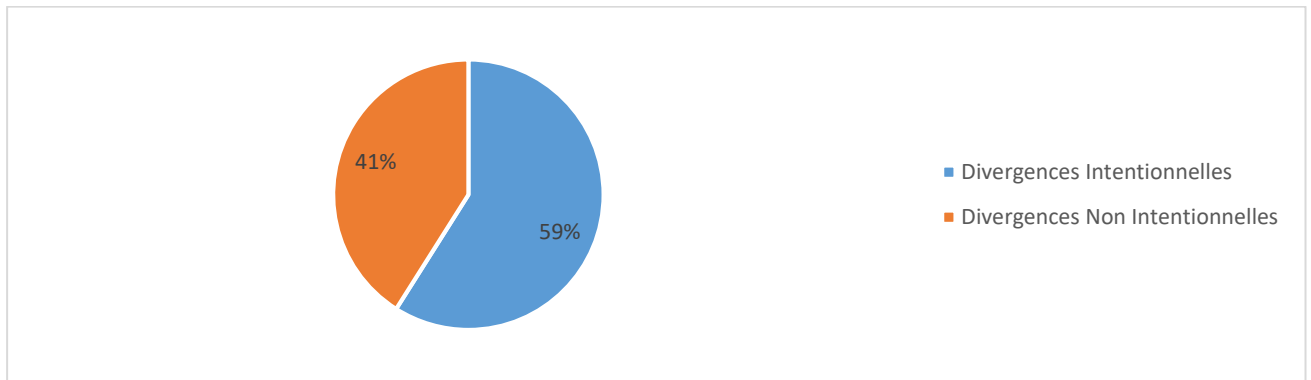


Figure 4 : Types de divergences intentionnelles

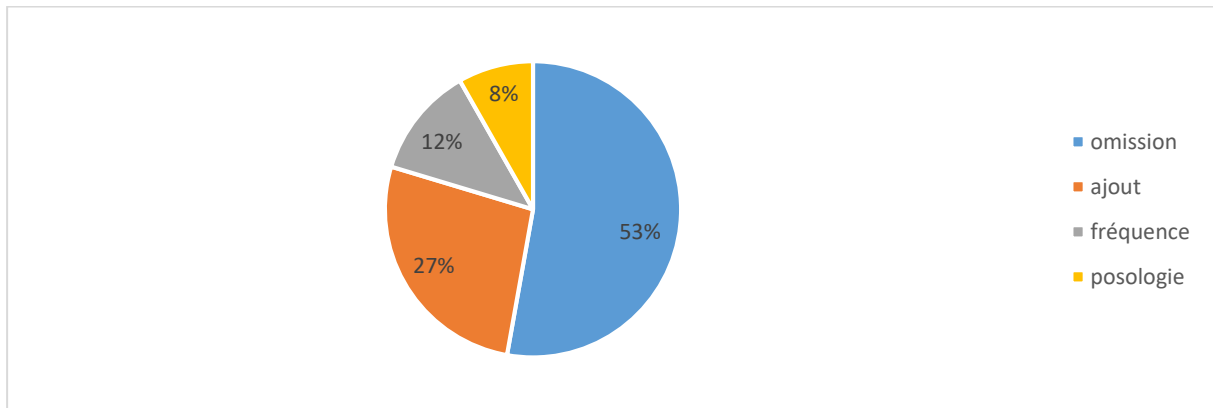


Figure 5 : Types de Divergences non intentionnelles

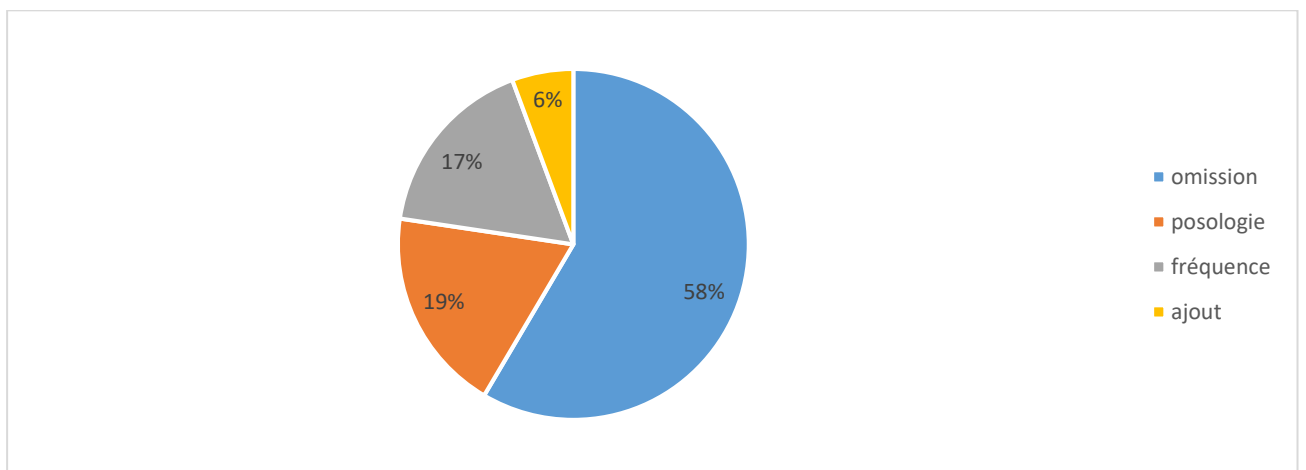


Tableau 4 : Type d'erreur en fonction du risque identifié

qualification du risque		type d'erreur	
majeur	9	Omission	7
		Ajout	0
		Posologie	2
		Fréquence	0
significatif	62	Omission	31
		Ajout	5
		Posologie	18
		Fréquence	8
mineur	84	Omission	55
		Ajout	3
		Posologie	8
		Fréquence	18

Figure 6 : Nombre et type de risque en fonction de la DNI observée

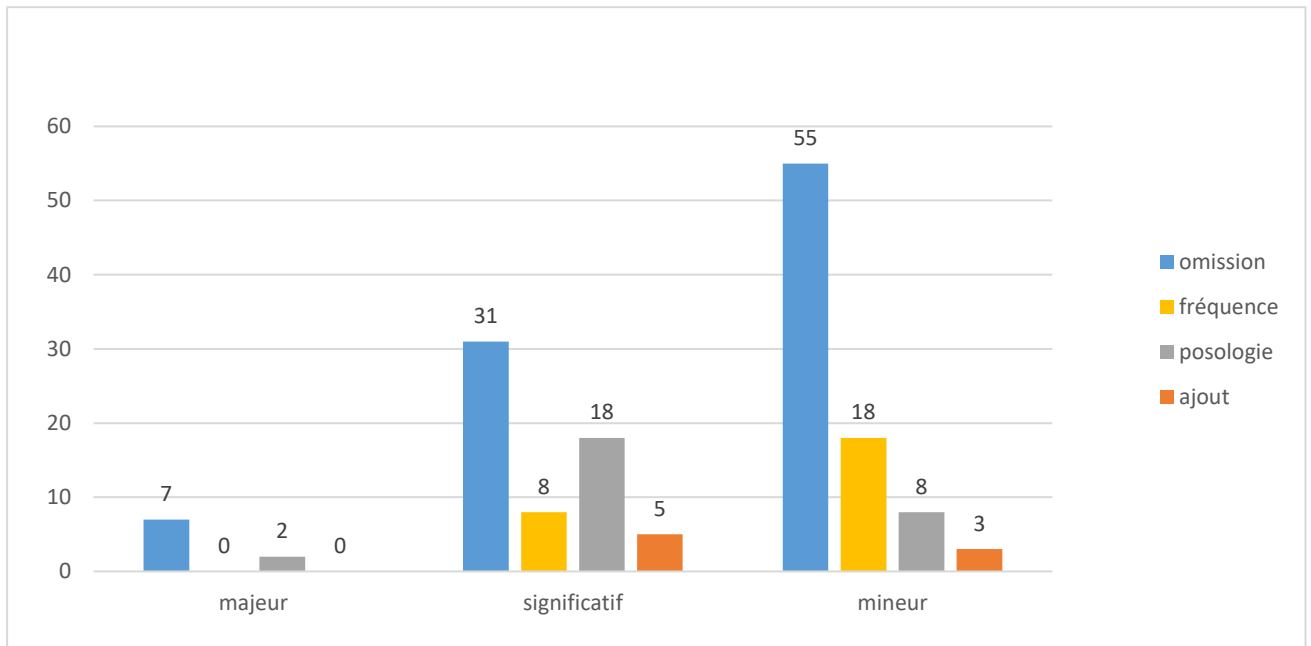
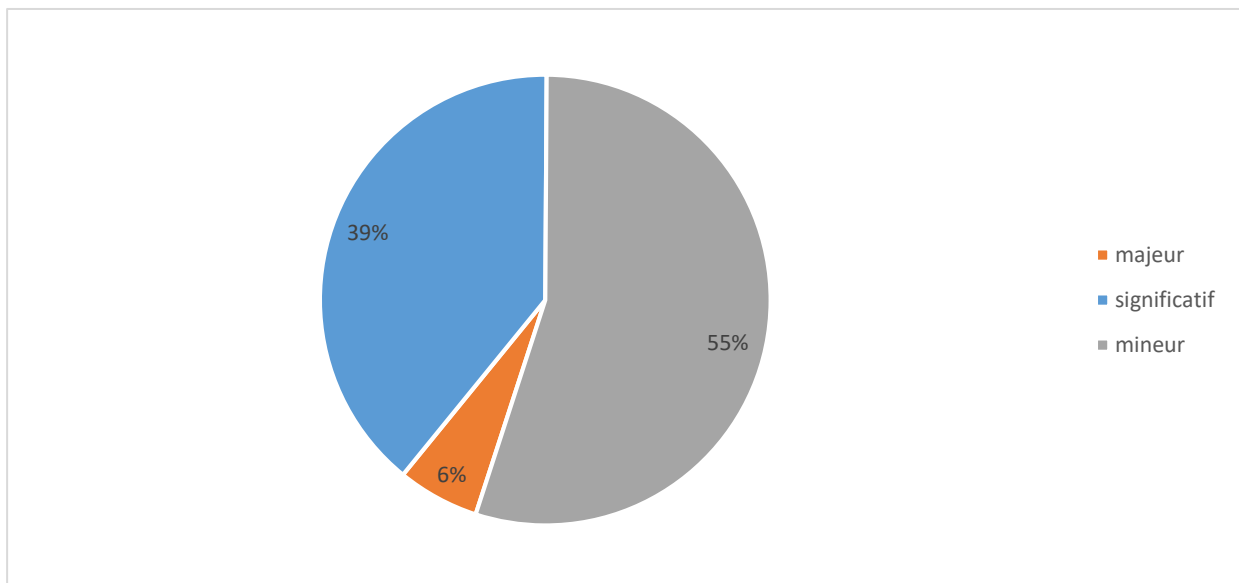


Figure 7 : Risques des divergences non intentionnelles



Les omissions représentaient un risque mineur dans 59% des cas (n=55), significatif dans 33% des cas (n=31) et majeur dans 7% des cas (n=7).

Les divergences de posologies représentaient un risque significatif dans 60% des cas (n=18), un risque mineur dans 27% des cas (n=8) et un risque majeur dans 7% des cas (n=2).

Concernant les ajouts, ils étaient à risque significatif dans 5 cas sur 8 soit 63% des cas, et à risque mineur pour les 3 cas restants.

Les divergences sur les moments d'administration faisaient courir un risque mineur dans 67% des cas (n=18) et significatif dans 33% des cas (n=9) (Tableau 4 ; Figure 6)

Risque des divergences

Les risques recensés dans les divergences non intentionnelles étaient mineurs dans 55% des cas (n=84). En revanche, ils étaient significatifs dans 39% des cas (n=60) et majeurs dans 6% des cas (n=9) (Figure 7). Parmi ces risques majeurs, 7 étaient en lien avec des omissions et 2 avec des modifications de posologie.

Les 60 risques significatifs étaient surtout des omissions à 52% (n=31), puis des erreurs de posologie à 30% (n=18) et enfin des erreurs de fréquence d'administration (n=8) ou des ajouts (n=5).

Enfin les risques mineurs étaient principalement des omissions dans 65% des cas (n=55), dans 21% des cas (n=18) il s'agissait de modification de fréquence d'administration, dans 10% des cas (n=8) c'était des erreurs de posologie et il y avait 3 ajouts.

Dans le Top des risques les plus représentés, il y avait en tête les omissions significatives (n=55) soit 35% des divergences non intentionnelles, puis les omissions mineures (n=31) soient 20% des divergences non intentionnelles et enfin ex-aequo, les modifications de posologies mineures et les modifications de fréquence de prise significatives (n=18) soit 12%. (Tableau 5, Figure 8).

Figure 8 : Répartition des risques et divergences

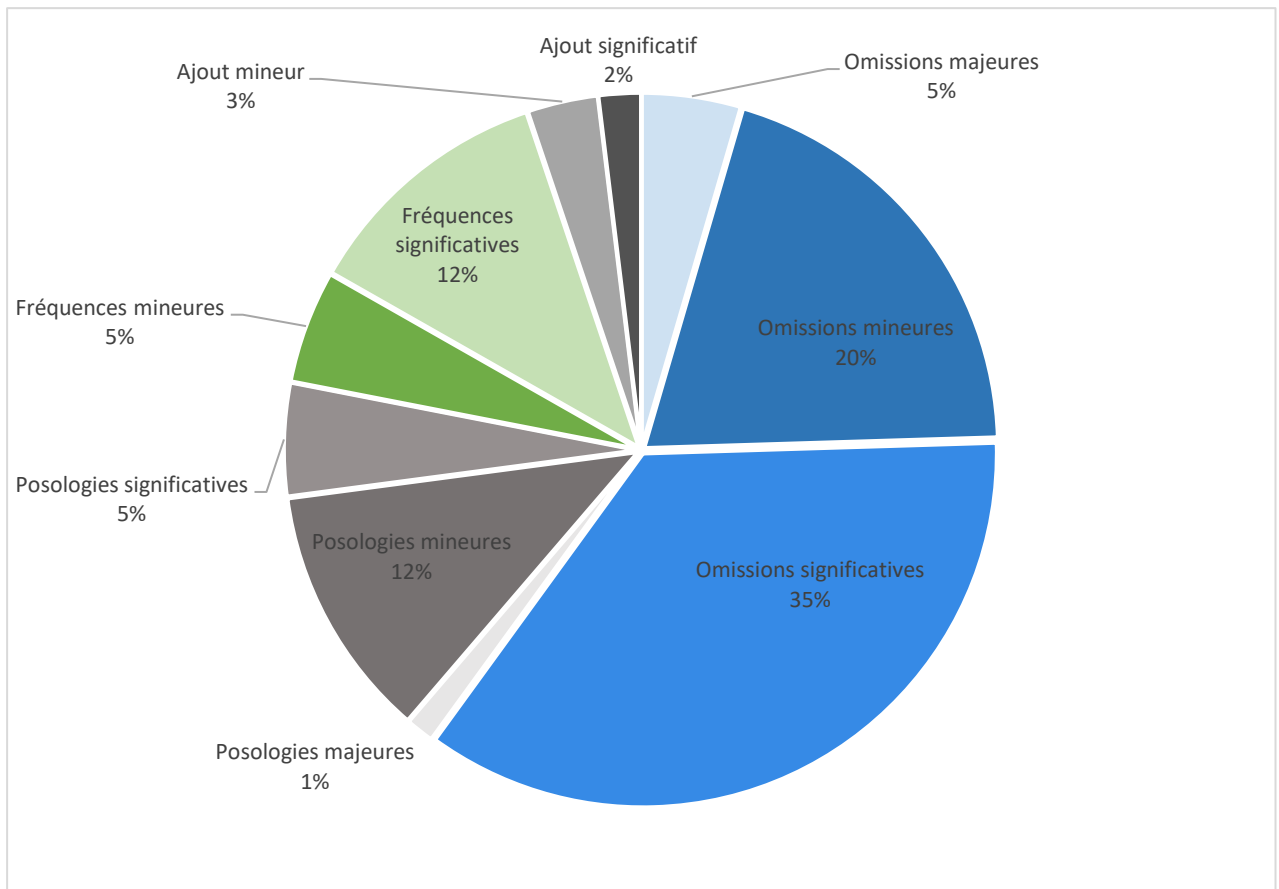


Tableau 5 : Répartition des risques et divergences

Omissions significatives	55	35%
Omissions mineures	31	20%
Posologies mineures	18	12%
Fréquences significatives	18	12%
Posologies significatives	8	5%
Fréquences mineures	8	5%
Omissions majeures	7	5%
Ajout mineur	5	3%
Ajout significatif	3	2%
Posologies majeures	2	1%
Fréquences majeures	0	0%
Ajout majeur	0	0%

Types de médicaments concernés par les divergences

Les classes médicamenteuses les plus concernées par les divergences étaient les médicaments agissant sur le système cardio-vasculaire. Ils représentaient 37% (n=178) des divergences médicamenteuses, intentionnelles ou non. Venaient ensuite les traitements neuropsychologiques qui représentaient 16% (n=77) des divergences, puis les traitements de l'appareil respiratoire avec 8% (n=36) des divergences, les traitements de la pathologie diabétique 6% (n=27) et enfin les traitements du système digestif qui représentaient 4% (n=21) des divergences.

Les 6 classes de médicaments les plus touchées par les divergences représentaient 172 divergences médicamenteuses soit 36% des divergences retrouvées.

Parmi ces 6 classes médicamenteuses, on retrouve (Tableau 4):

Les inhibiteurs calciques qui représentaient 8% des divergences (n=40), puis les benzodiazépines, 7% de divergences (n=32), ensuite les bêtabloquants qui représentaient 3% des divergences (n=30), les diurétiques, 3% des divergences (n=24) et enfin à ex-aequo les anticoagulants et les antiagrégants qui représentaient chacun 3% des divergences (n=23) (tableau 6).

Tableau 6 : Classes pharmacologiques des divergences.

Inhibiteur calcique	40	8%
Benzodiazépine	32	4%
Bétabloquant	30	3%
Diurétique	24	3%
Anticoagulant	23	3%
Antiagrégant	23	3%
Antidiabétiques oraux	21	5%
Collyre anti hypertenseur	20	2%
Bronchodilatateur	20	3%
IEC	17	2%
Corticoïde inhalé	16	2%
AINS en gel	14	2%
Antispasmodique	13	2%
Statine	12	2%
Antalgique de pallier 1	12	2%
Calcium	11	2%
Potassium	10	1%
Bisphosphonate	10	2%
Antihistaminique	9	2%
Antidépresseur (autre)	9	2%
Antalgique de pallier 2	9	2%
Neuroleptique	7	1%
Antidépresseur (IRSS)	6	1%
IPP	6	1%
Insuline	6	1%
Antipsychotique	6	1%
Hypouricémiant	6	1%

Corticoïdes	5	1%
Antiparkinsonien	5	1%
Antiinfectieux	5	1%
Antiépileptique	5	1%
Vitamine	4	1%
Thyroïde	3	1%
ARA II	3	1%
Pregabaline	3	1%
Hormonothérapie	3	1%
Crème topique	3	1%
Alphabloquant	3	1%
AINS	2	0%
Transit	2	0%
Nicotine	2	0%
Inhibiteur dopa	2	0%
Hormone	2	0%
Gabapentine	2	0%
Fibrate	2	0%
Dérive nitre	2	0%
Antimuscarinique	2	0%
Antiarythmique	2	0%
Antialzheimer	2	0%
Levodopa	1	0%
Fer	1	0%
EPO	1	0%
Dermocorticoïde	1	0%

Tableau 7 : Médecins prescripteurs répertoriés dans l'échantillon

Médecins généralistes	79
Cardiologues	17
Endocrinologues	8
Psychiatres	5
Néphrologues	4
Pneumologues	4
Ophtalmologues	4
Neurologues	3
Urologues	3
Dermatologues	2
Hématologues	2
Gynécologues	1
Oncologues	1
Rhumatologues	1

Résultats des appels lors de l'étude complémentaire

J'ai pu contacter les pharmacies de 76 patients, soit 58% de ma population d'origine (131 patients).

J'ai passé mes appels sur différents jours de la semaine, y compris les samedis. Je n'ai pas essayé de contacter de pharmacie les dimanches.

Parmi ces 76 patients, 7 avaient deux pharmacies renseignées et 4 n'avaient aucune pharmacie référencée.

Sur 76 pharmacies, 47 ont répondu au téléphone, soit un taux de réponse de 64% aux appels téléphoniques.

Parmi les 47 pharmacies répondantes, 39 avaient l'ordonnance de référence mais 4 de ces ordonnances ne montraient pas la ou les divergences identifiées par le BME, 3 pharmacies n'ont pas pu me donner l'information que je recherchais par téléphone pour préserver le secret médical.

Les 5 pharmacies restantes n'avaient pas d'ordonnance référente.

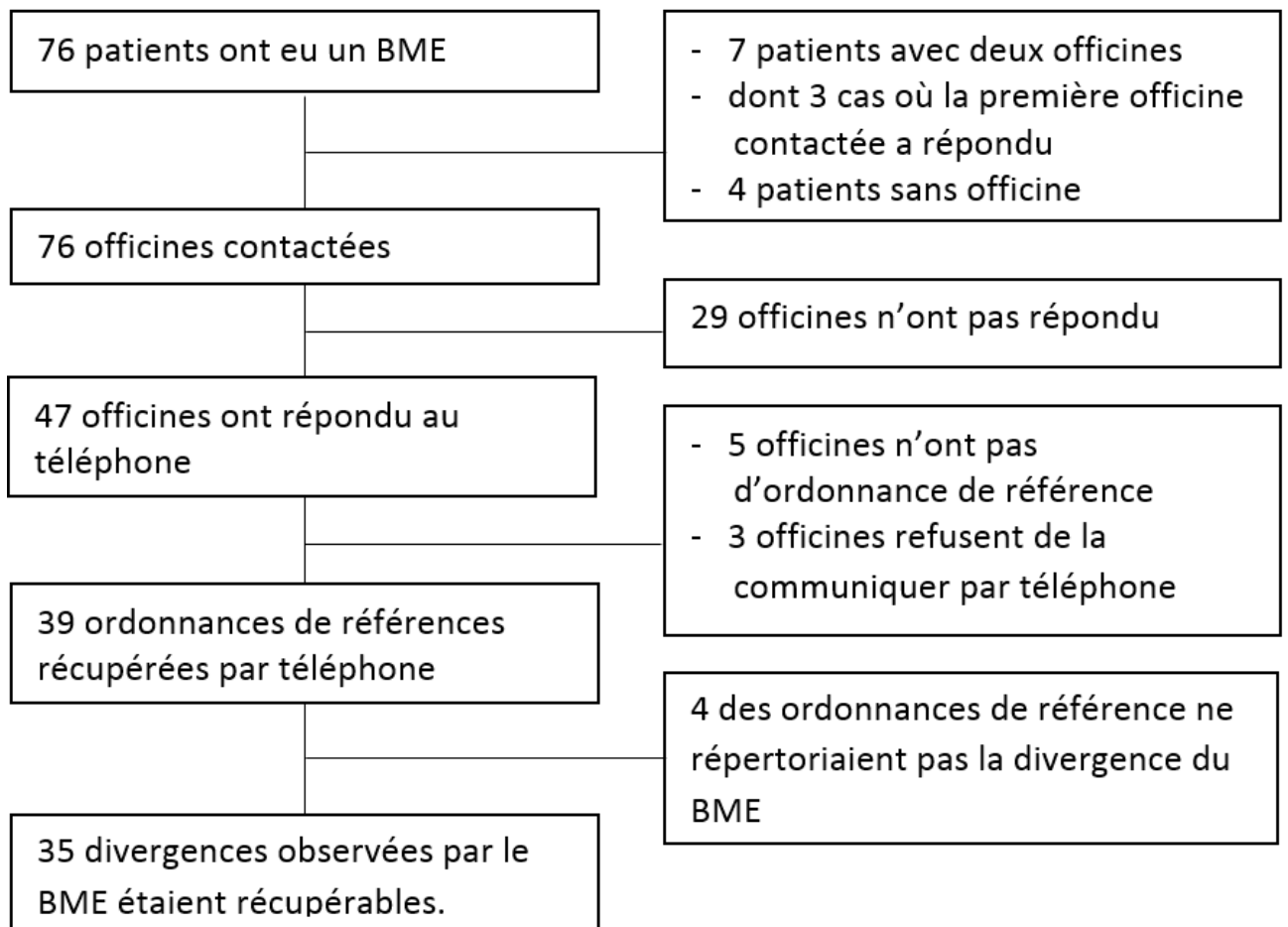
Au total cela faisait 35 ordonnances référentes récupérées pour 74 patients en contactant uniquement la pharmacie d'officine, soit environ 47% de taux de réussite de récupération de données fiables (Figure 9).

Les médecins prescripteurs ont été analysés : sur 76 patients, il y avait 134 médecins prescripteurs soit 1,7 médecin par patient hospitalisé.

Parmi eux, on retrouvait 1 médecin généraliste référent chez 65 patients et 2 médecins généralistes référents chez 7 patients, soit un total de 79 médecins généralistes.

Il y avait ensuite 17 cardiologues et 8 endocrinologues, 5 Psychiatre, puis les Pneumologues, Ophthalmologues et Néphrologues, au nombre de 4 chacun (Tableau 7).

Figure 9 : Flow-Chart des appels



Chapitre 4 : Analyse

La polymédication de nos patients

Les résultats concernant la population montrent une polymédication des patients. Les interactions médicamenteuses augmentent exponentiellement par rapport au nombre de traitement sur l'ordonnance. On peut déjà dire qu'il s'agit d'une population à risque. La moyenne d'âge pour cette étude est de 74 ans avec un écart type de 12 ans, ce qui rajoute un facteur de fragilité supplémentaire. Bien entendu, ces deux données sont corrélées puisque la population vieillissante est une population qui accumule les facteurs de risques et les pathologies chroniques ce qui entraîne une médication au long cours, parfois un peu exagérée.

Les divergences de prescriptions

Au regard des chiffres de cette étude, la CM retrouve environ un tiers de divergences des prescriptions. Qu'elles soient intentionnelles ou non, ces divergences montrent qu'un tiers des traitements pris par le patient en ville sont modifiés à son arrivée à l'hôpital.

Les principales modifications les concernant sont une omission dans plus de la moitié des cas et un ajout dans presque un cas sur cinq. On peut en déduire assez facilement qu'une fois le patient hospitalisé, sa liste de traitements médicamenteux est réduite puisque les omissions représentent une plus grande partie des divergences que les ajouts.

On pourrait penser que cela représente un avantage pour le patient puisque la iatrogénie médicamenteuse directement liée au nombre de prescriptions est alors diminuée. Mais en réalité, seules les divergences intentionnelles sont un bénéfice pour le patient puisqu'elles sont le fruit d'une réflexion clinique en lien avec l'état du patient à son arrivée et avec les informations concernant ses antécédents médicaux.

Pour rappel, les médicaments administrés par voie intraveineuse (IV) sur la prescription hospitalière initiale n'ont pas été pris en compte lors du BME. Ce parti pris permettait de repérer plus facilement les divergences de prescription portant sur les traitements habituels du patient, qui sont rarement des traitements intraveineux. Le revers de cette décision est une sous-estimation importante des ajouts intentionnels, amputée de tous les traitements intraveineux prescrits par le médecin hospitalier.

Les divergences non intentionnelles

Les divergences de prescription quand elles sont maîtrisées, ne sont pas forcément synonyme de mauvaise prise en charge. Dans le cadre d'une pathologie aiguë par exemple, il est nécessaire de faire des changements parfois temporaires. Il peut s'agir alors d'un arrêt du traitement chronique, dans le cas où la poursuite de ce dernier serait contre-indiquée, ou encore d'un ajout de traitement étiologique de la pathologie en cause.

En revanche si la divergence de prescription est non intentionnelle, on entre dans le cadre de l'erreur médicamenteuse. Le risque est alors bien réel pour le patient qui peut parfois attendre longtemps avant que cette erreur ne soit réparée. On peut même imaginer que les erreurs médicamenteuses commises en début d'hospitalisation sur la prescription hospitalière initiale sont particulièrement à risque d'être reconduite tout au long du séjour du patient, et sur l'ordonnance de sortie.

En effet grâce aux progrès de la technologie et à l'informatisation des services, les prescriptions des patients n'ont plus besoin d'être reconduites par le praticien chaque jour. Le logiciel de prescription a gardé en mémoire le traitement de la prescription hospitalière initiale et le reconduit automatiquement avec ses erreurs s'il en contient. Puis à sa sortie, le patient peut retourner chez lui avec son ordonnance hospitalière éditée à l'aide du même logiciel et pouvant

contenir encore l'erreur commise à son arrivée. C'est un cas un peu extrême car le praticien qui utilise le logiciel ne doit pas pour autant modifier sa pratique à savoir réévaluer cliniquement le patient et réévaluer quotidiennement les prescriptions le concernant. Mais c'est une dérive qu'il faut connaître pour ne pas la faire subir aux patients. La réalisation d'un BME puis d'une CM dès le lendemain de l'arrivée du patient dans le service permet de palier à ce risque.

Dans notre étude, les DNI, et donc les erreurs médicamenteuses représentent proportionnellement deux divergences sur cinq en tout, les trois autres cinquièmes étant des divergences intentionnelles. Il est rassurant de voir qu'il y a une majorité de divergences maîtrisées. En revanche, il est tout aussi intéressant d'analyser les DNI moins nombreuses mais comportant des risques.

Pour la plus grande majorité, ces DNI étaient des omissions dans six cas sur dix et des modifications de posologie ou de fréquence d'administration dans plus de trois cas sur dix. La liste des traitements habituels étant difficile à réunir pour le médecin prescripteur hospitalier, il réussit à récupérer les traitements considérés comme les plus importants par le patient ou sa famille.

De plus, à moins d'une erreur d'intervention de médicaments, il est rare de prescrire plus de traitements que le patient n'en prend habituellement. Quand le patient se souvient qu'il en prend « deux le matin, un le midi et trois le soir », le médecin hospitalier prescripteur va rarement au-delà de ces chiffres et par principe de précaution dans l'incertitude, il prescrit donc en deçà. Il est en effet préférable d'oublier une molécule sans doute peu importante que d'en prescrire une autre, sans certitude et donc avec un risque.

Les modifications de fréquence ou de posologie représentent une partie importante des modifications non intentionnelles. Au jeu des devinettes de posologie qui se joue entre le médecin hospitalier et le patient hospitalisé, il est souvent préféré d'opter pour la dose la plus faible, au risque de perdre en efficacité, que de tenter de tomber directement sur la bonne

posologie, risquant le surdosage. Il est également fréquent que le médecin prescripteur change des prescriptions habituelles du patient en obéissant à ses habitudes de prescription ou en jugeant non indispensable tel ou tel médicament.

Prescrire l'ordonnance hospitalière initiale est donc un défi de tous les risques, mais de quels risques parle-t-on exactement ?

Les types de risques

Une divergence non intentionnelle sur deux ne portait pas à conséquence dans la mesure où elle faisait courir au patient un risque considéré comme mineur. Mais il y avait tout de même 40% de risques significatifs causés par les DNI.

On peut noter que parmi ces erreurs médicamenteuses, neuf cas représentaient un risque majeur pour la sécurité du patient.

Les médicaments cardiovasculaires étaient principalement en cause dans ces risques majeurs.

Trois antiagrégants plaquettaires étaient soit oubliés, soit modifiés dans leur posologie, faisant courir un risque thrombotique ou hémorragique au patient.

Il y avait aussi trois anticoagulants touchés par les DNI : la FLUINDIONE a été ajoutée à une prescription hospitalière initiale, de la WARFARINE a été modifiée dans sa posologie et il est arrivé une fois que le prescripteur oublie l'APIXABAN pour un des patients.

Il faut également noter l'oubli de prescription de FLECAINIDE (anti arythmique) chez un patient.

Il y avait deux oublis de prescription dans un cadre plutôt neuropsychologique : le BIPERIDENE, un antiparkinsonien anticholinergique et l'ARIPRAZOLE, un neuroleptique de deuxième génération. Selon le Vidal, l'arrêt brutal de ces médicaments peut entraîner une décompensation de la pathologie sous-jacente.

Parmi ces risques majeurs, il n'y a pas eu d'incident à déplorer puisque la conciliation médicamenteuse a permis dans les 24 à 48 premières heures de rectifier ces divergences. On peut supposer que même sans cette conciliation médicamenteuse, ces oublis auraient été corrigés. Cependant, nous ne pouvons pas dire quand cette rectification aurait eu lieu. L'installation de la conciliation médicamenteuse dès l'arrivée du patient comme une habitude du service permet de passer tous les patients à travers le même filtre et par cette rigueur de ne laisser passer aucune divergence. Autant que pour les résultats de l'étude, la mise en place de la conciliation médicamenteuse à l'arrivée en commençant par un bilan médicamenteux exhaustif a permis d'instaurer un protocole d'accueil du patient dans les bonnes règles de qualité des soins.

Risques et divergences

Les deux divergences les plus retrouvées dans cette étude sont les omissions ; plus d'une divergence sur deux, et les ajouts, une divergence sur cinq. Les modifications de posologies et/ou de fréquence d'administration étaient individuellement moins nombreuses.

On peut noter que la moitié des omissions était involontaires contre un peu moins d'un quart des ajouts.

Les ajouts involontaires peuvent correspondre à la re-prescription d'un traitement qui n'était plus en cours au moment de l'hospitalisation du patient mais qui était toujours présent sur ses ordonnances ou sur ses anciens compte-rendu. Le médecin hospitalier prescripteur n'en ayant pas conscience, il se fie à l'ordonnance à sa disposition, ou encore aux boîtes de médicaments et prescrit le traitement qui a sans doute été arrêté depuis plusieurs semaines. Le simple interrogatoire du patient permet dans la plupart des cas de rétablir la vérité concernant la prise effective ou non du traitement mis en doute. Encore faut-il interroger le patient sur ses prises médicamenteuses puis lui faire confiance lorsqu'il dit ne plus prendre « celui-là » depuis que

son médecin le lui a dit. Il est donc plutôt logique que ces ajouts involontaires soient moins nombreux, même s'il serait plus cohérent de ne pas en trouver du tout.

L'autre cas de figure correspondant à un ajout involontaire serait un médicament que le patient continuait de prendre et que le praticien hospitalier aurait prescrit, mais qui en fait aurait été arrêté par son médecin traitant. Cette hypothèse peu probable n'est pas privilégiée pour expliquer les ajouts involontaires. Il est aussi possible que ce soient des ajouts volontaires non répertoriés comme tels.

Quoi qu'il en soit, les ajouts involontaires représentaient des risques soit mineurs, soit significatifs pour le patient.

Les omissions sont les plus fréquentes des divergences non intentionnelles.

Le top 4 des risques au final représentait 79% des risques dont les omissions significatives en tête, puis les omissions mineures, les Posologies mineures et les Fréquences significatives.

Intentionnalité des divergences

Les divergences intentionnelles étaient majoritaires : elles représentaient proportionnellement près de trois changements sur cinq. La plupart des divergences intentionnelles étaient des omissions sous réserve de l'absence de prise en compte des traitements IV, sans quoi les ajouts seraient en tête de liste. Les omissions intentionnelles représentaient la principale divergence observée avec une occurrence proche d'un tiers. L'arrêt du traitement par le praticien hospitalier a lieu soit parce qu'il représente un risque pour le patient, soit parce qu'il n'en voit pas l'utilité dans la situation aigue. De nombreux traitements sont arrêtés lors de l'hospitalisation du patient mais peu sont reconduits à la sortie. Cette étude se concentrait sur les divergences à l'entrée dans le service donc nous n'avons pas pu observer ce qu'il advenait des divergences intentionnelles à la sortie du patient. Cependant, les autres études consultées sur le sujet et l'expérience de la pratique hospitalière vérifient souvent le cas de figure où un traitement arrêté

en début d'hospitalisation n'est pas reconduit à la sortie (sauf exception de décompensation d'un épisode aigu). Ainsi une divergence non intentionnelle instaurée lors de l'hospitalisation du patient a de grandes chances de se retrouver sur l'ordonnance de sortie. A moins que son médecin généraliste ne cherche à comprendre la raison de cet arrêt de traitement, s'il décide de poursuivre la prescription du praticien hospitalier, cette divergence peut se retrouver indéfiniment sur les prescriptions à venir. Dans le contexte actuel de polymédication des patients, ce n'est certes pas une mauvaise chose de retirer des traitements mais à la condition que ces retraits soient réfléchis.

Médicaments touchés par les divergences

Dans cette étude, les médicaments les plus touchés par les divergences sont les médicaments du système cardiovasculaire. Ils regroupent les classes médicamenteuses suivantes : inhibiteur calcique, bêtabloquant, diurétique, anticoagulant, antiagrégant, IEC, statines, ARA II, dérivés nitrés, anti arythmique et les fibrates. Leur surreprésentation parmi les divergences est sans doute biaisée par leur incidence de prescription dans la population générale. Nous n'avons pas relevé sur les ordonnances initiales les classes de l'ensemble des médicaments de l'ordonnance mais seulement celles des médicaments concernés par les divergences. C'est un point qui sera peut-être à développer dans une étude prochaine.

Mais on peut aussi considérer qu'au-delà du biais, ces médicaments sont les plus touchés par les divergences en raison de leurs effets indésirables qui sont susceptibles d'atteindre le système cardiovasculaire, à savoir potentiellement une fonction vitale. De par leur actions, difficile de dire si ces médicaments sont les plus touchés parce qu'ils sont les plus prescrits ou parce qu'ils sont potentiellement les plus à risque pour un patient hospitalisé.

De plus, ce ne sont pas des classes anodines puisque parmi les neuf cas de risques majeurs retrouvés dans l'étude, sept d'entre eux faisaient partie de cette catégorie. Le rôle vital que

peuvent jouer les antiagrégants ou les anticoagulants y est pour quelque chose mais cela montre qu'il faut se montrer très prudent avec les médicaments du système cardiovasculaire.

De même que pour les médicaments agissant sur le système neuropsychologique. On peut considérer qu'ils sont dans les médicaments souvent touchés par les divergences de par leur fréquence de prescription importante dans la population française. La France est tout de même le deuxième pays européen le plus consommateur de benzodiazépines (24). Mais on peut aussi se demander si ces classes ne sont pas touchées par les divergences en raison d'un manque de connaissance de la part des médecins à leur égard. En effet, les médecins non psychiatres ne sont pas toujours à l'aise avec les prescriptions de benzodiazépines, d'antidépresseurs ou de neuroleptiques. Quand vient le moment de l'hospitalisation, ces médicaments, s'ils ne figurent pas sur l'ordonnance du médecin généraliste puisqu'ils sont prescrits souvent par le spécialiste, sont oubliés. Ou dans un autre cas de figure, sont arrêtés car jugés non nécessaires durant l'hospitalisation.

Il faut noter que la plupart de ces traitements peuvent entraîner une dépendance physique et être à l'origine en particulier lors des omissions ou des diminutions de doses, d'un sevrage potentiellement dangereux.

Nous n'avons pas étudié les classes médicamenteuses les plus omises, les plus ajoutées ou les plus modifiées dans leur posologie. Cela pourrait être une piste d'étude dans les données à venir.

Rôle de l'officine de ville

Le but du complément d'étude était de vérifier si la pharmacie est une source sûre et disponible d'informations sur le traitement médicamenteux pris en ville par le patient.

Pour qu'une source d'information sur le traitement médicamenteux du patient soit bonne, elle doit réunir plusieurs qualités.

Des études se sont penchées sur la question de ces qualités et celles qui ressortent de ces différentes études sont les suivantes : une disponibilité maximale et quotidienne (y compris les week-ends), l'accès à des informations récentes, une mise à jour régulière, un accès facilité aux informations médicales tout en gardant une protection des données (25).

L'officine de ville présente beaucoup de ces qualités. Les horaires d'ouvertures sont en effet bien plus larges et l'accès aux informations est quasiment immédiat. Toutefois, il est à noter que dans trois cas je n'ai pas pu accéder aux informations par téléphone pour raison de secret médical. Cela montre qu'il y a une certaine sécurisation des données, même si elle varie en fonction de l'interlocuteur.

Il est possible que le taux de réponse soit légèrement biaisé par la tranche horaire que j'ai utilisée pour téléphoner. En effet plusieurs appels ont été faits à des horaires dites « de pointes » (entre 17h et 19h) ou le samedi après-midi. Cependant, c'est justement dans ces plages horaires atypiques qu'il est intéressant de noter le taux de réponse efficace. En se plaçant dans une situation difficile, on évalue dans un des pires cas le taux de réponse ce qui donne un aperçu dans le meilleur des cas, qui doit être légèrement meilleur que celui observé.

Le problème d'un accès large à des informations fiables et exhaustives est le respect du secret médical. Comment vérifier en un minimum de temps de façon certaine que la demande d'information provient d'un professionnel de santé impliqué dans la prise en charge du patient auquel appartient le dossier ? Quand bien même ce serait le cas, comment vérifier que le patient donne son accord au partage de ces informations sur ses traitements ?

C'est là tout le problème de cette sous-partie puisqu'en aucune façon il n'est possible par téléphone de s'assurer de l'identité de l'interlocuteur.

Pour des soucis de collaboration, les pharmaciens répondent sans problème lorsqu'ils savent que c'est un médecin hospitalier qui leur demande les informations.

Mais imaginons que demain il ne soit plus possible d'échanger innocemment ces informations par téléphone. Imaginons que du jour au lendemain les pharmacies ne délivrent plus d'information médicale par téléphone, comme cela devrait être de toute façon le cas. Les hôpitaux seraient bien embêtés. Avec l'obsolescence du fax, comment échanger alors les données médicales sensibles des patients ? Quelle solution pourrait-on imaginer pour palier au téléphone si demain l'on interdisait formellement ce genre de pratique conventionnelle qui est d'échanger oralement les informations sur les traitements des patients.

La création du DMP et son accès par carte CPS couplé à la carte vitale du patient était un bon début. La carte vitale étant normalement toujours avec le patient, s'il la fournit au professionnel de santé, c'est en théorie avec son accord que ce dernier peut consulter les données de santé. Et l'usage de la carte CPS garantit d'une part un accès réservé aux professionnels médicaux, d'autre part permet une traçabilité des différents consultants du dossier.

Malheureusement, ce moyen d'obtention des données n'était pas disponible à l'hôpital.

Premièrement, il n'y a pas de lecteur de carte CPS à l'hôpital permettant la lecture sécurisée de celle-ci.

Deuxièmement, la création du DMP par les patients, ou par les professionnels de santé qui le prennent en charge en est encore à ses balbutiements. Entre le manque de communication autour de cet outil de santé et les doutes émis vis-à-vis de la sécurité du partage de données, le DMP n'a pas la cote auprès des usages du système de santé français.

Nous avons donc d'une part les médecins injoignables, le DMP non valorisé, le téléphone non sécurisé et d'autre part l'officine de ville qui est joignable, que tout le monde connaît et fréquente et qui dispose de fax, qui bien que moyen de communication obsolète, continue de survivre grâce aux hôpitaux français.

Il y a bien les adresses mails sécurisées mais elles ne se démocratisent pas.

La pharmacie n'est peut-être pas le moyen le plus sécurisé d'obtenir des informations sur le traitement du patient mais c'est le seul qui existe et qui soit un tant soit peu joignable à des horaires atypiques.

Il est logique de s'adresser à l'officine du patient quand aucune autre source d'information n'est disponible.

Pourtant, le nom de la pharmacie où se rend le patient n'est quasiment jamais renseigné dans son dossier. On y trouve volontiers le nom du médecin traitant ou de tout autre professionnel de santé qui recevra, ou pas, un courrier à la sortie de son patient. Le pharmacien en effet n'est pas concerné par les comptes rendus d'hospitalisation et d'un point de vue pratico-pratique purement administratif, n'a pas son nom dans les correspondants.

Une piste d'amélioration serait d'ajouter systématiquement la pharmacie d'officine du patient à son dossier médical, au même titre que nous ajoutons les différents médecins prescripteurs.

Il n'est pas totalement aberrant d'envoyer de la sorte un compte-rendu médical au pharmacien référent afin de le tenir informé de l'évolution des traitements du patient suite à son hospitalisation.

Chapitre 5 : Discussion

Les principales critiques de cette étude concernent l'effectif et la réalisation du BME.

Au vu des critères d'inclusions de l'étude, on aurait pu s'attendre à une population plus importante que 131 patients en 2 ans. La non exhaustivité de l'inclusion des patients est une des limites de cette étude. Le recueil des BME par les étudiants en pharmacie ne permet pas la couverture de la journée complète, ni de l'année. La réalisation d'un BME de qualité est une activité très chronophage. Si lors d'une matinée chargée il y avait 5 entrées, on peut imaginer que les patients ayant l'ordonnance la plus fournie ou les plus difficiles à interroger ont été délaissés au profit de patients plus simples. L'étudiant en pharmacie qui réalisait les BME n'était pas toujours disponible en fonction de son emploi du temps et lors des changements de stages. Enfin, il y avait une période d'adaptation des nouveaux étudiants pendant laquelle les BME n'étaient pas validés. En revanche, les conditions de réalisation sont sensiblement les mêmes sur le terrain pendant les deux années.

La fiabilité des données recueillies par l'étudiant en pharmacie peut être discutée. Etant encore en formation, il est possible qu'il ait oublié voire négligé certaines informations. La preuve avec l'absence de relevé de la source d'information de chaque ligne de prescription qui est apparue en cours d'étude. Même si la pharmacienne référente de l'hôpital vérifiait les BME et les CM, cette activité chronophage était longue et fastidieuse lorsqu'elle se rajoute à un emploi du temps déjà établi.

Le fait que cette étude soit monocentrique ne permet pas de vérifier si les chiffres obtenus différaient d'autres établissements. Une étude multicentrique aurait permis de lisser les chiffres avec différentes habitudes de pratique hospitalières et d'homogénéiser les résultats.

Un des autres biais de cette étude est la non-prise en compte des traitements IV prescrits par le médecin hospitalier sur l'ordonnance hospitalière initiale. En plus de sous-estimer les ajouts volontaires, qui devraient logiquement être les divergences intentionnelles les plus représentées, elle fausse peut-être d'autres résultats d'omissions si la voie IV a été préférée à la voie orale pour un des traitements habituels. Cependant, il était logique de s'intéresser aux médicaments par voie orale dans une étude portant sur le devenir des traitements habituels pris par le patient, étant donné qu'il est rare de prendre habituellement à son domicile un traitement par voie IV.

Lors du recueil de données, les étudiants en pharmacie relevaient parfois des données sur l'automédication du patient. Cette catégorie de médicaments ne figurait donc ni sur la prescription habituelle du patient faite par le médecin généraliste, ni sur la prescription hospitalière initiale qui s'en inspirait. Elle a donc pu faire gonfler les chiffres sur les omissions involontaires.

Malgré tout, cette étude avait quand même un bon échantillonnage réparti sur deux ans ce qui permettait de couvrir les pratiques de différents internes en médecine. De plus, les résultats retrouvés se rapprochaient de ceux des autres études de la littérature sur ce sujet.

Une des forces de cette étude était la polymédication des patients. Avec en moyenne plus de 9 molécules par patient, les chiffres rejoignent premièrement les estimations en France, et deuxièmement, permettent de faire une vraie étude des divergences de prescription sur un large panel de molécules.

Durant notre étude, malgré un taux de divergences non intentionnelles de 13%, nous n'avons pas déploré d'accident médical sévère. On peut éventuellement relier cette absence d'incident

à la réalisation très précoce du BME qui a permis de rectifier l'erreur. Pour rappel, seulement 9 erreurs étaient potentiellement à risque majeur et ont été corrigées rapidement.

Par opposition aux études existant déjà dans la littérature, le bilan médicamenteux de notre étude est réalisé à l'entrée dans le service et non au cours de l'hospitalisation ou à la fin de l'hospitalisation. Ce qui fait sa force, c'est justement la précocité du BME qui permet d'intercepter très rapidement les divergences de prescriptions.

Par exemple, on note que nos résultats concernant les divergences sont sensiblement les mêmes que ceux du Dr Pérennes et de ses collaborateurs (22) dans un service de gériatrie. Ils retrouvaient 58,5 % de DNI (contre 41% chez nous), ils avaient environ 33% de risques potentiels sérieux à vital pour les patients contre 45% chez nous et l'omission était la principale erreur dans 58 % des cas chez eux contre 55% chez nous. Chez eux, 33 % des DNI concernaient un médicament du système cardiovasculaire contre 37% chez nous. Cependant la population n'était pas la même et le bilan médicamenteux n'était pas réalisé à l'entrée comme chez nous.

Conclusion

Notre étude avait pour objectif d'étudier les divergences de prescription entre le traitement habituel pris par le patient et celui prescrit à son arrivée dans un service de médecine interne. La majeure partie des divergences non intentionnelles était sans conséquence pour le patient et les seuls risques majeurs détectés ont été rapidement corrigés et n'ont pas eu d'impact notable. Les traitements en intraveineux n'ont pas été pris en compte, sous-estimant ainsi la part des ajouts intentionnels recensés dans notre étude. Le médecin hospitalier responsable de la prescription hospitalière initiale a parfois peu d'informations à sa disposition pour prolonger le traitement habituel du patient

La réalisation d'un BME a permis de sécuriser la prescription initiale du patient hospitalisé en médecine interne. Sa réalisation pourrait éviter 13% de DNI de prescriptions dont certaines représentent parfois un risque majeur pour le patient.

Cependant cela représente une activité chronophage pour un service de médecine, directement dépendante des étudiants en pharmacie qui le réalisent.

Pour l'améliorer et gagner en efficacité, une des sources d'information les plus fiables sur le traitement du patient est la pharmacie d'officine. La contacter nous a permis de récupérer l'exhaustivité des traitements dans près de la moitié des cas, même s'il ne s'agissait que d'un échantillon. Le relevé de l'officine référente au même titre que le relevé du médecin traitant de chaque patient permettrait de faciliter la réalisation des BME et donc de sécuriser les prescriptions hospitalières.

Le médecin traitant a tout intérêt à renforcer la communication avec la pharmacie du patient pour prendre en charge de manière plus globale le patient. Ainsi, le relais ville-hôpital se fait avec le moins de perte d'information possible pour une meilleure sécurité du patient.

Bibliographie

1. Amar E. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. DRESS, études et résultats. 2005;12, n°440.
2. Cavalie P. Analyse des ventes de médicaments en France en 2013. Rapport ASNM juin 2014;36.
3. Grymonpre RE, Mitenko PA, Sitar DS, Aoki FY, Montgomery PR. Drug-associated hospital admissions in older medical patients. J Am Geriatr Soc. déc 1988;36(12):1092-8.
4. Labetoulle M. La iatrogénie : quelle ampleur, pourquoi et comment la réduire ? Journal Français d'Ophthalmologie. janv 2009;32(1):79-82.
5. Vuagnat A. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? Le panorama des établissements de santé - 2013;11(18).
6. Schmitt E. Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse. 1^{ère} édition. Paris: Société française de pharmacie clinique; 2006.
7. Pouyanne P. Admissions to hospital caused by adverse drug reactions: cross sectional incidence study. BMJ. 15 avr 2000;320(7241):1036-1036.
8. Michel P. Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins - Description des résultats 2009 - Rapport final. n°110 .2011;09 :206.
9. Gleason KM, McDaniel MR, Feinglass J, Baker DW, Lindquist L, Liss D, et al. Results of the Medications At Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) Study: An Analysis of Medication Reconciliation Errors and Risk Factors at Hospital Admission. Journal of General Internal Medicine. mai 2010;25(5):441-7.
10. guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01>
11. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink DN, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. Arch Intern Med. 28 févr 2005;165(4):424-9.
12. 170921_dp_polymedicationsenior-limiterrisques_0.pdf .Disponible sur: <https://www.santeclair.fr/web/sites/santeclair.fr>
13. ps_high5s_project_overview_fs_2010_fr.pdf .Disponible sur: <http://origin.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s>
14. Dell'ova - Bertrice Loulière, Myriam Roudaut, Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français.

15. Dell'ova M, Bertrice Loulière, Myriam Roudaut, . :125.
16. ManueldecertificationdesétablissementsdesantéV2010 _janvier2014.pdf .Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application>
17. Journal officiel de la république française. 16 avr 2011. Texte 14 sur 97
18. Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JE. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. févr 2016;6(2):e010003.
19. Lehnbohm EC, Stewart MJ, Manias E, Westbrook JI. Impact of Medication Reconciliation and Review on Clinical Outcomes. *Ann Pharmacother*. 1 oct 2014;48(10):1298-312.
20. Redmond P, Grimes TC, McDonnell R, Boland F, Hughes C, Fahey T. Impact of medication reconciliation for improving transitions of care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2018
21. Saint-Germain P, Ruelle M, Mary A, Sid Idris S, Hannat S, Pelloquin N, et al. Impact clinique des divergences de traitement constatées chez 200 patients conciliés dans un service de gériatrie aiguë. *La Revue de Médecine Interne*. 1 oct 2016;37(10):667-73.
22. Pérennes M, Carde A, Nicolas X, Dolz M, Bihannic R, Grimont P, et al. Conciliation médicamenteuse : une expérience innovante dans un service de médecine interne pour diminuer les erreurs d'anamnèse médicamenteuses. </data/revues/07554982/v41i3sP1/S0755498211005252/> [Internet]. 14 mars 2012
23. Alix L, Dumay M, Cador-Rousseau B, Gilardi H, Hue B, Somme D, et al. Conciliation médicamenteuse avec remise d'une fiche de conciliation de sortie dans un service de Médecine Interne : évaluation de la perception des médecins généralistes. *La Revue de Médecine Interne*. 1 juin 2018;39(6):393-9.
24. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
25. Bonhomme et al. La juste liste des médicaments à l'admission du patient hospitalisé - Risques & qualité. 2013 vol 10 (4)

2. AUTOMEDICATION ET HABITUDES DE VIE

Avec vos traitements actuels avez-vous des effets indésirables, intolérance ? Oui Non

Avez-vous des difficultés à avaler vos médicaments à prendre par voie orale ? Oui Non

Collyre* Nez / Oreilles* Patch Inhalateurs Crème Solution buvable injections contraception

Automédication

Pamplemousse

Millepertuis (tisanes, compléments)

Constipation/Diarrhées Maux de tête Maux de ventre Maux estomac

Anti-inflammatoire (ibuprofene, advil, ketoprofen...) Aspirine IPP Gaviscon/Maalox

3. ALLERGIES

Etes-vous allergique à un médicament ? Oui Non _____

Pouvez-vous décrire les symptômes ? _____

Quelle est la date approximative de l'événement ? _____

Le médicament a-t-il été pris de nouveau depuis cet événement ? Oui Non

Des tests d'allergologie ont-ils été effectués ? Oui Non

4. AUTRES

Si personne âgée ou patient immunodéprimé : Avez-vous été vacciné contre la grippe cet hiver ? Oui Non

Avez-vous pris des antibiotiques ces 3 derniers mois ? (A voir avec le pharmacien lors de l'appel ou DP) Oui Non

Lesquels ? _____

5. GESTION DE MEDICAMENTS AU DOMICILE ET OBSERVANCE

A votre domicile, gérez-vous seul vos médicaments ?

Oui => pas de difficultés particulières ? (Sinon aborder les piluliers)

Non => qui vous aide ? _____

Vous arrive-t-il de tomber en panne de médicament ?

Oui => parler de l'intérêt d'une officine fixe, et du principe d'anticipation

Non

Vous est-il déjà arrivé d'oublier un médicament, ou de le prendre en retard ? Qu'avez-vous fait :

Oui => pas de prise double du traitement si oubliée + parler du pilulier pour éviter les oublis

Non

Traitement personnel du patient retiré par les IDE ? Oui Non Non applicable (si traitement non apporté)

*Si utilisation de collyre, sirop, insuline, spray : Vérifier que le patient est attentif à la péremption de ces traitements

* Si AVK ou LEPONEX (clozapine) demander si le patient a bien son carnet de suivi

Annexe 2

Veillez trouver ci-joint le bilan médicamenteux de Madame/Monsieur *Prénom Nom* né le JJ/MM/AAAA réalisé le JJ/MM/AAAA pendant son hospitalisation.

Il fait une synthèse des médicaments pris avant son admission et a été élaboré à partir des sources suivantes :

Médecin traitant : Dr XX – adresse – N° 01 xx xx xx xx

Autre spécialiste : Dr YY – adresse – N° 01 xx xx xx xx

Pharmacie : Pharmacie ZZ – adresse – N° 01 xx xx xx xx

Allergies/Intolérance : xxxx

Médicaments pris avant son hospitalisation :

DCI (Spécialité) dosage mg : x-x-x

DCI (Spécialité) dosage mg : x-x-x

DCI (Spécialité) dosage mg : x-x-x

Conclusion

Le traitement à l'entrée et celui de la prescription informatique sont **concordants/discordants concernant** :

- Xxxx
- Xxxx

Réalisé par *Prénom NOM*, externe en pharmacie

Validé par *Prénom NOM*, Interne / Pharmacien

*DI : divergence intentionnelle

**DNI : divergence non intentionnelle

RÉCÉPISSÉ

**DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À
UNE MÉTHODOLOGIE DE
RÉFÉRENCE**

Numéro de déclaration

2215101 v 0

du 23 septembre 2019

Madame GERARD Charlotte
HOPITAL LOUIS MOURIER
MÉDECINE INTERNE
178 RUE DES RENOUILLEERS
92700 COLOMBES

A LIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Organisme déclarant

Nom : HOPITAL LOUIS MOURIER

Service : CCMi- CENTRE DE COORDINATION DE MÉDECINE
INTERNE

Adresse : 178 RUE DES RENOUILLEERS

Code postal : 92700

Ville : COLOMBES

N° SIREN ou SIRET :

267500452 00383

Code NAF ou APE :

8610Z

Tél. : 0147606487

Fax. : 0147606491

Traitement déclaré

Finalité : MR3 - Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement

Fait à Paris, le 23 septembre 2019

Devenir des prescriptions médicamenteuses habituelles lors d'une hospitalisation.

Introduction : Nous avons mené une étude comparant le traitement habituel au traitement prescrit à l'entrée du patient dans un service de médecine interne. L'objectif était d'étudier les divergences entre ces deux traitements.

Méthode : Nous avons inclus des patients de mai 2017 à avril 2019 admis en médecine interne, ayant 3 médicaments ou plus et hospitalisés plus de 48 heures. Nous avons relevé les divergences et leur intentionnalité entre le traitement habituel et la prescription hospitalière, puis déterminé le risque encouru selon 3 niveaux.

Résultats : Sur 131 patients, il y avait 9,5(±3,7) traitements par patient, soit 1166 lignes comptant 388 divergences. On comptait 56% d'omissions (n=217), 18 % d'ajouts (n=70), 15% de modification de posologie (n=58) et 12% de modifications de fréquence (n=46). 157 divergences étaient non intentionnelles (DNI) dont 67%(n= 89) représentaient un risque mineur, 29%(n=38) significatif et 6%(n=9) majeur. Les divergences intentionnelles (DI) comportaient 53% d'omissions (n=122), 27% d'ajouts (n=62), 12% de modification de fréquence (n=28) et 8% de modification de posologie (n=19). Les médicaments du système cardio-vasculaire représentaient 37%(n=178) des DNI, ceux du système neuropsychologiques 16%(n=77), ceux de l'appareil respiratoire 8%(n=36) et ceux du diabète 6%(n=27).

Discussion : Les ajouts par voie intraveineuse n'ont pas été pris en compte dans les DI. 9 DNI présentaient un risque majeur mais aucun patient n'a été impacté grâce à leur correction immédiate.

Conclusion : Le BME sécurise la prescription initiale et pourrait éviter 13% de DNI, sources de risques majeurs. Désigner une pharmacie référente pourrait améliorer le BME.

Conciliation médicamenteuse, sécurité du patient, médicaments sur ordonnance

Becoming of usual medication prescriptions during hospitalization.

Introduction: We led a study comparing usual patient's treatment to prescription at his arrival in a department of internal medicine. The objective was study the discrepancies between these two treatments.

Method: We included patients from May 2017 to April 2019 admitted to internal medicine, having 3 or more medications and hospitalized more than 48 hours. We examined differences and their intention between the usual treatment and the hospital prescription, then determined the risk incurred according to 3 levels.

Results: Of 131 patients (74 ± 12 years), there were 9.5 (± 3.7) treatments per patient, mean 1166 lines represent 388 divergences. On counted 56% omissions (n = 217), 18% additions (n = 70), 15% dosage modification (n = 58) and 12% of frequency changes (n = 46). 157 discrepancies were unintentional (UD) which 67% (n = 89) represented a minor risk, 29% (n = 38) significant and 6% (n = 9) major. Intentional discrepancies (ID) included 53% omissions (n = 122), 27% additions (n = 62), 12% frequency change (n = 28) and 8% change in dosage (n = 19). Cardiovascular drugs accounted for 37% (n = 178) of the DNI, neuropsychological system 16% (n = 77), respiratory system 8% (n = 36) and diabetes 6% (n = 27)

Discussion: Intravenous additions drugs were not considered in the IDs. 9 UD presented a major risk, but no patient was affected because of their immediate correction.

Conclusion: The EMR secures the initial prescription and could avoid 13% of UD, major sources of risk. Notice a referent pharmacy could improve the EMR.

Keywords : Medication reconciliation, patient safety, prescription drugs

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06

