



HAL
open science

Conciliation médicamenteuse à l'admission aux urgences. Mise en place et premiers résultats à l'Hôpital d'Instruction des Armées Laveran

William Farhat

► To cite this version:

William Farhat. Conciliation médicamenteuse à l'admission aux urgences. Mise en place et premiers résultats à l'Hôpital d'Instruction des Armées Laveran. Sciences pharmaceutiques. 2021. dumas-03218914

HAL Id: dumas-03218914

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03218914>

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.

MÉMOIRE
DU DIPLÔME D'ÉTUDES SPECIALISÉES
DE PHARMACIE HOSPITALIÈRE – PRATIQUE ET
RECHERCHE

Soutenu le Lundi 3 Mai 2021

Par Mr FARHAT William
Né le 8 octobre 1990 à Le Blanc

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

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN
PHARMACIE

----oOo----

CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE À L'ADMISSION AUX URGENCES
Mise en place et premiers résultats à l'Hôpital d'Instruction des Armées Laveran

----oOo----

JURY :

Président : Monsieur le Professeur HONORE Stéphane

Membres : Madame le Docteur LE TOHIC Sarah (*directrice de thèse*)

Madame le Docteur MINETTI Valérie

Monsieur le Docteur DELMOND Emmanuel

Monsieur le Docteur BREUKER Cyril



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

ADMINISTRATION :

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

DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

PROFESSEURS

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

MAITRES DE CONFERENCES

BIOPHYSIQUE

M. Robert GILLI
Mme Odile RIMET-GASPARINI
Mme Pascale BARBIER
M. François DEVRED
Mme Manon CARRE
M. Gilles BREUZARD
Mme Alessandra PAGANO

GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE

M. Eric SEREE-PACHA
Mme Véronique REY-BOURGAREL

PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE,
BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE

M. Pascal PRINDERRE
M. Emmanuel CAUTURE
Mme Véronique ANDRIEU
Mme Marie-Pierre SAVELLI

BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE ET BIOTHERAPIES
PHARMACO ECONOMIE, E-SANTE

M. Jérémy MAGALON
Mme Carole SIANI

ENSEIGNANTS CONTRACTUELS

ANGLAIS

Mme Angélique GOODWIN

DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeuse Françoise DIGNAT-GEORGE

PROFESSEURS

BIOLOGIE CELLULAIRE

M. Jean-Paul BORG

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
Mme Laurence CAMOIN-JAU
Mme Florence SABATIER-MALATERRE
Mme Nathalie BARDIN

MICROBIOLOGIE

M. Jean-Marc ROLAIN
M. Philippe COLSON

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET
ZOOLOGIE

Mme Nadine AZAS-KREDER

MAITRES DE CONFERENCES

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

ATER

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	Mme Anne-Claire DUCHEZ
BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLECULAIRE	Mme Alexandra WALTON

A.H.U.

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Mélanie VELIER
----------------------------	--------------------

DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE
Responsable : Professeur Patrice VANELLE**PROFESSEURS**

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine BADENS
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. David BERGE-LEFRANC
CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE – CHIMIE THERAPEUTIQUE	M. Pascal RATHELOT M. Maxime CROZET
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE	M. Patrice VANELLE M. Thierry TERME
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOGNOSIE	Mme Evelyne OLLIVIER

MAITRES DE CONFERENCES

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

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

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

A.H.U.

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

ATER

CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Duje BURIC
---	---------------

DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE

Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

PROFESSEURS

PHARMACIE CLINIQUE	M. Stéphane HONORÉ
PHARMACODYNAMIE	M. Benjamin GUILLET
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Bruno LACARELLE Mme Frédérique GRIMALDI M. Joseph CICCOLINI

MAITRES DE CONFERENCES

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

A.H.U.

PHYSIOLOGIE / PHARMACOLOGIE	Mme Anaïs MOYON
PHARMACIE CLINIQUE	M. Florian CORREARD

ATER.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	Mme Anne RODALLEC
----------------------------------	-------------------

CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Valérie AMIRAT-COMBRALIER, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Marie-Hélène BERTOCCHIO, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Nicolas COSTE, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Sylvain GONNET, Pharmacien titulaire
Mme Florence LEANDRO, Pharmacien adjoint
M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire
M. Patrick REGGIO, Pharmacien conseil, DRSM de l'Assurance Maladie
Mme Clémence TABELLE, Pharmacien-Praticien attaché
Mme TONNEAU-PFUG, Pharmacien adjoint
M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier
M. Joël VELLOZZI, Expert-Comptable

Mise à jour le 23 janvier 2020

Remerciements

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Stéphane Honoré,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous remercie également pour vos enseignements prodigués tout le long de mes études et votre implication permettant de faire avancer la pharmacie clinique. Veuillez trouver ici l'expression de ma considération distinguée.

Madame le Docteur Sarah Le Tohic

Nous voici à la fin de ce long périple, je te remercie d'avoir encadré ce travail et de m'avoir accompagné tout au long de celui-ci, vraiment. Merci pour tes conseils, ta patience, ta rigueur et du temps que tu as pu m'accorder, sache que je te suis reconnaissant.

Madame le Docteur Valérie Minetti

Je te remercie de siéger dans mon jury de thèse, j'espère que ces travaux t'auront intéressée. Je garde un très bon souvenir de ces six mois de stage, de formation et de bonne humeur ! Au plaisir de te revoir.

Monsieur le Docteur Emmanuel Delmond

Je vous remercie de m'avoir permis de mener ce travail dans votre service, c'était toujours agréable d'échanger avec vous. Veuillez recevoir pour cela mes sincères remerciements.

Monsieur le Docteur Cyril Breuker

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury et d'évaluer ce travail. Veuillez y recevoir ma considération respectueuse.

A ma famille,

A mes parents, qui m'ont toujours soutenu pendant toutes ces années. Voici une nouvelle étape de franchie, qui s'est prolongée un peu plus que prévu mais ne vous en faites pas, j'ai enfin terminé ! Je ne saurai trouver les bons mots pour vous remercier de tout ce que vous m'avez apporté et de votre amour, j'ai de la chance d'avoir des parents exceptionnels.

A mes frères, pour nos blagues pas toujours drôles, nos rires et nos bêtises. C'est toujours un plaisir de vous embêter.

A mes amis,

A Salim, mon plus vieux copain et sûrement l'un de ceux qui me connaît le mieux. Je ne me lasserai jamais de te ressasser ce que tu me dois, c'est-à-dire les deux côtes flottantes que tu m'as cassées, l'appuie-tête de ma voiture que tu as tordu et les gâteaux de l'Aïd que je n'aie jamais eus.

A Cynthia, tomtom, Karen, Sofiane, Maître cyril et coco, Laurine et Mitroglou, Amaury et Clélia, Gaëlle pour tous ces moments partagés.

A Amina qui m'a tant aidé pendant le concours de pl et d'internat, Siham, Lida, Dounia, Iman, mes amies de fac sans qui les cours auraient été moins amusants.

Aux *Quatre mousquetaires*, Thibaut, Paga et Greg, ces escrimeurs hors pair des pêches et des péchés. On trinquera sur un bon vieux white negroni à tous ces apéros dont nous avons le secret.

A la voiture de l'ambiance, Cathy, Lulu et Thibaut (encore) pour cette histoire qui a débuté au départ du ski et nos longues aventures qui s'ensuivent. Et devinez quoi, j'ai découvert une nouvelle musique à écouter sans modération « Inspector Norse ». Peut-être même que ça vous rappelle quelque chose.

Aux Rouennais, Jean-Sé, SharkNail et Valou, le seul interne kiné de France. Vous êtes à l'image de votre ville, tout du moins lorsque j'y suis allé, c'est-à-dire pendant l'Armada.

Aux internes rencontrés pendant ces belles années, Tristan mon binôme de choc, Benjamin l'éternel perdant au badminton et au 100m, Vava, Jx, Toby, Isa et le ouch, Astrid, Estelle, Amaury *le lion bravasse* et Thibault *la vachette agile* (je ne remercierai pas Bertrand pour mon surnom), Huber, Nouredine, Ségo, Paul, Claire, Walter et tous les autres que je n'ai pas cité mais qui m'ont fait passer un internat au top.

Aux membres de l'AIPM et de la FNSIP-BM, Clemboule, Maxime, Aurélie, Mormoul, mes amis montpellierains Jérémie, Anas, Pierre Lefur et de France Pierre Ravinet, Benjamin. Merci pour ces AG.

A tous les pharmaciens que j'ai croisé durant mon internat, pour avoir partagé vos connaissances, Laurence et Valérie, si différentes mais tellement complémentaires, au *père Castor* Bertrand qui avait toujours une histoire à raconter, aux pharmaciens de la Timone trop nombreux pour que je ne les cite un par un et aux pharmaciens de l'ARS, Laurent, Steph, Alaa, Laurence (et Laure) pour votre bienveillance,

Merci.

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

Table des matières

Remerciements	8
Table des matières	12
Liste des abréviations	15
Liste des annexes	17
Liste des figures	18
Liste des tableaux	19
Introduction	20
Première partie - Prévention de l'iatrogénie médicamenteuse au service des urgences : un enjeu majeur en santé publique	21
1 Etat des lieux de l'iatrogénie médicamenteuse en France	21
1.1 Définition, prise en charge médicamenteuse et mesures de santé publique	21
1.1.1 Iatrogénie	21
1.1.2 Prise en charge médicamenteuse et risque	25
1.1.3 Mesures de santé publique	27
1.2 Epidémiologie et iatrogénie médicamenteuse appliquée au service des urgences	30
1.2.1 Epidémiologie de l'iatrogénie médicamenteuse en France	30
1.2.2 Iatrogénie médicamenteuse et service des urgences	34
1.3 Cas particulier de la personne âgée : une population à risque	39
1.3.1 Quelques données en France	39
1.3.2 Principaux facteurs de risques	40
2 La conciliation médicamenteuse, un moyen de prévention et de lutte contre l'iatrogénie	44
2.1 Historique, généralités et contexte réglementaire	44
2.1.1 Historique	44

2.1.2	Généralités	45
2.1.3	Contexte réglementaire	48
2.2	Déroulement de la conciliation médicamenteuse : les 4 grandes étapes	49
2.2.1	Recueil d'informations	51
2.2.2	Synthèse d'informations	52
2.2.3	La validation du bilan médicamenteux	52
2.2.4	Partage et exploitation du bilan médicamenteux	52
2.3	Conciliation médicamenteuse à l'admission	53
2.3.1	Conciliation médicamenteuse proactive	54
2.3.2	Conciliation médicamenteuse rétroactive	54
2.4	Etudes relatives au service des urgences	55
2.4.1	Projet Med'Rec	55
2.4.2	Autres études	56
3	Structures d'urgences et risques iatrogènes	60
3.1	Les structures d'urgences, une organisation spécifique	60
3.1.1	Missions	60
3.1.2	Description du service	61
3.1.3	L'unité d'hospitalisation de courte durée	62
3.1.4	Activité des urgences	63
3.2	Un service source de risque iatrogène	66
3.2.1	Des risques liés à son mode de fonctionnement et aux conditions d'exercice	66
3.2.2	Saturation des urgences	68
3.3	La place de la gériatrie aux urgences	70
3.3.1	Généralités	70
3.3.2	Particularité de prise en charge liée à l'âge	72
	Deuxième partie - Mise en place de la conciliation médicamenteuse aux urgences	74
1	Objectifs	75

2	Patients et méthode	75
2.1	Schéma et cadre de l'étude	75
2.2	Choix du service	75
2.3	Sélection de la population	76
2.3.1	Prérequis	76
2.3.2	Critères d'éligibilité	76
2.4	Organisation pratique	77
2.5	Outils utilisés et recueil de données	78
2.5.1	Supports utilisés	78
2.5.2	Informations recueillies	79
2.5.3	Critères de jugement	80
2.5.4	Analyse statistique et aspects éthiques	81
3	Résultats	82
3.1	Population étudiée	82
3.2	Caractéristiques des patients hospitalisés en UHCD	83
3.3	Processus de la conciliation médicamenteuse à l'admission	84
3.3.1	Conciliation médicamenteuse à l'admission proactive	88
3.3.2	Conciliation médicamenteuse à l'admission rétroactive	88
3.3.3	Analyse pharmaceutique du bilan médicamenteux	92
4	Discussion	93
	Conclusion	99
	Références bibliographiques	100
	Annexes	109
	Serment de Galien	114

Liste des abréviations

ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
ARS	Agence Régionale de Santé
ATC	Anatomie Thérapeutique Chimique
BM	Bilan Médicamenteux
CAQES	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effcience des Soins
CCMU	Classification Clinique des Malades des Urgences
CMA	Conciliation Médicamenteuse à l'Admission
DCI	Dénomination Commune Internationale
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DI	Divergence Intentionnelle
DID	Divergence Intentionnelle Documentée
DIND	Divergence Intentionnelle Non Documentée
DNI	Divergence Non Intentionnelle
DP	Dossier Pharmaceutique
DPI	Dossier Patient Informatisé
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EI	Effet Indésirable
EIG	Evènement Indésirable Grave
EIGS	Evènement Indésirable Grave associé aux Soins
EIM	Evènement Indésirable Médicamenteux
EM	Erreur Médicamenteuse
ENEIS	Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables associés au Soins
GHS	Groupe Homogène de Séjour
HAS	Haute Autorité de Santé
HIA	Hôpital d'Instruction des Armées
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IP	Intervention Pharmaceutique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PECM	Prise En Charge Médicamenteuse
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
SAU	Service d'Accueil des Urgences

SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
SFPC	Société Française de Pharmacie Clinique
SOP	Standard Operating Protocol
SU	Structure d'Urgence
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

Liste des annexes

Annexe 1 : Trame de sélection patient	109
Annexe 2 : Trame d'entretien patient.....	110
Annexe 3 : Outil pour la réalisation du bilan médicamenteux	111
Annexe 4 : Masque de compte-rendu de conciliation	112
Annexe 5 : Fiche d'information à faxer aux officines	113

Liste des figures

Figure 1 : Iatrogénie, effet indésirable et erreur médicamenteuse d'après Luis.	24
Figure 2 : Macro-processus du circuit du médicament selon la Haute Autorité de Santé.	26
Figure 3 : Modèle de Reason selon l'observatoire des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques.	27
Figure 4 : Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés à des soins dans les établissements de santé de l'année 2019 par la Haute Autorité de Santé.	33
Figure 5 : La conciliation médicamenteuse proactive d'après la Haute Autorité de Santé.	54
Figure 6 : La conciliation médicamenteuse rétroactive d'après la Haute Autorité de Santé. ..	55
Figure 7 : Evolution du nombre de passage annuel depuis 1996 en France Métropolitaine par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.	63
Figure 8 : Activité des Urgences de la Région Sud pour l'année 2018 par l'innovation e-Santé Sud.	65
Figure 9 : Mécanisme de saturation des urgences par l'innovation e-Santé Sud.	68
Figure 10 : Durée de passage aux urgences en fonction de l'âge, d'après la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.	71
Figure 11 : Orientation des patients en aval des urgences	84
Figure 12 : Répartition des patients selon le nombre de sources utilisées.	85
Figure 13 : Sources ayant contribué à l'élaboration du bilan médicamenteux	86
Figure 14 : Nature des divergences intentionnelles.	89
Figure 15 : Répartition du nombre de divergences non intentionnelles par patient.	89
Figure 16 : Nature des divergences non intentionnelles.	90

Liste des tableaux

Tableau I : Synthèse des études de l'iatrogénie médicamenteuse au service des urgences.	38
Tableau II : Synthèse des séquences de la conciliation médicamenteuse d'après la Haute Autorité de Santé.	50
Tableau III : Etudes relatives à la conciliation médicamenteuse au sein des urgences.....	58
Tableau IV : Diagnostics les plus fréquents selon les motifs d'admission par l'innovation e-Santé Sud.....	66
Tableau V : Etat des lieux des personnes se présentant aux urgences	76
Tableau VI : Répartition des patients selon les motifs d'admission.	83
Tableau VII : Raisons justifiant l'utilisation de deux sources d'informations pour le bilan médicamenteux.....	86
Tableau VIII : Raisons de non-signature des médicaments préprescrits lors de la conciliation proactive.	88
Tableau IX : Classes ATC des médicaments impliqués dans les divergences non intentionnelles.	91
Tableau X : Raison de la non-corrrection des divergences non intentionnelles.....	92
Tableau XI : Liste des interventions pharmaceutiques.	92

Introduction

L'iatrogénie médicamenteuse est un problème majeur de santé publique. Les médicaments représentent le deuxième poste de dépenses à l'hôpital et la troisième cause d'évènements indésirables graves (EIG) évitables (1,2). Les accidents liés à l'utilisation du médicament entraînent chaque année plus de 10 000 décès et sont responsables de plus de 130 000 hospitalisations (3). Les causes sont nombreuses et chacune des étapes dans le parcours de soin présente un risque pour le patient.

A l'hôpital, les structures d'urgences (SU) sont un lieu de transit et un mode d'admission identifié à haut risque, notamment en termes de prise en charge médicamenteuse (PECM). Or l'intervention de plusieurs professionnels de santé et le cloisonnement entre l'exercice hospitalier et libéral favorisent l'erreur médicamenteuse (EM) lors de la récupération du traitement personnel. Il en résulte une anamnèse médicamenteuse souvent incomplète, voire inexacte. En moyenne, une EM et un changement de traitement non documenté surviendraient par patient hospitalisé à la suite du passage aux urgences (4). L'admission est ainsi reconnue comme un point de rupture dans le parcours de soins, surtout lorsqu'elle est effectuée en urgence.

La conciliation médicamenteuse à l'admission (CMA), activité de la pharmacie clinique en plein essor, contribue à prévenir les EM aux points de transition. Elle vise à garantir la continuité des traitements médicamenteux et favorise la transmission d'information par une meilleure coordination pluridisciplinaire. Elle permet d'établir le bilan médicamenteux (BM) du patient, c'est-à-dire la liste exhaustive et complète des médicaments de ville à poursuivre lors de l'hospitalisation (5). De cette manière, les médicaments ne sont pas interrompus ou modifiés de façon inappropriée en cas d'hospitalisation.

A l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Laveran, la CMA a été initiée en août 2016 dans les services de chirurgie viscérale et orthopédique. Riche de deux années d'expérience et dans une dynamique de développement des activités de pharmacie clinique, la CMA a été étendue au service des urgences en 2018, plus précisément au sein de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

Notre travail s'articule en deux parties. La première partie s'intéresse à l'iatrogénie médicamenteuse en France, l'activité de conciliation pour prévenir l'iatrogénie et les risques liés aux services d'urgences. La deuxième partie présente l'étude réalisée dans le service des urgences de l'HIA Laveran.

Première partie - Prévention de l'iatrogénie médicamenteuse au service des urgences : un enjeu majeur en santé publique

1 Etat des lieux de l'iatrogénie médicamenteuse en France

Le médicament est un produit de santé placé en France sous le contrôle de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM). Chaque médicament dispose d'une autorisation de mise sur le marché et de recommandations nécessaires à son bon usage. Mais si de nos jours le médicament représente une chance pour le patient, elle l'expose également à des risques.

Avant de développer l'épidémiologie de l'iatrogénie médicamenteuse et les mesures de santé publique visant à limiter ce risque, quelques notions doivent être définies.

1.1 Définition, prise en charge médicamenteuse et mesures de santé publique

1.1.1 Iatrogénie

L'étymologie du mot « iatrogénie » est issue grec *iatros* « médecin » et *genos* « engendrer » : qui est provoqué par l'activité médicale et plus généralement par toute activité de soin (6). Plusieurs définitions de l'iatrogénie se sont succédées, émises par différentes entités, définitions qui se recoupent et se complètent. En France, la première est apparue en 1996 par la Conférence Nationale de santé, suivi en 1998 par le Haut Conseil de la Sécurité Publique (7). Enfin, la Société française de Pharmacie Clinique (SFPC) a défini en 2006 dans la 1ère édition de son Dictionnaire français de l'EM les termes relatifs à l'iatrogénie. Elle définit l'iatrogénie comme « toute conséquence indésirable ou négative sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqué ou prescrit par un professionnel de santé et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé » (6).

Evènements Indésirable Médicamenteux

Le terme « iatrogénie médicamenteuse » correspond à l'iatrogénie appliqué aux médicaments, synonyme dans la littérature française d'évènements indésirable médicamenteux (EIM)(6).

La SFPC définit l'EIM comme tout « dommage survenant chez le patient, lié à sa prise en charge médicamenteuse et résultant de soins appropriés, de soins inadaptés ou d'un déficit de soins » (6).

L'EIM peut se traduire, notamment : par l'aggravation de la pathologie existante, l'absence d'amélioration attendue de l'état de santé, la survenue d'une pathologie nouvelle ou prévenue, l'altération d'une fonction de l'organisme ou encore une réaction nocive due à la prise d'un médicament (6).

Il comprend deux catégories d'évènements :

- les effets indésirables médicamenteux : inévitables, car se produisant dans des conditions normales d'utilisation. La déclaration doit se faire au centre régional de pharmacovigilance (8).
- les EM : évitables, car correspondent à un écart vis-à-vis d'un référentiel, d'une règle ou d'un standard de pratique. La déclaration relève alors du système de management de la qualité de l'établissement (9).

En fonction de son impact clinique, un EIM sera qualifié de grave si le dommage survenant chez le patient, lié aux soins plutôt qu'à sa maladie :

- entraîne le décès ou engage le pronostic vital du patient,
- génère une incapacité ou invalidité importante,
- provoque ou prolonge une hospitalisation,
- se manifeste par une anomalie ou malformation congénitale (10).

La déclaration sera alors obligatoire et devra se faire au directeur général de l'agence régionale de santé (11).

Effet indésirable

Au niveau international, l'effet indésirable (EI) est défini en 1969 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme : « Toute réaction nocive et non voulue à un médicament, se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'homme pour la prophylaxie, le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou pour la restauration, la correction ou la modification d'une fonction physiologique » (12). Cette définition est commune avec celle de l'union européenne (13). Elle est également identique à celle de la France, qui la complète en y ajoutant la partie « ou résultant d'un mésusage du médicament ou produit » (14).

Erreur médicamenteuse

L'EM est définie dans les textes réglementaires comme « une erreur non intentionnelle d'un professionnel de santé, d'un patient ou d'un tiers, selon le cas, survenue au cours du processus de soin impliquant un médicament ou un produit de santé mentionné à l'article R. 5121-150, notamment lors de la prescription, de la dispensation ou de l'administration » (15).

Elle est définie d'autre part par plusieurs organismes qui s'inspirent de la toute première proposée en 1995 par le national coordinating council for medication error reporting and prevention (16).

Selon l'ANSM, il s'agit de : « l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte au cours du processus de soins impliquant un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient » (17).

La SFPC complète cette définition en y ajoutant que l'EM est « un écart par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge médicamenteuse du patient. Par définition, l'EM est évitable car elle manifeste ce qui aurait dû être fait et qui ne l'a pas été au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse d'un patient » (6).

L'écart fait référence à une règle, une recommandation, un référentiel ou un standard de pratique et y ajoute la notion d'évitabilité : c'est-à-dire qu'elle ne serait pas survenue si la prise en charge avait été conforme à une prise en charge considérée comme satisfaisante.

Selon son niveau de réalisation, l'erreur peut être :

- latente : correspond à un risque d'erreur, c'est-à-dire une insuffisance dans l'organisation de la PECM et de sa conception,
- potentielle : elle est interceptée avant d'atteindre le patient,
- avérée : lorsqu'elle arrive jusqu'au patient et est susceptible d'avoir des répercussions sur sa santé (18).

Les causes d'une EM sont multiples. Elle peut être causée par un professionnel de santé ou par le patient lui-même. Elles doivent être prévenues par la mise en place d'une politique de gestion des risques (19).

Les relations entre EIM, EM et EI ont été résumées sous forme de schéma par la SFPC (6) et réactualisées à l'occasion d'un travail de thèse en 2017 (20) (Figure 1).

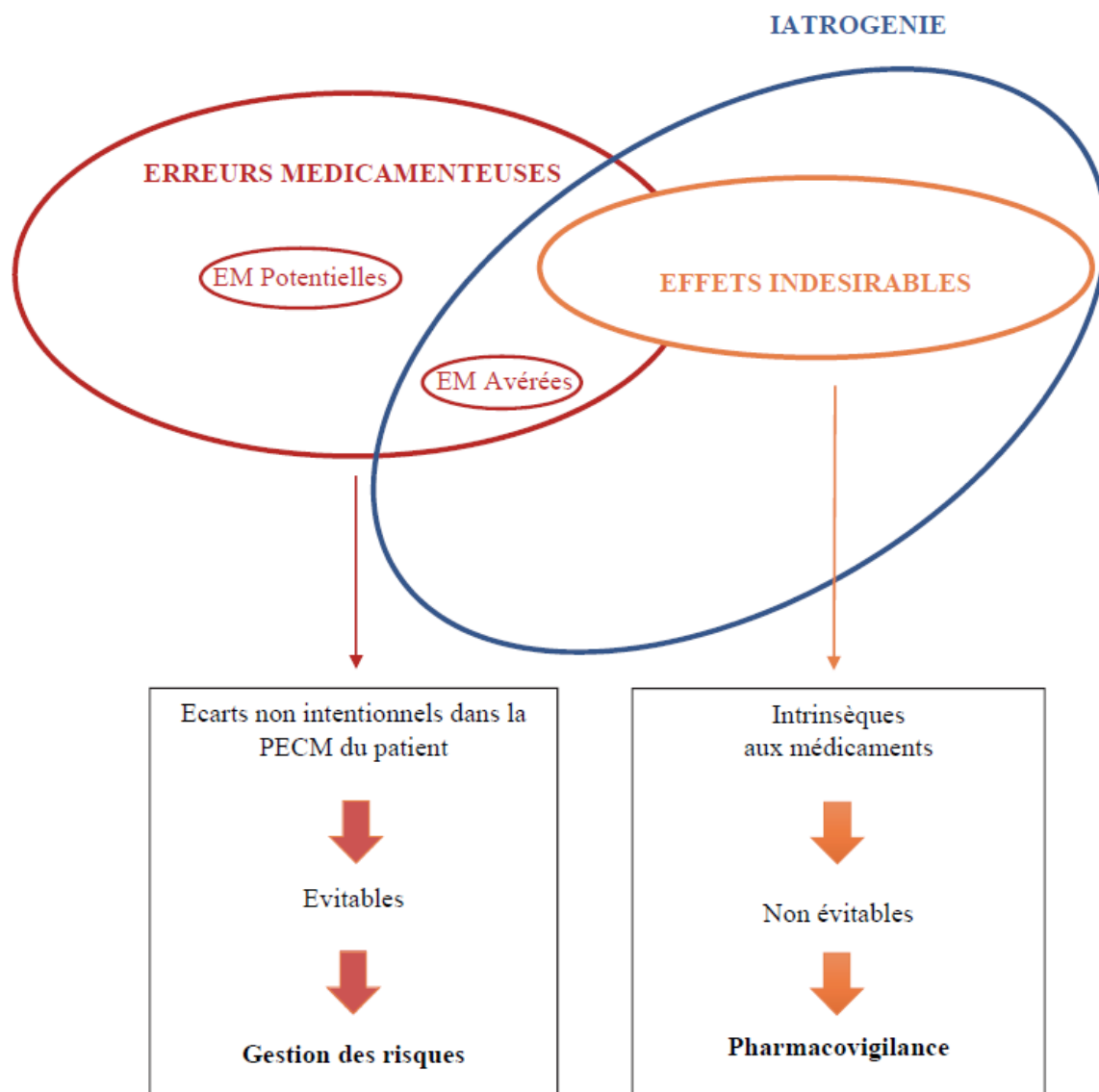


Figure 1 : Iatrogénie, effet indésirable et erreur médicamenteuse d’après Luis (20), avec EM = erreurs médicamenteuses, PECM = prise en charge médicamenteuse.

Impact de l’iatrogénie

Les répercussions de l’iatrogénie médicamenteuse sont nombreuses, que cela soit au niveau humain, ou au niveau économique.

Coûts humains

Les coûts humains sont les conséquences directes de l’iatrogénie sur l’état de santé des personnes. Il est d’autant plus important lorsque les conséquences sont graves (décès, engagement le pronostic vital, prolongation d’une hospitalisation ...). L’iatrogénie engendre également des répercussions psychologiques au niveau du patient et de son entourage. Elle est

très mal comprise et peu acceptée par le personnel non soignant, que l'erreur soit évitable ou non.

A cela, s'ajoute le retentissement psychologique au niveau du personnel médical (stress post événement, sentiment de culpabilité, perte de confiance en soi, peur de la sanction) pouvant diminuer les performances. L'événement peut affecter le professionnel immédiatement impliqué, mais peut également affecter l'équipe de soin.

Coûts financiers

Le coût économique est en rapport avec les frais engendrés par la prise en charge de l'iatrogénie médicamenteuse, qu'elle soit médicale (hospitalisation non programmée, prolongation du séjour, intervention chirurgicale, mise en place de traitements correcteurs) ou non (transport, arrêt de travail, prise en charge des incapacités, suite judiciaire).

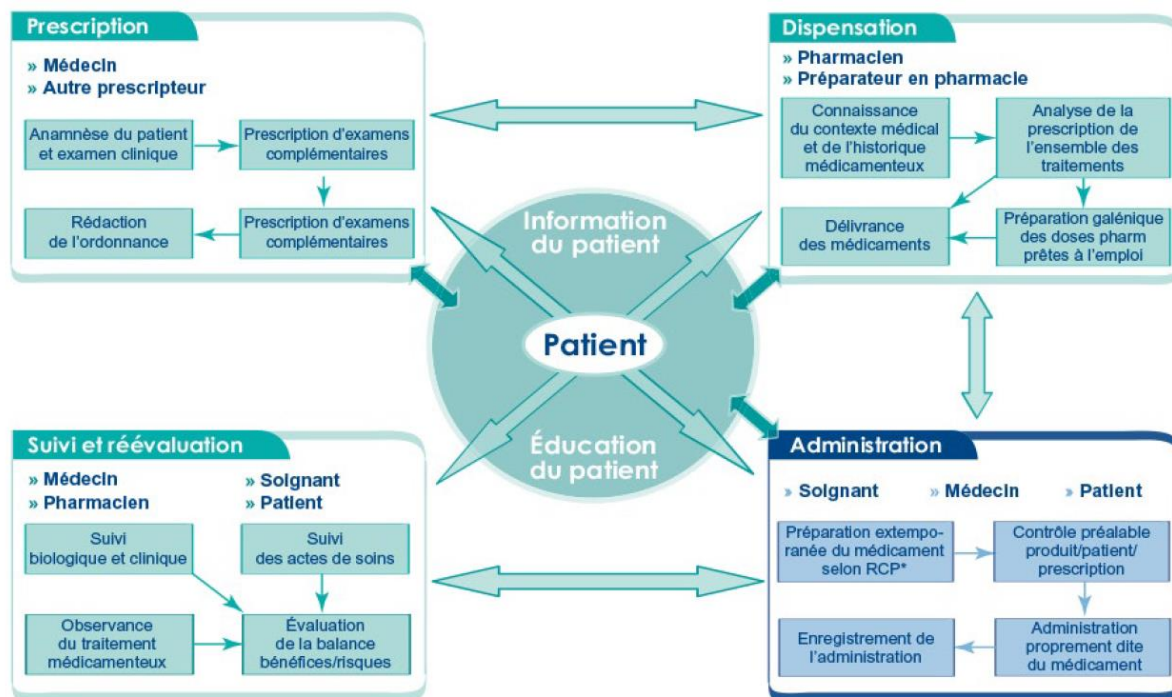
Les enjeux financiers pour la réduction de l'iatrogénie sont majeurs et justifient d'un investissement en matière de prévention : elle diminue les surcoûts de prise en charge de ces EM et contribue de façon indirecte à la maîtrise des dépenses de santé.

1.1.2 Prise en charge médicamenteuse et risque

La PECM se définit comme l'ensemble des actes visant à l'utilisation sécurisée, appropriée et efficace du médicament en établissement de santé (21). C'est un processus complexe par son caractère transversal, combinant différentes étapes pluridisciplinaires et interdépendantes (22) (Figure 2).

Elle comprend :

- la prescription,
- la dispensation,
- la mise à disposition des informations et conseils relatifs au bon usage du médicament,
- l'administration et son suivi.



* RCP : Résumé des caractéristiques du produit - © Société française de pharmacie clinique 2005

Figure 2 : Macro-processus du circuit du médicament selon la Haute Autorité de Santé (23).

L'iatriogénie médicamenteuse peut survenir tout au long de ce circuit : de la prescription à l'analyse des ordonnances, de la délivrance des médicaments au transport ou au stockage, de l'administration au suivi thérapeutique. Chacune de ces étapes présente un risque pour le patient, qu'il est nécessaire d'évaluer et d'analyser. La sensibilisation chaque acteur, y compris le patient, contribue à sécuriser ce processus.

Une démarche de gestion des risques, réalisée *a priori* et *a posteriori*, permet de sécuriser et d'améliorer la PECM. De la bonne organisation de ce processus dépend une prise en charge optimale du patient.

Modèle de Reason

La survenue d'une EM est rarement provoquée par un acte isolé, mais résulte d'un enchaînement de plusieurs causes ou facteurs favorisants. Le modèle de Reason, ou modèle du fromage Suisse, illustre l'origine multifactorielle de l'EM, et l'intrication des différents facteurs (humain, organisationnel, environnemental et matériel) dans sa survenue (24) (Figure 3).

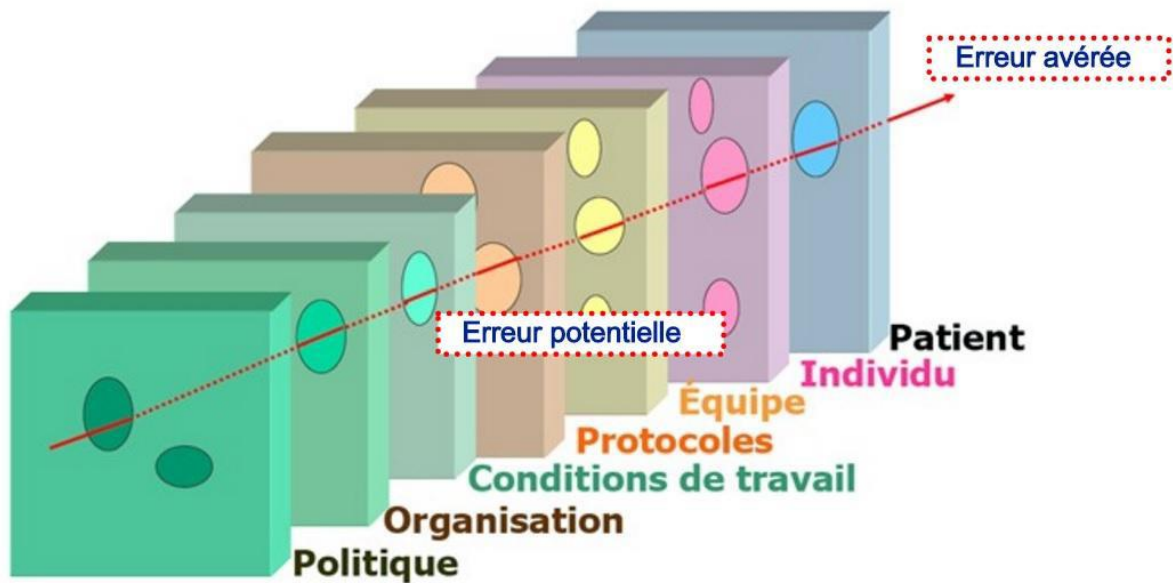


Figure 3 : Modèle de Reason selon l'observatoire des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques (25).

Chaque système de sécurité ou barrière est représenté par un fromage, les trous représentant les différentes failles. L'erreur se produit lorsque l'événement passe au travers de toutes les failles du système. Les premières plaques matérialisent la politique de l'établissement et l'organisation fonctionnelle du système. Une mauvaise conception exposera à un risque latent (26). Les tranches suivantes représentent les matériels et les conditions de travail, elles correspondent aux défenses en profondeur. Le personnel est exposé en continu dans ces activités à l'erreur et correspond au risque patent (26).

Ce modèle prend en compte les causes systémiques, en amont de l'événement qui ne provoquent pas d'accidents à elles seules, mais contribuent de façon synergique à leurs survenues. Elles sont associées à une cause immédiate, qui est le plus souvent l'erreur humaine (26).

Une analyse approfondie est nécessaire afin de mettre en évidence l'ensemble des facteurs et des défaillances pouvant être à l'origine d'une erreur et de définir des mesures préventives pour éviter qu'elles ne se reproduisent.

1.1.3 Mesures de santé publique

Avec un coût humain et économique considérable, l'iatrogénie médicamenteuse constitue un problème majeur en santé publique. Les enjeux de prévention de cette iatrogénie

médicamenteuse sont multiples : améliorer et sécuriser la PECM, diminuer les erreurs médicamenteuses et ses répercussions.

Depuis plusieurs années, la maîtrise de ce processus est un objectif prioritaire et s'inscrit au niveau national.

Les autorités sanitaires et les professionnels de santé ont mis en place de nombreuses mesures pour lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse, que cela soit d'un point de vue réglementaire, ou par l'élaboration de programmes et actions spécifiques

La législation française a évolué et différents textes réglementaires ont été rédigés afin de favoriser la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse. Elle y définit une politique coordonnée de prévention, de gestion des risques et la mise en place d'un système de management de la qualité qui encadre la prise en charge du patient dans les établissements de santé.

L'iatrogénie médicamenteuse est notamment encadrée par :

- l'arrêté du 31 mars 1999 relatif aux modalités de prescription, de dispensation et d'administration des médicaments stupéfiants dans les établissements de santé (27),
- la loi 2004-806 du 09 août 2004 de santé publique, qui inscrit l'iatrogénie médicamenteuse comme un priorité nationale avec des objectifs de renforcement de la qualité des soins et de réduction de l'iatrogénie liée aux produits de santé (28),
- la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires n°2009-879 du 21 juillet 2009, qui impose à tous les établissements une exigence en termes de qualité et de sécurité des soins. Ces derniers doivent organiser la lutte contre les évènements indésirables, les infections associées aux soins et définir une politique institutionnelle du médicament (29),
- l'arrêté du 6 avril 2011, qui porte les exigences en matière de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient en établissement de santé (19),
- la certification des établissements de santé, qui est une exigence réglementaire. Elle a pour objectif de porter une appréciation indépendante sur la qualité et la sécurité des soins dispensés (30). Dans sa version 2010, 2014, puis 2020, la Haute Autorité de Santé (HAS) y a intégré la PECM et le système de management de la qualité (31),
- le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiencia des Soins (CAQES) a été créé par l'article 81 de la loi 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale (32). Il regroupe les exigences portées par le contrat de bon usage des médicaments, le contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins, le contrat d'amélioration des pratiques en établissement de santé et le contrat de pertinence des soins. Il a pour objectif

l'amélioration des pratiques, la régulation de l'offre de soins et l'efficacité des dépenses d'assurance maladie.

Outre le cadre réglementaire, la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse est accompagnée de nombreux programmes et actions pour aider les établissements de santé à améliorer la qualité et la sécurité des soins au moyen d'outils adaptés.

L'ANSM a développé une « liste d'évènements qui ne devraient jamais arriver ». Il s'agit d'EIG qui ne seraient pas survenus si des mesures de prévention adéquates avaient été mises en œuvre. Elle est inspirée des « Never Events » du Royaume-Uni et adaptée à la pratique médicale française avec l'appui des données épidémiologiques de l'iatrogénie (33).

La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a publié en février 2012, un guide "Qualité de la prise en charge médicamenteuse - outils pour les établissements de santé" (21). Il explicite les exigences de la certification des établissements de santé et a pour objectif d'améliorer l'efficacité et l'organisation du circuit du médicament tant au niveau des unités de soins que de la pharmacie à usage intérieur.

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) des établissements de santé et médico-sociaux a lancé en 2012 « Inter Diag Médicaments » : c'est un outil d'auto-évaluation et de gestion des risques liés à la PECM au niveau de l'unité de soins (34).

La HAS a publié en mai 2013 un guide de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments. Il y définit une des préconisations spécifiques pour l'administration des médicaments dont « la règle des 5 B » (le bon médicament, au bon patient, au bon moment, à la bonne dose et à la bonne voie d'administration). Ce guide a été réactualisé en y ajoutant une section relative à l'interruption des tâches lors de l'administration des médicaments (22).

Des outils pratiques et ludiques ont également été développés pour sensibiliser le personnel aux EI. Ils sont basés sur la simulation et l'apprentissage par l'erreur comme « le pilulier des horreurs »(35) ou « la chambre des erreurs » (36).

La première étape de la prévention des EI associés aux soins est leurs recensements. L'approche épidémiologique permet de mesurer les risques iatrogènes en établissement de santé.

1.2 Epidémiologie et iatrogénie médicamenteuse appliquée au service des urgences

Par ses dimensions sanitaires, économiques et médiatiques, la mesure du risque iatrogène est une composante majeure en santé publique. Les approches épidémiologiques (qu'elles soient descriptives, analytiques ou évaluatives) ont plusieurs intérêts :

- Estimer le niveau de risque, sa gravité et son caractère évitable,
- Identifier les causes et facteurs contributifs de sa survenue,
- Définir les axes d'améliorations et en mesurer les impacts.

1.2.1 Epidémiologie de l'iatrogénie médicamenteuse en France

1.2.1.1 Enquête nationale sur les événements indésirables graves associés au soins (ENEIS)

L'étude ENEIS est une étude nationale prospective multicentrique d'incidence sur une population ouverte de patients suivis pendant une période de 7 jours (2). Initialement menée en 2004, puis rééditée en 2009, il s'agit d'une étude pilote initiée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du ministère de la santé pour évaluer le risque iatrogène en établissement de santé, dans le cadre de la politique d'amélioration de la qualité des soins.

Elle avait pour objectif de :

- évaluer la fréquence et la gravité des EI associés aux soins en distinguant 2 groupes : ceux à l'origine de l'hospitalisation et ceux qui surviennent pendant l'hospitalisation,
- estimer la part évitable, définir les causes et les facteurs contributifs de ces EIG.

Sa réédition 5 ans plus tard a permis de mesurer l'évolution d'incidences des EIG et d'évaluer l'atteinte des objectifs de réduction des EIG fixés par la loi de santé publique de 2004.

En 2009, 81 établissements français ont participé à cette étude, représentant 251 services de médecine et chirurgie. Sur la période de 7 jours, 8 269 patients ont été inclus correspondant à 31 663 journées d'hospitalisation.

Au total, 374 EIG ont été identifiés dont 47% (n = 177) évitables. Ces EI ont été répartis en 2 groupes.

Les EIG à l'origine de l'hospitalisation représentent 42,8% (n=160) du total des EIG dont 24% (n = 90) d'entre eux évitables. En proportion de séjour-patient dont l'admission a été motivée

par un EIG, cela correspond à 4,5% des séjours, dont 2,6% évitables : 1 séjour sur 20 est causé par un EIG. Les séjours causés par ces EIG sont plus fréquents en médecine qu'en chirurgie et impliquent dans plus de 40% des cas un médicament.

Sur les 9 millions de séjours d'hospitalisation réalisés en 2009, entre 330 000 et 490 000 admissions auraient donc pour cause un EIG, dont 160 000 à 290 000 peuvent être considérés comme évitables (37).

Les EIG survenus pendant l'hospitalisation représentent 57,2% (n = 214) du total des EIG, dont 23,2% (n = 87) d'entre eux évitables. En densité d'incidence, c'est-à-dire le nombre d'EIG identifiés sur la période rapportée au nombre de journées d'hospitalisation, cela correspond à 6,2 EIG pour 1000 journées d'hospitalisation, dont 2,6 EIG pour 1000 évitables, soit 1 EIG tous les 5 jours dans un service de 30 lits. Ces EIG surviennent plus fréquemment en chirurgie qu'en médecine et sont le plus souvent liés à un acte thérapeutique. La fragilité du patient et son comportement (refus de soins, non observance) contribuent en grande partie à la survenue de ces EIG.

En rapportant cette densité d'incidence aux 54 millions de journées enregistrées dans le programme de médicalisation des systèmes d'information, l'enquête estime que de 275000 à 395000 des EIG par an sont survenus pendant une hospitalisation, dont 95 000 à 180 000 EIG peuvent être considérés comme évitables (37).

Les sujets âgés sont particulièrement exposés : les EIG touchent une population significativement plus âgée que ceux sans EIG, plus de deux tiers concernent des patients de plus de 65 ans. La part des EIG liés aux médicaments, quant à elle, représente 32,9% du total des EIG, dont 51,2% évitables : 17,9% ont motivé une hospitalisation et 15% sont survenus pendant l'hospitalisation (38).

Les résultats de l'enquête de 2009 sont proches de ceux de 2004 : Ils placent le médicament comme l'une des trois causes d'EIG évitables, après les actes invasifs et les infections associées aux soins. Elles montrent, d'une part, l'importance d'une meilleure prise en compte de la vulnérabilité de certains patients, en développant notamment des actions ciblées sur les personnes âgées et les patients fragiles et, d'autre part, l'importance du développement d'une culture de sécurité pour améliorer la qualité des soins.

1.2.1.2 Retour d'expérience sur les évènements indésirables graves associés à des soins dans les établissements de santé

En France, la déclaration d'un EIG associé aux soins est rendue obligatoire pour tout professionnel de santé ou représentant légal de l'établissement qui le constate, à l'Agence Régionale de Santé (ARS) depuis le 25 novembre 2016 (11).

Elle s'effectue en deux temps :

- une première partie effectuée sans délai, qui comprend les premiers éléments relatifs à l'évènement (nature de l'évènement, circonstance de sa survenue et premières mesures prises),
- une seconde partie effectuée dans les trois mois suivant, et qui comprend le descriptif de la gestion de l'évènement, les éléments de retours d'expérience après analyse approfondie, ainsi que les mesures correctives prises ou envisagées.

Dans le rapport annuel de la HAS sur le retour d'expérience de ces EIG associés à des soins (EIGS) dans les établissements de santé, publié en décembre 2020, 1187 déclarations complètes d'EIG ont été reçues et stockées dans une base de données au cours de l'année 2019 (39). L'analyse descriptive des EIG a montré que :

- plus de la moitié des EIG déclarés sont évitables (53%),
- dans 83% des cas, l'EIG est liée à un acte thérapeutique,
- la situation où la prise en charge était urgente concerne 46% des déclarations,
- plus de la moitié des EIG ont pour conséquence le décès du patient (51%),
- les personnes de plus de 60 ans sont impliquées dans 50% des EIG (39).

Depuis la création du dispositif, 2007 EIGS ont été enregistrés. Ils ont été regroupés en fonction de la nature de l'évènement, du secteur de soin impliqué, des circonstances de survenue ou des causes profondes de l'évènement pour permettre d'identifier des thèmes récurrents. Ces thèmes ont fait l'objet d'étude par un groupe de travail pour permettre l'élaboration de préconisations (recommandations professionnelles, référentiels et outils de bonne pratique, exemple d'EIG pédagogique...), d'optimiser les pratiques soignantes et l'organisation des soins.

L'un des trois principaux risques identifiés était les EM avec près de 247 EIGS reçus (Figure 4)

QUE NOUS APPRENNENT LES EIGS DÉCLARÉS POUR L'ANNÉE 2019 ?

EIGS : événements indésirables graves associés aux soins

2007 EIGS enregistrés à la HAS

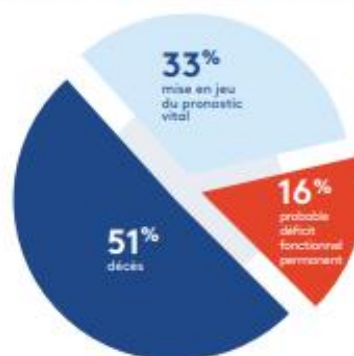


53% des EIGS auraient pu être évités en 2019

Caractéristiques des EIGS déclarés en 2019

- autant d'hommes que de femmes, 50% des EIGS après 60 ans
- 14% des EIGS concernent un acte diagnostique, 83% un acte thérapeutique
- 58% se déroulent sur une période vulnérable (nuit, week-end, jour férié)
- 46% des EIGS concernent des situations où la prise en charge du patient était urgente
- 79% des EIGS surviennent en établissement de santé, 14% dans une structure médico-sociale, 4% en ville

Conséquences des EIGS déclarés en 2019



Dans 93% des cas, une information sur l'EIGS est délivrée au patient ou à ses proches

LES 10 PRINCIPAUX RISQUES IDENTIFIÉS SUR LES 2007 EIGS



[Lire le rapport](#)



www.has-sante.fr

@HAS_sante

Décembre 2020

Figure 4 : Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés à des soins dans les établissements de santé de l'année 2019 par la Haute Autorité de Santé (39), avec EIGS = événements indésirables graves associés à des soins.

1.2.2 Iatrogénie médicamenteuse et service des urgences

1.2.2.1 Le Projet Urge-Med

Le Projet Urge-med a été initié en France dans la région grand-Est en 2016, et correspond à un partenariat de 5 centres hospitaliers autour de la CMA aux urgences (40–42) (Tableau I). L'objectif était d'identifier et de prendre en charge le risque iatrogène médicamenteux chez les patients hospitalisés et d'en évaluer l'impact économique.

Les modalités d'adhésion des centres hospitaliers ont été définies dans une charte assurant la bonne réalisation de l'étude dont, entre autres, le déploiement d'un pharmacien au minimum une demi-journée par semaine, la formation du pharmacien à la détection de l'iatrogénie et la collaboration de l'équipe médicale dans la prise en charge du risque iatrogène médicamenteux.

Il s'agit d'une étude prospective multicentrique menée sur 13 mois. A partir de septembre 2016, tous les patients admis en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ont été inclus à l'étude pendant le temps de présence du pharmacien. Les patients bénéficient d'une CMA, d'une réévaluation complète des traitements médicamenteux et d'une recherche d'EIM en relation avec la cause d'hospitalisation. Le mode de prise en charge (hospitalisation complète ou retour à domicile) et le groupe homogène de séjour (GHS) ont été recherchés afin d'estimer les coûts.

Sur les 13 mois d'étude, 714 patients ont été inclus dans l'étude : le taux de patient consultant aux urgences présentant au moins un EIM, avéré ou potentiel, est de 49% ($n = 354$) pour un total de 419 EIM retrouvés. Parmi ces 419 EIM, 74% étaient évitables ($n = 310$).

Les EIM étaient la cause de l'hospitalisation en UHCD dans 24% des cas ($n = 168/714$) dont 16% étaient évitables ($n = 114$).

L'évaluation médico-économique s'intéresse au taux d'hospitalisation complète dû aux EIM en le comparant au taux d'hospitalisation complète des autres patients en UHCD : les patients pouvaient soit être pris en charge dans les unités en amont, soit retourner à domicile.

Parmi les 168 patients hospitalisés en UHCD à la suite d'un EIM, 133 patients ont été hospitalisés dans un autre service soit 79%. Parmi les 546 patients hospitalisés en UHCD pour d'autres

raisons, 365 ont été hospitalisés dans un autre service, soit 67%. Ainsi, les patients hospitalisés en UHCD à la suite d'un EIM ont 1,88 fois plus de risque d'être admis dans un autre service que les autres patients.

Les dépenses de santé liées à un EIM ont été estimées à 333 000 euros pour les 168 patients hospitalisés, dont 219 000 euros évitables (correspondant à 114 patients) sur la période d'étude. Extrapolé au niveau national, cela représenterait 1,9 milliard d'euros de dépense, dont plus de la moitié évitable.

Lors de l'analyse des prescriptions, 620 interventions pharmaceutiques en lien avec les EIM ont été émises. Elles ont majoritairement concerné les médicaments du système nerveux (24%), cardiovasculaires (23%) et antithrombotiques (16%). Vingt-six pourcent des interventions sont dues à un effet indésirable, 16% à une posologie supra-thérapeutique et 13% à un problème d'observance. Dans la majorité des cas, le pharmacien a proposé un arrêt (39%), une adaptation posologique (23%) ou un suivi thérapeutique (15%).

1.2.2.2 Etude de l'Association Pédagogique Nationale Pour l'Enseignement de la Thérapeutique (APNET)

Cette étude a consisté à recueillir toutes les observations d'EI pendant deux semaines dans sept services d'accueil des urgences (SAU) en 2008 (43) (Tableau I). L'objectif était d'évaluer la fréquence, l'évitabilité, la gravité et la cause des EIM dans les SAU, mais aussi les caractéristiques des malades concernés et les médicaments incriminés.

Il s'agit d'une étude prospective et multicentrique qui a inclus tous les patients sur une période de 14 jours dans sept SAU. Etaient exclus les patients âgés de moins de 15 ans, ceux venus pour un accouchement, un traumatisme, une ivresse aiguë, une intoxication médicamenteuse aiguë volontaire ou une raison sociale. L'imputabilité de l'EI, sa gravité et son évitabilité ont été appréciées dans chaque SAU par deux médecins, puis réexaminées par un comité d'experts indépendants pluridisciplinaire.

Sur un total de 1 663 patients prenant au moins un médicament, 15,8 % des patients (n=263) se sont présentés au SAU à cause d'un EI. Parmi eux, 7,4% étaient considérés comme évitables (n=123), attribué :

- aux patients directement dans 52,8% des cas (n=65) par mauvaise observance, arrêt brutal de certains traitements ou par automédication inappropriée. Une partie de ces EI ont été favorisés par une mauvaise compréhension du traitement et une éducation thérapeutique insuffisante ;
- ou aux prescripteurs dans 48,2% des cas (n=58) pour la pertinence des indications et un manque de suivi thérapeutique.

Les patients avec EIM présentaient un « plus haut niveau de gravité » que ceux sans EIM.

Cette étude a également mis en évidence d'autres facteurs de risque d'iatrogénie médicamenteuse. La polymédication est le premier facteur en cause d'iatrogénie, le nombre moyen de médicaments consommés était significativement plus élevé chez les patients avec EI que chez ceux sans. L'âge du patient apparaît comme un facteur majeur de fréquence, mais aussi de gravité des EI. Les patients avec EI étaient significativement plus âgés que ceux sans EI et présentaient également un plus haut niveau de gravité.

Les EI les plus fréquemment observés étaient : pour 18,2% des malaises, vertiges, avec ou sans chute (n=48), pour 14,4% des signes digestifs (n=38) et pour 10,6% des signes neurologiques (n= 28).

Au niveau médico-économique, est estimé le coût hospitalier annuel des EIM ayant conduit à l'hospitalisation dans les SAU en France à plus de 600 millions euros. Cette estimation ne prend pas en compte les patients hospitalisés sans passer par le SAU et les EI survenus pendant l'hospitalisation.

1.2.2.3 Exemple d'iatrogénie médicamenteuse et recours au service des urgences

Une étude transversale, prospective, monocentrique a été menée au centre hospitalier universitaire de Rouen sur 5 jours en 2016 (44) (Tableau I). L'objectif de cette étude était d'estimer le nombre de patients pour lesquels un EIM constitue le motif de recours principal au SU, de les décrire et d'en définir la gravité.

Tous les patients de plus de 15 ans se présentant aux urgences ont été inclus dans l'étude, examinés par les urgentistes, puis leurs dossiers étudiés par le centre régional de

pharmacovigilance. Les patients prenant au moins un médicament ont été ciblés « à risque iatrogène ». Chaque EIM a été analysé (cause, gravité, évitabilité) et un traitement inapproprié a été recherché pour les patients de plus de 75 ans.

Sur la période d'étude, 1 293 patients ont été inclus, dont 722 prenaient au moins un médicament. Au total, 182 EIM ont été détectés, correspondant à 162 patients, soit 12,5% des patients se présentant aux urgences avec au moins un EIM. Ce taux augmente à 22,4% si on le rapporte aux patients prenant au moins 1 médicament plutôt qu'au nombre de patient total.

Pour 134 patients, l'EIM était directement la cause de la consultation au SU et représente 10,4% des consultations liées à un EIM sur la totalité des patients, ce taux étant doublé chez la personne âgée (21%). Si on le rapporte au nombre de patients prenant au moins un médicament plutôt qu'au nombre de patients total, le pourcentage de consultation aux urgences directement lié à un EIM est de 18,6%.

Plus de la moitié des EIM (57%) ont été jugés évitables et concernaient principalement les chutes, les troubles du système nerveux central et les problèmes psychiatriques.

Plus de la moitié des EIM (56%) ont été graves, dont 22% à l'origine de l'hospitalisation complète. Vingt pour cent des EIM n'ont été détectés que par le centre régional de pharmacovigilance.

Un traitement potentiellement inapproprié a été retrouvé chez 21% des sujets âgés et concerne majoritairement les benzodiazépines (56,5%)

Les EIM les plus fréquents sont les saignements (22%) et les chutes (16%), survenant surtout chez le sujet âgé. Les médicaments du système nerveux central sont les traitements les plus incriminés (26,1%), devant les médicaments antihypertenseurs (14,4%) et les antithrombotiques (13%).

Tableau I : Synthèse des études de l'iatrogénie médicamenteuse au service des urgences, avec EIM = événement indésirable médicamenteux, UHCD = unité d'hospitalisation de courte durée, SAU = Service d'accueil des urgences.

	Urge-med (40-42)	APNET (43)	Etude au SAU de Rouen (44)
Type	Prospective, multicentrique	Prospective, multicentrique	Prospective, monocentrique
Année	2016	2008	2016
Inclusion	5 établissements – 714 patients	7 établissements – 1663 patients	1 établissement – 1293 patients
Période	13 mois	2 semaines	5 jours
Objectif	Evaluer la fréquence et le caractère évitable des EIM aux urgences Evaluer l'impact économique des EIM	Evaluer la fréquence, l'évitabilité et la gravité des EIM	Identifier les patients pour lesquels un EIM constitue le motif de recours principal au SU.
Résultat	Le taux de patients consultant aux urgences présentant au moins un EIM est de 49%. L'EIM était directement la cause de la prise en charge en UHCD pour 24% (n=168) des patients dont 16% évitables.	L'EIM était directement responsable de la présentation aux urgences pour 15,8 % (n=263) des patients dont 7,4% évitables. Les patients consultant pour EIM présentaient un plus haut niveau de gravité que ceux sans EIM.	Le taux de patient consultant aux urgences présentant au moins un EIM est de 12,5%. L'EIM était directement responsable de la présentation aux urgences pour 10,4 % (n=134) des patients dont 57% évitables. 56% des EIM étaient graves dont 22% à l'origine de l'hospitalisation complète.
Impact médico-économique	Dépenses liées à un EIM aux urgences : 333 000 euros, dont 219 000 euros évitable Extrapolation niveau national : 1,9 milliard d'euros, dont plus de la moitié évitable.	Coût hospitalier annuel des EIM ayant conduit à la présentation aux urgences en France : plus de 600 000 000 euros.	/

Malgré l'hétérogénéité des études présentées, notamment en termes de méthodologie, ces résultats soulignent l'importance du problème de l'iatrogénie médicamenteuse aux urgences et la nécessité d'apporter des solutions pour réduire l'impact des EIM à la fois au niveau du coût et de qualité des soins.

1.3 Cas particulier de la personne âgée : une population à risque

Selon la HAS, une personne âgée est définie par :

- toute personne de plus de 75 ans ;
- ou toute personne de 65 ans et polypathologique (45).

Le vieillissement s'accompagne de nombreux changements tant au niveau social, économique qu'environnemental. Il s'y ajoute également des modifications physiologiques et une augmentation des maladies chroniques, conduisant fréquemment à une polymédication.

L'ensemble de ces facteurs, à l'origine de la fragilité du sujet âgé, ont pour conséquence une sensibilité accrue aux médicaments et l'expose d'avantage aux risques iatrogènes. La personne âgée est soumise à deux fois plus de risques de subir un EIM que dans le reste de la population (46).

1.3.1 Quelques données en France

Avec l'allongement de la durée de vie et l'avancée en âge des générations du baby-boom, le vieillissement de la population française se poursuit. Au 1^{er} janvier 2020, sur 67 millions d'habitants, les plus de 65 ans représentaient 20,5% de la population générale (47).

En 2040, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) estime que la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans évoluera fortement, quelles que soient les hypothèses retenues sur l'évolution de la fécondité, des migrations ou de l'espérance de vie. A cette date, un quart des habitants aura plus de 65 ans (48).

D'après les données françaises de pharmacovigilance et les études précédemment citées, les accidents iatrogènes chez les sujets âgés sont plus fréquents, plus graves et plus coûteux que dans le reste de la population. Une grande partie de cette iatrogénie est considérée comme évitable justifiant la mise en place d'actions d'amélioration ciblées sur cette catégorie de personnes (2,37,39,44,49).

Ces EIM sont difficiles à diagnostiquer ce qui retarde leur prise en charge. Ils provoquent souvent des symptômes aspécifiques (malaise, vertige, chute, signes digestifs...), causés par des molécules largement prescrites dans cette population. Par ailleurs, un évènement aigu intercurrent (déshydratation, décompensation cardiaque, infection aigüe...) peut remettre en cause un équilibre très souvent fragile et être à l'origine d'un EIM, ce qui explique qu'un médicament pris depuis longtemps et bien toléré, peut soudainement ne plus l'être, complexifiant le diagnostic (50). De cette manière, 40 % des accidents iatrogènes médicamenteux à l'origine d'une présentation aux urgences étaient sous-diagnostiqués (51).

1.3.2 Principaux facteurs de risques

De nombreux facteurs favorisent l'iatrogénèse médicamenteuse dans cette tranche d'âge, qu'ils soient intrinsèques à la personne, liés à l'utilisation du médicament ou à son environnement.

1.3.2.1 Facteurs de risques liés aux patients

1.3.2.1.1 Altération des paramètres pharmacologiques liés à l'âge

Physiologiquement, l'accumulation des dommages cellulaires au cours du temps dans les différents organes se caractérise par une diminution des réserves fonctionnelles et entraîne une modification des paramètres pharmacologiques. Les effets observés peuvent être très différents pour une même dose chez un sujet plus jeune de poids comparable.

- Au niveau pharmacocinétique :

Toutes les étapes du devenir du médicament dans l'organisme peuvent être influencées, que ce soit l'absorption, la distribution, le métabolisme ou l'élimination. L'altération de la fonction rénale est la modification la plus importante. En vieillissant, la diminution progressive du nombre de néphrons fonctionnels entraîne une diminution de la filtration glomérulaire, ayant pour conséquence une réduction de l'élimination rénale des médicaments. La posologie des médicaments à élimination majoritairement rénale doit être adaptée en conséquence (52,53).

- Au niveau pharmacodynamie :

Les conséquences du vieillissement sur l'action des médicaments sont moins connues (54). Néanmoins, on constate une modification du nombre, de la sensibilité ou de la réponse de certains récepteurs au médicament, de la perméabilité de la barrière hématoencéphalique et une

diminution d'efficacité des systèmes de contre-régulation (55). Il en résulte une sensibilité augmentée de certains médicaments à concentrations sériques égales, comme ceux du système nerveux central, avec notamment les psychotropes, les benzodiazépines et les opiacées qui contribuent à majorer le risque d'effets indésirables.

Les personnes âgées sont une population hétérogène, en raison de la variabilité importante du processus de vieillissement. Les modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques sont variables et peuvent coexister, entraînant des répercussions sur l'action du médicament. Pour la plupart, ces modifications n'entraînent que des variations modérées et ne justifient pas une adaptation posologique. Cependant, la prescription de certains médicaments nécessite de prendre en compte la situation propre à chaque patient et ses caractéristiques pharmacologiques.

1.3.2.1.2 Pathologies chroniques

D'autres facteurs peuvent influencer l'administration des médicaments et entraîner des EI (50). Les troubles de la déglutition rendent difficiles l'administration des médicaments et favorisent le risque de fausse route en cas de forme galénique inadaptée. Les troubles cognitifs et visuels participent à une mauvaise gestion des traitements médicamenteux et favorisent les EM. Les rhumatismes déformants et les tremblements peuvent rendre difficile la manipulation des médicaments (ouverture des flacons, découpe des comprimés) et entraver leurs administrations (collyre...) (53).

1.3.2.2 Facteurs de risques liés à l'utilisation des médicaments

1.3.2.2.1 Polymédication du sujet âgé

Le nombre de médicaments pris par le patient est un facteur majeur d'iatrogénie médicamenteuse. Souvent polyopathologiques et polymédiquées, les personnes âgées sont les plus grands consommateurs de médicaments (56), avec en moyenne 3,6 médicaments par jour (57).

Les chiffres de la Cour des Comptes ont montré que 10% des assurés consomment 47% des médicaments remboursés, correspondants aux personnes en affection de longue durée et aux personnes âgées (58).

Ces derniers sont donc largement exposés à l'iatrogénie médicamenteuse. En effet l'incidence des effets indésirables est directement proportionnelle au nombre de médicaments et se majore avec l'allongement de la durée de prescription (55,59), tout comme le risque d'interaction et de contre-indication médicamenteuse.

Le risque de prescription en cascade est aussi majoré, c'est-à-dire que l'apparition d'un EI conduit à la prescription d'un médicament, qui peut à son tour provoquer un EI, qui sera à l'origine d'une nouvelle prescription.

Enfin, plus le nombre de médicaments pris par les sujets âgés est élevé, plus ils sont amenés à commettre des EM (60).

La polymédication est aussi associée à une majoration des prescriptions potentiellement inappropriées.

1.3.2.2.2 Médicaments Potentiellement Inappropriés

Trois types de prescription potentiellement inappropriée ont été décrites par la HAS dans son programme de prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, à savoir :

- l'excès de traitements ou « overuse » : sur-prescription de médicaments en l'absence d'indication justifiée ou sans efficacité démontrée,
- l'insuffisance de traitement ou « underuse » : sous-prescription de médicaments ayant prouvé leur efficacité pour une pathologie,
- et la prescription inappropriée ou « misuse » : prescription d'un médicament ayant un rapport bénéfice/risque défavorable (57).

Plusieurs outils et listes de médicaments ont été développés pour les identifier dont la liste de Laroche, la liste européenne des médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes de plus de 75 ans, élaborée par les experts de 7 pays Européens en 2015 ou encore l'outil STOPP-START.v2 (61,62).

1.3.2.2.3 Inobservance des traitements

La polymédication est l'un des facteurs contribuant à l'inobservance thérapeutique. Ce défaut d'observance peut être source d'effets indésirables, d'inefficacité thérapeutique et/ou encore d'EM (57,60,63).

Certaines comorbidités contribuent également à un défaut de prise comme la dépression, les troubles cognitifs mais aussi l'HTA du fait de son caractère asymptomatique. Les troubles de la déglutition favorisent aussi cette mauvaise observance (57).

De cette manière, près de 10% des hospitalisations chez les personnes de plus de 70 ans seraient en lien avec un défaut d'observance. En milieu ambulatoire, ce défaut d'observance est impliqué dans 21,1% des accidents médicamenteux (57). Une meilleure information du patient sur sa maladie et ses thérapeutiques permettrait d'améliorer l'observance des traitements médicamenteux (60).

1.3.2.2.4 Manque de coordination entre les différents prescripteurs

Les personnes âgées ont souvent recours à de multiples prescripteurs : en plus de leur médecin généraliste, elles peuvent être amenées à consulter plusieurs spécialistes (55).

Elles sont alors exposées à plusieurs risques :

- l'association de deux médicaments de la même classe thérapeutique ou ayant des effets pharmacologiques similaires.
- l'association, voire la potentialisation d'effets indésirables, anticholinergiques par exemples, ou la majoration d'interactions et de contre-indications médicamenteuses.
- l'absence de rattachement d'un symptôme à un EI d'un médicament prescrit par un autre médecin.

Une bonne communication entre professionnels est essentielle à une PECM sécurisée.

1.3.2.3 Contexte social et environnemental

Le vieillissement est accompagné de nombreux changements pouvant influencer la prise en charge médicale et le suivi thérapeutique : l'isolement social, géographique, la dépendance et perte d'autonomie fonctionnelle ou le changement de mode de vie (institutionnalisation) sont autant de facteurs qui participent à la survenue des EIM (50). De même, toute perturbation du quotidien (déménagement vers un logement adapté, voyage, deuil, hospitalisation...) modifie les habitudes de la personne âgée, avec un impact psychologique pouvant influencer la prise des médicaments (63).

L'ensemble de ces facteurs font des personnes âgées, une population identifiée à haut risque d'évènement iatrogène. De nombreuses mesures, programmes et outils ont été développés pour améliorer la PECM des personnes de plus de 65 ans et réduire le cout humain et économique de l'iatrogénie médicamenteuse.

2 La conciliation médicamenteuse, un moyen de prévention et de lutte contre l'iatrogénie

L'entrée du patient à l'hôpital déclenche un processus de prise en charge thérapeutique, dont le médicament est une composante essentielle. La récupération et l'intégration du traitement personnel des patients constituent l'une des étapes critiques dans la PECM (1) : l'intervention de plusieurs acteurs de santé, le cloisonnement entre l'exercice hospitalier et libéral et le manque de transmissions d'informations entre professionnels de santé sont autant de facteurs favorables à l'EM.

Il en résulte une anamnèse médicamenteuse complète et exacte difficile à réaliser au point de transition pour chaque patient. Ainsi, l'admission à l'hôpital constitue un point de rupture dans le parcours de santé du patient et représente un risque pour la continuité des soins.

La conciliation médicamenteuse, en développant le lien ville-hôpital, contribue à prévenir les EM et améliorer la prise en charge des thérapeutiques du patient aux points de transition à l'hôpital que sont l'admission, le transfert et la sortie.

2.1 Historique, généralités et contexte réglementaire

2.1.1 Historique

L'expression « medication reconciliation » est apparue pour la première fois dans une publication américaine en 2001 (5).

Aux Etats-Unis, la Joint Commission, un organisme américain indépendant, pionnier dans le système d'accréditation des établissements de soins, préconise de développer la conciliation médicamenteuse depuis 2006 à chaque point de transition du patient (64). En 2009, elle est rendue obligatoire et s'inscrit dans les National Patient Safety Goals.

Au Canada, le « Bilan comparatif des médicaments » correspond à la conciliation médicamenteuse. C'est une pratique organisationnelle obligatoire depuis 2006 par l'Agrément Canada (65).

En France, la conciliation des traitements médicamenteux, plus communément appelée « conciliation médicamenteuse », est une activité qui est apparue en 2010, sous l'impulsion du projet High 5s (66).

L'initiative des High 5s est un projet international créé en 2006 par l'OMS qui s'inscrit dans son programme sur la sécurité des patients.

L'appellation High 5s (ou « 5 solutions prioritaires ») avait pour ambition de réduire de manière significative, soutenue et mesurable 5 problèmes majeurs en matière de sécurité patient dans le monde entier (67).

Ce projet devait aboutir à l'élaboration de « Standard Operating Protocol » (SOP) et d'évaluer l'impact de cette standardisation des pratiques au sein d'établissements volontaires dans les pays participants, avant une diffusion internationale. Il a été coordonné par l'OMS, la Joint Commission et le Commonwealth Fund dans 8 pays différents.

Un SOP, ou Protocole Opérateur Normalisé, est une pratique organisationnelle standardisée, développée par l'expertise de spécialistes internationaux et sur la base de travaux de recherche, qui définit de façon concrète la mise en œuvre d'un processus de soin et son évaluation au sein d'établissements de différents systèmes de santé et dans différents contextes culturels (4).

La France a rejoint ce projet en 2009 et s'est engagée dans deux des cinq thèmes identifiés comme prioritaires par l'OMS, dont celui sur la sécurité des prescriptions médicamenteuses aux points de transition du parcours des soins (5).

Cette thématique est appelée « Medication Reconciliation », ou encore Med'Rec, correspondant à la conciliation des traitements médicamenteux. L'objectif de sa mise en place était de prévenir ou corriger les EM qui résultaient d'un défaut de communication entre les professionnels de santé. Le SOP MedRec était le protocole standardisé qui visait à sécuriser la PECM du patient aux points de transition.

2.1.2 Généralités

La pharmacie clinique, discipline centrée sur le patient et actuellement en plein essor, fait partie des missions essentielles du pharmacien en établissement de santé. C'est un facteur

reconnu de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse qui contribue à améliorer la PECM du patient à chaque étape du parcours de soins (68). Le développement de cette discipline place le pharmacien hospitalier comme un acteur fondamental dans la promotion du bon usage des produits de santé.

La conciliation médicamenteuse, une des activités appartenant au domaine de la pharmacie clinique, est une méthodologie préconisée pour prévenir les EM aux points de transition du patient.

2.1.2.1 Définition

La HAS a défini en mars 2015, à la suite de l'expérimentation Med'Rec, la conciliation des traitements médicamenteux comme « un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle. Elle prévient ou corrige les EM en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts» (5).

Cette méthode permet une prise en charge globale des traitements médicamenteux du patients aux points de rupture dans le parcours de soin, c'est-à-dire depuis son entrée, au moment où son traitement personnel est pris en compte, jusqu'à sa sortie au moment où une prescription, qui sera dispensée en ville, est effectuée. Elle permet d'établir une liste exhaustive et complète de médicaments pris et à prendre par le patient, appelée BM et contribue à la continuité des soins en intégrant les traitements médicamenteux en cours du patient à une nouvelle prescription.

Principalement menée par les établissements de santé, elle implique fortement les professionnels de santé hospitalier et de ville, les patients et leur entourage. Elle contribue au décroisement ville-hôpital, source d'EM, et assure une coordination efficace des professionnels de santé, en fluidifiant la circulation de l'information.

La récupération du traitement personnel des patients est réalisée en routine par l'équipe médicale. Ce procédé est très souvent mal maîtrisé et exécuté sans méthodologie particulière

(1). Elle repose généralement sur l'interrogatoire du patient et/ou sur son ordonnance médicale. La formalisation du recueil d'informations relatives aux thérapeutiques du patient rend sa PECM plus performante.

2.1.2.2 Objectif

En disposant d'une base d'informations fiable et exhaustive, l'apport de la conciliation médicamenteuse est multiple. Elle permet :

- de sécuriser la PECM en interceptant les EM aux points de transition,
- d'améliorer la qualité de prise en charge thérapeutique du patient tout au long de son parcours de soin en assurant une continuité de ses traitements médicamenteux,
- de favoriser le travail pluri-professionnel et la transmission d'informations entre la ville et l'hôpital par une meilleure coordination et structuration des acteurs de santé,
- et d'améliorer l'information du patient et de son entourage sur la connaissance de son traitement, ainsi que sur le bon usage du médicament (5,69).

De cette manière les traitements du patient ne seront pas interrompus ou modifiés de manière inappropriée au cours de sa prise en charge. Ceci permet de réduire les risques liés à l'arrêt brutal, la poursuite ou l'ajout indus de médicaments et ainsi éviter de perturber l'équilibre d'un traitement médicamenteux bien conduit.

2.1.2.3 Population éligible

Tous les patients sont en théorie éligibles à la CMA. Mais dans un premier temps, à la vue des ressources affectées et du temps nécessaire à l'activité, une priorisation des patients à concilier est nécessaire, en ciblant de préférence ceux à haut risque iatrogène (5,32,66).

Plusieurs critères sont retrouvés dans la littérature (70):

- les patients à risque : âges extrêmes, certaines pathologies ou la présence de plusieurs pathologies, polymédication, etc ,
- les organisations à risque, comme l'hospitalisation non programmée,
- et les médicaments à risque : liste de médicaments à haut risque iatrogène, marge thérapeutique étroite, etc.

Le choix du critère est propre à chaque établissement, reposant notamment sur le contexte local et son organisation. Par exemple, dans le cadre du SOP Med Rec (4), les personnes éligibles à

la CMA sont les patients âgés de plus de 65 ans admis par les urgences, puis hospitalisés en court séjour.

2.1.2.4 Erreurs médicamenteuses aux points de transition

Les EM détectées lors de la CMA ne devraient être appelées « erreurs de prescription », mais « erreurs de transmission d'informations » (5).

L'erreur la plus souvent évitée grâce à la CMA est l'omission de médicaments, suivie des erreurs de dose (4,71). Les médicaments cardiovasculaires et les agents antithrombotiques sont les médicaments les plus souvent impliqués dans les erreurs interceptées (71).

Des études montrent qu'entre 5,6% à 11,7% des erreurs interceptées auraient pu avoir de graves répercussions sur la santé des patients (5).

Les causes sont nombreuses et découlent de problèmes liés à la complexité du parcours de soin : intervention de nombreux acteurs de santé dans des lieux géographiquement différents, enchaînement de plusieurs étapes dans le parcours de santé ou encore une mauvaise coordination entre elles.

Une part importante de ces erreurs est liée à un manque de communication entre professionnels de santé (72), souvent inégale et non formalisée (1). A cela, s'ajoute l'absence d'un outil généralisé de partage de l'information accessible à tous et garant d'une information exacte et exhaustive. Il en résulte une anamnèse médicamenteuse difficile à réaliser aux points de transition du patient.

L'amélioration de la qualité et de la sécurité de la PECM du patient aux points de transition nécessite une évolution du système de santé actuel. Elle implique une meilleure structuration et une meilleure coordination des soins en cessant de raisonner par secteur : soins de ville, soins hospitaliers et soins médico-sociaux.

2.1.3 Contexte réglementaire

La réglementation française encourage de plus en plus les établissements de santé à la mise en place de la CMA :

En 2015, la semaine de la sécurité des patients du ministère de la santé avait pour objet la coordination des soins tout au long du parcours, dont une thématique sur la CMA (73). Elle avait pour but de sensibiliser le public à ses enjeux et de favoriser la communication entre les patients et les professionnels de santé.

L'ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux Pharmacies à Usage Intérieur (PUI) ajoute la pharmacie clinique à leurs missions (74). En 2017, la SFPC décrit un modèle de pharmacie clinique (68), ses missions sont explicitées dans le décret n°2019-489 du 21 mai 2019 qui comprend l'item « La réalisation de bilans de médication » et incite les établissements à la réalisation de cette démarche (75).

Le CAQES appuie également le déploiement de la CMA à partir de 2018, en l'ajoutant à la liste des indicateurs nationaux obligatoire (32). Enfin, la CMA a été intégrée dans le manuel de certification V2020 des établissements de santé de la HAS. Le critère 2.2-07 stipule que chaque établissement doit, après une analyse des risques basée sur des secteurs, des situations ou des profils de patients, mettre en œuvre la conciliation médicamenteuse (31).

2.2 Déroulement de la conciliation médicamenteuse : les 4 grandes étapes

La conciliation médicamenteuse se décompose en 4 étapes :

- le recueil d'informations,
- la synthèse d'informations, correspondant à l'élaboration du bilan médicamenteux,
- la validation du bilan médicamenteux,
- et le partage et l'exploitation du bilan médicamenteux (Tableau II).

Chacune de ces étapes a des objectifs précis et des outils spécifiques à sa mise en œuvre.

Tableau II : Synthèse des séquences de la conciliation médicamenteuse d'après la Haute Autorité de Santé (5).

La conciliation des traitements médicamenteux de l'admission à la sortie...			
RECUEILLIR LES INFORMATIONS	SYNTHÉTISER LES INFORMATIONS	VALIDER LE BILAN MÉDICAMENTEUX	PARTAGER ET EXPLOITER LE BILAN MÉDICAMENTEUX
OBJECTIFS			
<ul style="list-style-type: none"> • Connaître à chaque point de transition les médicaments du patient qui sont pris ou qui sont à prendre. • Formaliser les informations recueillies en tenant compte de l'automédication, de l'historique médicamenteux et de la non-adhésion thérapeutique du patient et autres thérapeutiques (aromathérapies, phytothérapie, alicaments, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rédiger le bilan médicamenteux. 	<ul style="list-style-type: none"> • Attester de la fiabilité du bilan médicamenteux. 	<ul style="list-style-type: none"> • Servir la démarche diagnostique. • Optimiser la prescription, la dispensation et l'administration des médicaments. • Améliorer l'information du patient et de son entourage.
MODALITÉS			
<ul style="list-style-type: none"> • Lister les médicaments en consultant au minimum 3 sources d'information différentes, voire autant que de besoin. • Rechercher l'existence éventuelle d'une non-adhésion thérapeutique du patient. • Enregistrer l'ensemble des informations recueillies sur un support standardisé. • Classer et/ou enregistrer le support dans le dossier patient. • Disposer du motif d'hospitalisation, des antécédents médicaux, des données biologiques et des allergies. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recouper et analyser les informations recueillies. • Résumer et rédiger les informations sous forme de bilan médicamenteux. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier la bonne réalisation des activités du processus de conciliation des traitements médicamenteux. • Confirmer la cohérence du bilan médicamenteux en regard des informations recueillies. • Apposer la signature du responsable sur le support. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer le bilan à une nouvelle prescription ou comparer le bilan médicamenteux à la prescription en cours. • Repérer et analyser les divergences (écarts) qui posent problème. • Réaliser un échange collaboratif entre médecins et pharmaciens. • Rédiger consécutivement la nouvelle prescription. • Expliquer au patient et à son entourage les changements de son traitement. • Transmettre les informations à l'ensemble des professionnels de santé (via la lettre de liaison le cas échéant).
OUTILS			
<ul style="list-style-type: none"> • Fiche de recueil des médicaments par source d'information. • Trame d'entretien avec le patient. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fiche de conciliation des traitements médicamenteux. 	<ul style="list-style-type: none"> • Volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie ou figure le bilan médicamenteux. • Fiche d'information et plan de prises destinés au patient et à son entourage sur les médicaments à prendre à son domicile. • Fiche d'information destinée aux professionnels de santé ville/hôpital sur les médicaments à poursuivre. 	
CIBLE			
<p>... pour contribuer à la qualité, la sécurité et la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient dans son parcours de soins.</p>			

2.2.1 Recueil d'informations

Il s'agit d'une enquête minutieuse à la recherche de données sur les médicaments du patient. Elle a pour but de recueillir un maximum d'informations afin d'établir par la suite le BM.

La qualité informationnelle des données est variable d'une source à l'autre et entre les patients. Les sources n'ont pas le même niveau d'accessibilité, d'exhaustivité et de complétude (76). Il est nécessaire d'avoir recours à plusieurs sources, au minimum 3, et autant que besoin pour garantir la qualité du BM (5,66). La récolte des données nécessite une étroite collaboration entre le patient, ses professionnels de santé et son entourage.

Les sources disponibles pour le recueil d'information sont, entre autres : l'entretien avec le patient et/ou son entourage, l'appel téléphonique avec les professionnels de santé de ville ou des autres établissements, les ordonnances, les médicaments apportés, le dossier patient d'une précédente hospitalisation, les lettres de liaison ou encore le dossier pharmaceutique.

Bien qu'il n'existe pas de source d'informations idéale, certaines sont à privilégier (5,66,76,77):

- l'entretien direct avec le patient. Il permet d'obtenir des informations pratiques et réelles sur la gestion des médicaments. Outre les coordonnées des autres professionnels de santé en charge du patient, il permet aussi de récupérer des informations complémentaires, comme la non-adhésion thérapeutique, les allergies et la présence de potentiels effets indésirables.
- la pharmacie d'officine est la source la plus disponible, exhaustive et complète lorsque le patient lui est fidèle. Elle permet d'obtenir l'historique médicamenteux du patient, les différentes ordonnances établies par les médecins/spécialistes et les coordonnées des autres professionnels de santé en charge du patient.
- et le recueil des données disponibles dans le dossier patient et la fiche de liaison des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes.

Chaque source permet d'identifier d'autres sources complémentaires pouvant être accessibles. Les outils, tels que la fiche de recueil des médicaments par source d'informations et la trame d'entretien patient, permettent d'enregistrer l'ensemble des informations recueillies sur un support standardisé et constituent une base pour la réalisation du BM.

Cette étape peut être réalisée par tout professionnel de santé : médecin, pharmacien, interne ou externe en médecine et pharmacie, préparateur, infirmier.

La qualité de ce recueil conditionne la fiabilité du processus de conciliation médicamenteuse.

2.2.2 Synthèse d'informations

La synthèse d'informations consiste à formaliser les données recueillies à l'étape précédente, *via* les différentes sources consultées. Les informations collectées, qui peuvent être divergentes selon les sources utilisées, sont croisées, recoupées et analysées pour aboutir à l'élaboration du BM.

Le BM est un état des lieux à un instant donné des médicaments du patient. Il établit la liste exhaustive et complète des médicaments pris et à prendre par le patient, qu'ils soient prescrits ou non (automédication, phytothérapie ...). Y sont précisés pour chaque médicament la dénomination internationale commune (DCI), le dosage, la forme galénique, la posologie (comprenant le rythme et la durée d'administration) et la voie d'administration. Il peut être complété par tout autre produit de santé. Les sources d'informations consultées sont également mentionnées. L'utilisation d'une seule source d'informations ne permet pas de qualifier la démarche de conciliation médicamenteuse, le croisement des données ne pouvant être réalisé (5).

Comme pour le recueil d'informations, cette étape peut être réalisée par tout professionnel de santé, mais elle est préférentiellement confiée à un membre de l'équipe pharmaceutique.

Le BM constitue le socle de la conciliation des traitements médicamenteux.

2.2.3 La validation du bilan médicamenteux

Cette validation atteste de la fiabilité du BM et permet son exploitation par tout professionnel de santé en charge du patient. Le BM n'est pas une ordonnance et n'a pas vocation à remplacer la prescription médicale.

Le BM peut être validé par le prescripteur, mais doit être réalisé de préférence par le pharmacien (sénior ou interne), qui l'associe alors à une analyse pharmaceutique. Ce dernier engage sa responsabilité en signant la fiche de conciliation des traitements médicamenteux. Le BM est archivé dans le dossier du patient et, idéalement, intégré au logiciel de prescription (5).

2.2.4 Partage et exploitation du bilan médicamenteux

La communication du BM au prescripteur, mais aussi à l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient, facilite la transmission d'informations et assure une meilleure coordination dans le parcours de soin. Elle permet d'obtenir une vision complète et actualisée des traitements médicamenteux de ce dernier et de ses éventuelles évolutions.

Cette étape garantit l'impact qualitatif de la conciliation médicamenteuse et contribue à améliorer la sécurité et la qualité de la PECM. Lorsque la conciliation médicamenteuse est

réalisée par un pharmacien, un échange collaboratif médico-pharmaceutique est nécessaire (5,66). Cet échange s'assure de la bonne continuité des traitements médicamenteux au regard du BM, de discuter sur les difficultés rencontrées lors de l'élaboration du BM et sur les éventuelles interventions pharmaceutiques découlant de l'analyse des prescriptions.

A l'issue de cette étape, la rédaction de l'ordonnance à partir du BM ou la modification de la prescription déjà établie constitue la conciliation médicamenteuse à proprement dite (66).

2.3 Conciliation médicamenteuse à l'admission

Nous n'aborderons que la CMA.

L'admission du patient correspond à son entrée dans une structure de soins. L'entrée du patient à l'hôpital déclenche un processus, dont la récupération et l'intégration du traitement personnel constituent l'une des premières étapes dans sa PECM (1).

Le BM permet d'établir l'anamnèse complète des médicaments de ville à poursuivre lors de son hospitalisation. La CMA aide à la rédaction de l'ordonnance d'entrée ou à sa correction le cas échéant. De cette manière, elle permet de prévenir ou de corriger les erreurs sur l'ordonnance d'entrée et assure la continuité des traitements médicamenteux de ville.

Le nombre de patients victimes d'au moins une EM à l'admission varie entre 3,4% et 97% selon la littérature (66). Une partie de ces erreurs se résout d'elle-même par l'équipe médicale et paramédicale, mais les études montrent qu'il resterait environ 30% d'EM (66). En l'absence d'une CMA, le taux d'EM qui auraient pu avoir des conséquences cliniques graves pour le patient est de l'ordre de 5% (38).

Sans ce processus, les modifications dans les traitements habituels des patients risquent de se reporter tout au long de son hospitalisation et affecteront les étapes suivantes de la PECM : prescription, dispensation puis administration. A la sortie d'hospitalisation, elles peuvent se poursuivre en ville par reconduction dans l'ordonnance de sortie.

La mise à disposition d'informations fiables et complètes sur les traitements habituels du patient lors de l'admission facilite le processus de sortie. Elle permet également de la rendre plus efficace : 53% des EM identifiées lors de la conciliation de sortie seraient dues à une erreur d'anamnèse lors de l'admission du patient (78).

Elle est dite proactive ou rétroactive, selon si le BM est réalisé avant ou après la prescription médicale à l'admission.

2.3.1 Conciliation médicamenteuse proactive

La CMA est qualifiée de proactive lorsque le BM est réalisé avant la prescription hospitalière. Le BM sert de support au prescripteur lors de la rédaction de l'ordonnance et toute modification doit être documentée (Figure 5).

La conciliation proactive permet de prévenir la survenue des EM. Cette démarche est plus efficace que celle rétroactive : elle facilite la rédaction de l'ordonnance, permet de faire gagner du temps au prescripteur et diminuer le pourcentage de patients ayant au moins une EM de 2,1% contre 45,8% pour les patients conciliés en rétroactifs (79). Mais elle est plus complexe dans sa mise en œuvre du fait des difficultés organisationnelles engendrées et de la nécessité d'une disponibilité quasi immédiate du pharmacien. Cette approche doit être privilégiée dans la mesure du possible (66).

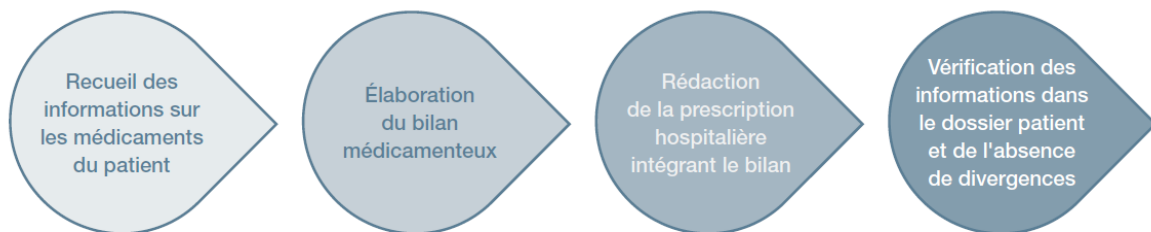


Figure 5 : La conciliation médicamenteuse proactive d'après la Haute Autorité de Santé (5).

2.3.2 Conciliation médicamenteuse rétroactive

La CMA est qualifiée de rétroactive lorsque le BM est réalisé après la prescription hospitalière. Chaque ligne du BM est comparée à la ligne correspondante de la prescription en cours, pour rechercher d'éventuelles divergences.

Une divergence est un écart de situation entre le bilan médicamenteux et la prescription en cours (5,66). Les divergences établies pendant la conciliation sont qualifiées d'intentionnelles ou de non intentionnelles en concertation avec le prescripteur.

Elle peut être :

- intentionnelle et documentée (DID) : modification volontaire, dont les raisons sont renseignées dans le dossier patient. Elle concerne un ajout, un arrêt ou une modification du médicament (posologie, forme galénique etc).

- intentionnelle et non documentée (DIND) : modification volontaire, mais non justifiée dans le dossier patient. Ce n'est pas une EM du fait de son intentionnalité, mais ce défaut d'information est susceptible de générer une situation à risque dans la prise en charge du patient. La correction de ce type de divergence consiste en la documentation des modifications dans le dossier patient.
- non intentionnelle et non documentée (DNI) : modification non voulue par le prescripteur correspondant à une EM. Elle est susceptible de générer un EIM et doit être corrigée au cours de la CMA.

La conciliation rétroactive permet d'intercepter et de corriger les DIND et les DNI entre le BM et la prescription en cours (Figure 6). A défaut de réaliser une conciliation proactive, le processus rétroactif doit être mis en œuvre le plus tôt possible (66).

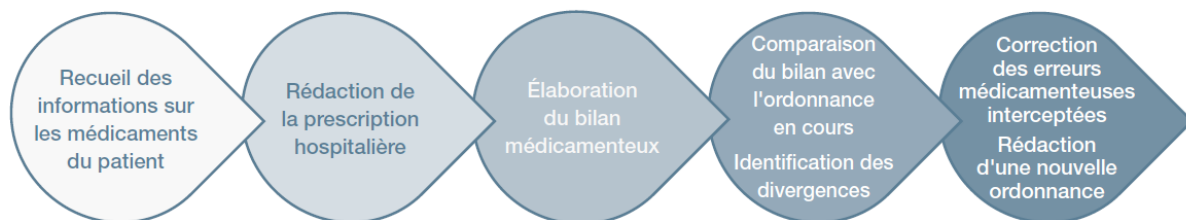


Figure 6 : La conciliation médicamenteuse rétroactive d'après la Haute Autorité de Santé (5).

2.4 Etudes relatives au service des urgences

2.4.1 Projet Med'Rec (4)

Neuf établissements de santé ont été sélectionnés en France pour participer au projet Med'Rec à partir de 2010 et pour une durée de cinq ans après appel à candidatures.

Il a été coordonné par la HAS et s'est appuyé sur l'aide de structures régionales pour accompagner les établissements de santé au déploiement du SOP MedRec et de favoriser le partage d'expérience en vue d'améliorer le protocole standardisé.

Les patients éligibles au SOP MedRec étaient les personnes âgées de plus de 65 ans admis par le service des urgences, puis hospitalisés en court séjour.

Dans la majorité des établissements, la CMA ne débutait non pas dans le service des urgences, mais dans les services de destination en aval. Les choix des services dans lesquels le projet a été déployé sont divers. Pour seulement deux des neuf établissements participants, la CMA avait lieu, dans un second temps, directement au sein des urgences.

A la fin de l'expérimentation, le pourcentage de patients conciliés varie entre 2,6 et 64,9%. Une telle différence s'explique par les ressources affectées non proportionnelle au nombre de patients éligibles à la conciliation d'un établissement à l'autre. Le nombre moyen de médicaments par patient concilié est de 7, dû aux critères d'éligibilité de SOP Med'Rec ciblant les personnes âgées.

Concernant les 8 établissements de santé qui ont dissocié l'EM des DIND, pour 22 863 patients conciliés, 21 320 EM avérées ont été interceptées et corrigées par la conciliation et 23 381 DIND ont été détectées et renseignées dans le dossier patient.

En moyenne, un patient a présenté lors de la CMA dans un établissement de santé une EM et un changement de traitement non documenté. La quasi-totalité des divergences identifiées (EM ou DIND) ont été résolues après la CMA ce qui reflète que la mise en place de la CMA est réalisée efficacement.

2.4.2 Autres études

La majorité des établissements de santé réalisent la CMA en médecine ou en chirurgie, contrairement aux urgences, malgré un flux important de patients et une modalité d'admission identifiée à risque. La prescription médicamenteuse y est aussi importante et concerne plus des trois-quarts des patients (80).

Parmi huit études menées sur la CMA aux urgences (81–88) (Tableau III), le pourcentage de patients ayant au moins une DNI est important, allant de 36% à 78% (81–83,86,87) (Tableau III). Les différents critères d'éligibilité pourraient expliquer la variabilité de ces résultats, certains auteurs incluant tous les patients à l'UHCD en attente d'hospitalisation (81), d'autres ciblant les patients de plus de 65 ans et hospitalisés par la suite (86) ou ceux à risque d'EM *via* un score de priorisation (82). Ce dernier score décrit par Von Korff et al. (82,89) tient compte de l'âge du patient, du nombre de médicaments prescrits et des prescriptions à risque ou

nécessitant un suivi (marge thérapeutique étroite). Les DNI seraient plus fréquentes et la gravité des EM plus importante chez les patients admis aux urgences que dans les autres services (90). Malgré des critères de sélection différents, la majorité des EM interceptées sont des erreurs par omission, le taux variant de 36 à 92%, suivies par les erreurs de posologie (81–88) (Tableau III).

Les classes thérapeutiques les plus impliqués dans les DNI sont les médicaments cardiovasculaires, du système nerveux et des voies digestives et métaboliques, en proportions variables (Tableau III).

La prise en compte de l'avis pharmaceutique varie de 60,9 à 86% selon les études (82,86–88) (Tableau III).

Ces résultats confirment que la CMA aux urgences permet de sécuriser efficacement la PECM du patient hospitalisé, palliant le défaut d'information à l'admission. Le taux de correction des EM, important, souligne la pertinence des interventions issue de CMA et la valeur ajoutée d'un pharmacien au service des urgences.

Tableau III : Etudes relatives à la conciliation médicamenteuse au sein des urgences (81–88), avec CM = conciliation médicamenteuse, IP = Intervention Pharmaceutique, DNI = divergence non intentionnelle, NR = non renseigné, IR = insuffisant rénal, IH = insuffisant hépatique.

	S.Schiettecatte et al (81) 2015	C.Maurer et al (82) 2019	S.Duval et al (83) 2018	A.Monribot et al (84) 2016
Type	Prospective monocentrique			
Objectif	Evaluer la pertinence de la CM depuis son instauration aux urgences.	Evaluer l'activité de CM Optimiser les principes organisationnels de cette activité	Effectuer un premier bilan de la mise en place de la CM à l'admission dans l'UHCD.	Etudier la faisabilité de la CM dans un service d'urgence.
Eligibilité	Tous les patients des urgences en attente d'hospitalisation	Tous les patients de l'UHCD avec priorisation des patients <i>via</i> le calcul du score issu de l'étude de Von Korff et al.	Patients de l'UHCD, critères de sélection déterminés selon la méthode DELPHI (polymédication, mutation interne, patient sans ordonnance, IR/IH)	Patients de l'UHCD de plus de 75 ans
Période	1 an	8 semaines	11 mois	15 jours
Effectifs	828 patients	138 patients	303 patients	32 patients
Age (moyenne)	NR	76 ans	81 ans	84 ans
Nombre total de DNI	969 DNI	NR	316 DNI	38 DNI
Patient avec ≥ 1 DNI	36% (295 patients)	78% (108 patients)	55% (167 patients)	NR
DNI par patient	1,2 DNI/patient	1,8 DNI/patient	1 DNI/patient	1,2 DNI/patient
Type de divergence	Omission (53%) Erreur de dosage (20%) Erreur de posologie (14%) Erreur de médicament (9%) Ajout (4%)	Omission (64%) Posologie infra-thérapeutique (17%) Posologie supra-thérapeutique (7%) Ajout (4%)	Omission (36%) Contre-indication ou non-conformité au référentiel (22%) Surdosage (12%) Rythme ou voie inapproprié (10%)	Omission (92%) Erreur de posologie (5%) Ajout (3%)
Classe médicamenteuse concernée	Système cardiovasculaire (37%) Voies digestives et métaboliques (20%) Système nerveux (20%)	Système cardiovasculaire (37%) Voies digestives et métaboliques (22%) Système nerveux (18%)	Système nerveux (28%) Système cardiovasculaire (27%)	Médicaments les plus impliqués : les antihypertenseurs, les formes collyre, les laxatifs
Acceptation des IP	NR	83%	NR	NR
Devenir du patient	NR	72% Mutation interne 16% Transfert autre établissement 11% Retour à domicile et 1% de décès	66% Mutation interne 28% Retour à domicile 6% Transfert autre établissement	NR

	F.Chabob et al (85) 2017	Thèse A.Ferrier (86) 2019	C.Gerlier et al (87) 2019	Mezghani et al (88) 2016
Type	Prospective monocentrique	Prospective monocentrique	Rétrospective monocentrique	Prospective monocentrique
Objectif	Caractériser l'impact clinique de la gravité potentielle des EM interceptées chez les patients en UHCD.	Estimer la gravité potentielle des EM détectées lors des CM chez les patients âgés admis à l'UHCD. Evaluer le lien entre ces EM et les éventuelles ré-hospitalisations des patients dans l'année.	Identifier les patients à risque de DNI à l'admission. Evaluer le taux de DNI, le taux de correction et l'impact clinique potentiel.	Evaluer l'intérêt de la CM au sein du service des urgences.
Eligibilité	Tous les patients en UHCD qui ont au moins une DNI lors de la conciliation.	Tous les patients en UHCD de plus de 65 ans et hospitalisés par la suite.	Tous les patients admis en UHCD et hospitalisés par la suite.	Tous les patients âgés et polymédiqués admis en UHCD.
Période	NR	12 mois	6 mois	2 mois
Effectifs	122 patients	215 patients	200 patients	46 patients
Age (moyenne)	78,6 ans	82 ans	75 ans (médiane)	85,5 ans
Nombre total de DNI	461 DNI	281 DNI	338 DNI	149 DNI
Patient avec ≥ 1 DNI	100% (Rq : Il n'était inclus dans cette étude que les patients avec au moins 1 DNI)	49,8% (107 patients)	56% (111 patients)	NR
DNI par patient	3,8 DNI / patient	1,3 DNI / patient	1,7 DNI / patient	3,2 DNI / patient
Type de divergence	Omission (83%) Erreur de dosage (12%) Erreur de médicament (5%)	Omission (66,9%) Posologie infra-thérapeutique (11,4%) Posologie supra-thérapeutique (7,8%) Ajout (10,7%)	Omission (75%) Posologie infra-thérapeutique (10%) Posologie supra-thérapeutique (8%) Ajout (4%)	Omission (78%) Erreur de posologie (15%) Erreur de dosage (4%) Erreur de médicament (3%)
Classe médicamenteuse concernée	Système cardiovasculaire (33%) Système nerveux (22%) Système digestif (19%)	Système nerveux (24,9%) Système cardiovasculaire (24,2%) Voies digestives et métaboliques (21,7%)	Système cardiovasculaire (26%) Système nerveux (19%) Voies digestives et métaboliques (17%)	NR
Acceptation des IP	NR	60,9%	72%	86%
Devenir du patient	NR	80,5% Mutation interne 16,7% Retour à domicile 2,3% Transfert 1% Décès	NR	NR

3 Structures d'urgences et risques iatrogènes

Historiquement, il n'existait pas d'activité individualisée de traitement des urgences dans les établissements : les personnes assurant ces fonctions étaient des médecins ou des chirurgiens qui effectuaient à tour de rôle une garde pour l'accueil des soins non programmés dans un service de l'établissement (91).

Les services des urgences n'ont été véritablement définis en France qu'en 1995, lors de la parution du décret n° 95-647 du code de la santé publique qui y fixe leurs missions et leur mode de fonctionnement. Ils ont depuis connu plusieurs évolutions, leurs organisations et leurs unifications actuelles résultant des décrets de 2006.

Les urgences étant composées de plusieurs éléments, différentes appellations pouvaient définir ce service. Elles seront remplacées en 2006 par une dénomination commune, instaurant alors l'appellation unique de structure des urgences (92).

En France, 637 établissements de santé disposent d'une autorisation d'exercice de médecine d'urgence. Cela représente 713 structures d'urgences, un établissement pouvant posséder une structure d'urgences générales et une structure d'urgences pédiatriques (93).

3.1 Les structures d'urgences, une organisation spécifique

3.1.1 Missions

Dans le système de soin français, les services d'urgences représentent la plus grosse interface ville – hôpital. Elles ont pour principale mission « d'accueillir sans sélection vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitale » (94).

Cela consiste en la prise en charge non programmée des patients, quels que soient l'âge, la situation d'urgence et la condition socioéconomique. Les personnes peuvent se présenter d'elles-mêmes, être adressées par les médecins traitants, amenées par transport sanitaire, ou en situation de détresse vitale au sein de l'établissement.

Les « situations urgences » répondent à un groupe hétérogène de demandes, tant au niveau de la nature que de la gravité. Qu'elles soient d'ordre médical, chirurgical ou psychiatrique, elles peuvent nécessiter :

- un besoin de soin immédiat qui engage le pronostic vital et/ou fonctionnel,
- un besoin de soin urgent,
- un besoin de consultation dans un délai relativement rapide, mais non immédiat,
- ou un besoin de conseils ressenti comme urgent (95).

En pratique, l'activité du service consiste à qualifier l'urgence en fonction de la gravité, de la traiter et de l'orienter en aval des urgences, initiant le parcours de soins le plus adapté à la situation (92). Pour cela, les SU travaillent en coordination avec les différents services hospitaliers et en collaboration avec d'autres établissements.

A ces missions qui représentent l'activité quotidienne des urgences, s'ajoute la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles qui peuvent être à l'origine d'un afflux massif de personnes de façon imprévisible (96). Ces circonstances d'étiologies variées, qu'elles soient liées à l'environnement extérieur (épidémies, attentats, catastrophes naturelles...) ou à un incident interne (panne électrique, incendie ...), nécessitent une organisation en amont pour une prise en charge adaptée de ces patients (97).

Comme l'ont montré les dernières crises sanitaires : canicule de 2003, épidémie de grippe, ou plus récemment l'épidémie de coronavirus, la gestion de ces urgences fait partie des missions que les SU doivent pouvoir affronter.

3.1.2 Description du service

Le parcours du patient au sein des urgences se décompose en plusieurs étapes. Il comprend : l'accueil, le tri, le diagnostic, la stabilisation et l'orientation du patient (98). Les SU organisent la sortie du service et transmettent toutes informations utiles à la continuité des soins.

L'organisation du service résulte de son mode de fonctionnement : une SU est répartie en zones fonctionnelles et comporte obligatoirement une zone d'accueil, une zone d'examen et de soins, une salle d'accueil des urgences vitales et une UHCD (96).

Selon l'activité du service et l'importance des flux de patients, cette répartition peut être plus détaillée et sous-divisée en zones secondaires, plutôt qu'organisée en une zone unique, mais cela ne fait l'objet d'aucune obligation

3.1.3 L'unité d'hospitalisation de courte durée (99)

3.1.3.1 Définition

C'est une unité de surveillance et d'hospitalisation non conventionnelle du service des urgences dans le sens où elle est destinée à hospitaliser des patients pour une durée limitée. Elle permet l'observation continue des patients, avec possibilité de monitoring. Il est recommandé que la durée de séjour soit inférieure à 24 heures, l'UHCD étant destinée à renouveler chaque jour la totalité de sa capacité d'accueil. Elle comporte au minimum deux lits et sa capacité doit être adaptée à l'activité de la structure.

3.1.3.2 Mode de fonctionnement

Dans certaines situations, il est possible de décider à l'issue de la consultation aux urgences, le devenir du patient. Mais dans d'autres cas, un délai supplémentaire est nécessaire pour assurer une prise en charge adéquate. L'UHCD permet de pallier ces situations. Trois principaux critères d'admission ont été définis :

- groupe 1 : retour à domicile prévu dans les 24 heures

Il concerne les patients nécessitant une période de surveillance ou de soins prolongés. L'évaluation médicale laisse supposer que l'évolution sera satisfaisante, autorisant une sortie de l'hôpital (exemple : traumatismes crâniens, déshydrations, asthmes modérés améliorés...). Il intègre également les patients présentant des difficultés sociales ou médico-sociales.

- groupe 2 : mise en observation avant orientation

Il s'intéresse aux personnes pour lesquelles les données cliniques et paracliniques ne permettent pas de décider de l'orientation du patient (retour à domicile ou hospitalisation, lieu d'hospitalisation). Il permet une période d'observation prolongée ou la réalisation d'exams supplémentaires pour préciser le diagnostic et de définir le service le plus adapté à la prise en charge du patient.

- groupe 3 : Patients en attente de lit d'hospitalisation conventionnelle disponible

Il concerne les patients nécessitant une hospitalisation conventionnelle, mais admis en UHCD en attente de place, pour des raisons organisationnelles.

Ces unités sécurisent les décisions médicales prises dans les services d'urgence en alternative à des sorties prématurées ou des hospitalisations inadaptées. Elles contribuent à une meilleure gestion des ressources hospitalières en optimisant les durées de séjour, améliorent

l'organisation de la prise en charge diagnostique et l'orientation des patients en aval de l'accueil des urgences.

3.1.4 Activité des urgences

Pour être efficace, une SU doit être adaptée aux besoins médicaux de la population. En France, la demande de soins d'urgence s'est considérablement modifiée depuis 40 ans, évoluant sur plan quantitatif et qualitatif (92).

3.1.4.1 Données épidémiologiques

Quantitativement, tous les services d'urgences connaissent une forte croissance des demandes de consultations depuis de nombreuses années.

En 2017, les SU ont pris en charge 21,4 millions de passages (20,7 millions pour la France Métropolitaine et 0,7 million pour les départements d'Outre-Mer), soit une progression de 2,1% par rapport à l'année 2016. Cette progression prolonge la tendance observée depuis plusieurs années. La Figure 7 montre que le recours aux urgences progresse à un rythme stable depuis vingt ans, en moyenne de 3,5% par an.

Ainsi, l'activité des SU a doublé depuis 1996 : à cette date, le nombre de passage aux urgences s'établissait à 10,1 millions en France métropolitaine (93) (Figure 7).

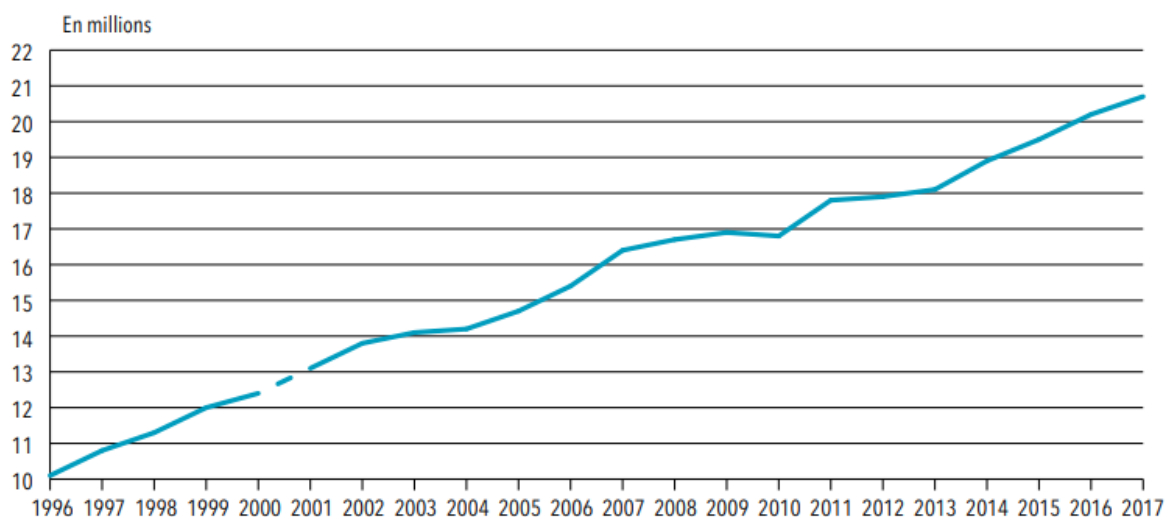


Figure 7 : Evolution du nombre de passage annuel depuis 1996 en France Métropolitaine par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (93).

Les missions assurées par les services d'urgence ont aussi fortement évolué depuis leurs apparitions et tendent à s'éloigner de plus en plus de la seule prise en charge des urgences vitales et de la traumatologie grave, pour laquelle ils avaient été principalement conçus.

La prise en charge des accidentés de la route, qui se trouvait au centre du concept d'organisation des urgences dans les années 1970, est aujourd'hui en nette diminution, bien que le motif de recours pour traumatologie continue de constituer un élément important de la vie du service (accident domestique, suicide, violence ...) (92).

L'impact en termes de santé publique de la traumatologie routière n'a cessé de décroître, principalement grâce à des mesures de prévention qui ont permis la diminution du nombre d'accidentés de la route.

Parallèlement à la décroissance de la traumatologie routière, la demande de soins d'urgence s'accroît et se diversifie. Si les urgences vitales augmentent peu, de nombreuses autres pathologies ont pris une place majeure dans la prise en charge en urgence. Les SU s'orientent progressivement vers la prise en charge de nouvelles demandes et vers la confrontation à des problématiques socio-sanitaires.

De cette manière, les pathologies cardiovasculaires et neurologiques d'une part, et les complications aiguës des cancers et des maladies chroniques, d'autre part ont pris une place de plus en plus importante au sein des urgences.

Plusieurs facteurs expliquent cette modification de demande de santé. Ils sont explicités dans le paragraphe 3.2.2.2.

3.1.4.2 Caractéristiques des patients pris en charge en région Sud

Le résumé de passage aux urgences est un recueil standardisé des données de chaque patient issu des SU. Il est constitué de variables à la fois administratives, sociodémographiques et médicales (motif de recours, diagnostic, classification clinique des malades des urgences (CCMU)...).

Les résumés de passage aux urgences sont utilisés par les Observatoires Régionaux des Urgences pour produire de nombreux rapports, dont les Panoramas régionaux des Urgences. Ils permettent la description des patients, de leur parcours et de leur prise en charge au sein des services d'urgences (Figure 8).

CHIFFRES-CLÉS DE L'ACTIVITÉ DES SERVICES D'URGENCE

TOUS LES SERVICES D'URGENCE DE LA RÉGION DU 01/01/2018 AU 01/01/2019

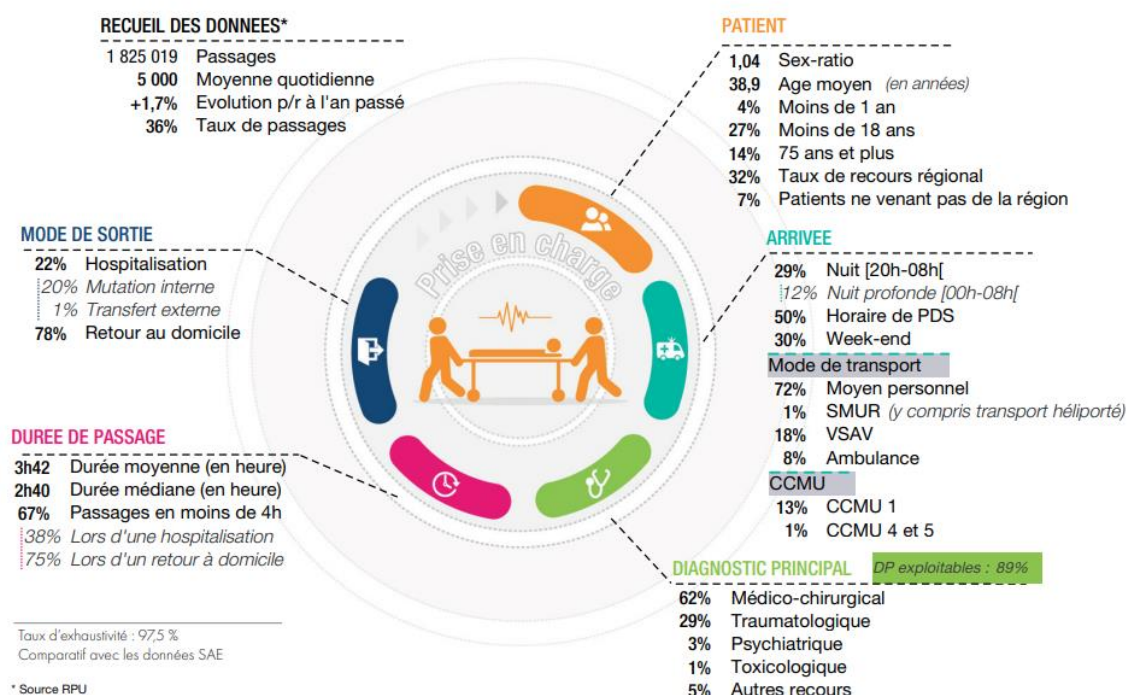


Figure 8 : Activité des Urgences de la Région Sud pour l'année 2018 par l'innovation e-Sante Sud (100).

En 2018, il en ressort pour la région Sud :

- un sex-ratio à 1,04 ;
- un âge moyen de 38,9 ans : 27% des patients ont moins de 18 ans et 14% ont plus de 75 ans ;
- près des ¾ des arrivées se font par les propres moyens des patients ;
- un patient sur 5 est hospitalisé (22%) ;
- une durée médiane de passage à 2h40 et 67% des passages s'effectuent en moins de 4h.

Concernant les caractéristiques médicales des patients pris en charge :

- près des 2/3 des admissions sont réalisées pour un motif médico-chirurgical et près de 1/3 pour un motif traumatologique ;
- les 2/3 des admissions aux urgences concernent des patients jugés stables nécessitant un acte diagnostique ou thérapeutique complémentaire (CCMU 2). Les patients avec pronostic vital engagé (CCMU 4 et 5) représentent 1,4% des passages (Tableau IV).

TOP 10 DES DIAGNOSTICS LES PLUS FRÉQUENTS PAR TYPE

Médico-chirurgicales		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL	Nbre de passages	%
Douleurs abdominales, autres et non précisées	42 026	4,49%
Douleur thoracique, sans précision	25 164	2,69%
Colique néphrétique, sans précision	22 977	2,45%
Malaise	21 964	2,34%
Fièvre, sans précision	21 382	2,28%
Rhinopharyngite (aiguë) [rhume banal]	20 946	2,24%
Gastroentérites et colites d'origine non précisée	20 496	2,19%
Lombalgie basse - Région lombaire	17 288	1,85%
Autres douleurs thoraciques	16 394	1,75%
Pharyngite (aiguë), sans précision	15 699	1,68%

Traumatologie		
DIAGNOSTIC PRINCIPAL	Nbre de passages	%
Entorse et foulure de la cheville	32 981	7,36%
Commotion cérébrale, sans plaie intracrânienne	20 690	4,62%
Plaie ouverte de(s) doigt(s) (sans lésion de l'angle)	15 645	3,49%
Contusion du genou	13 040	2,91%
Fracture fermée de l'extrémité inférieure du radius	10 559	2,36%
Contusion de parties autres et non précisées du pied	10 501	2,34%
Plaie ouverte du cuir chevelu	10 402	2,32%
Plaie ouverte du poignet et de la main, partie non précisée	9 800	2,19%
Contusion du thorax	9 780	2,18%
Contusion de l'épaule et du bras	8 923	1,99%

Tableau IV : Diagnostics les plus fréquents selon les motifs d'admission par l'innovation e-Sante Sud (100).

3.2 Un service source de risque iatrogène

Les SU constituent un lieu de transit et une porte d'entrée fréquente du patient à l'hôpital. L'admission des patients est considérée comme un point de rupture dans le parcours de soin, d'autant plus lorsqu'elle est non programmée. L'iatrogénie, qu'elle soit la cause ou la conséquence de l'hospitalisation est fréquente dans les SU (cf. paragraphe 1.2.2 et 2.4). Plusieurs éléments font de l'hospitalisation *via* les SU un des parcours de soins estimés les plus à risque d'évènements iatrogènes.

3.2.1 Des risques liés à son mode de fonctionnement et aux conditions d'exercice

3.2.1.1 Une prise en charge non programmée des soins

Les caractéristiques inhérentes au service et propres à son mode de fonctionnement compliquent l'évaluation globale des patients. L'hospitalisation en urgence des patients est difficile à optimiser puisque par essence non programmée, la programmation permettant à tout moment de demander au patient d'apporter ses prescriptions ou son dossier médical au moment de son admission. Le personnel est confronté à un réel défaut d'information, la méconnaissance des antécédents et des traitements habituels est fréquente.

Ce recueil d'informations est effectué en routine par le personnel. Le contexte d'une prise en charge en SU complique cette collecte en lien avec la pathologie aiguë (troubles cognitifs,

patient inconscient, confus...) ou le délai restreint pour reconstituer l'ensemble de ces éléments. Le risque d'acquiescer des informations inexactes ou non exhaustives est important.

Généralement, les patients se présentent sans ordonnance ni lettre d'accompagnement. Chez les personnes âgées, après exclusion des patients présentant des troubles de la conscience, une confusion ou une atteinte cognitive, il ne reste plus que 40 % de patients pouvant apporter des informations fiables (101).

Par ailleurs, l'activité du service se caractérise par l'irrégularité de la quantité et de la nature du travail à effectuer. Le service peut être vide de patients pendant des heures puis être subitement débordé. Ces périodes de suractivités sont associées à un risque plus élevé d'erreurs médicales (80,102).

3.2.1.2 Des risques liés aux conditions d'exercice

De nombreux facteurs favorisant la survenue d'évènements indésirables liés aux soins sont analysés dans la littérature : la gestion simultanée de plusieurs patients de gravités diverses, l'incertitude diagnostique, les interruptions nombreuses ou encore le niveau sonore des SU (80).

Les professionnels de santé en effectif insuffisant au regard de l'activité (manque de personnel, burn out, congés), inexpérimentés (intérimaire, stagiaire, turn over important) et le manque de matériels sont également cités : l'exemple de l'insuffisance des boxes disponibles, qui rend nécessaire l'utilisation de brancards ou le renvoi des patients en salle d'attente ne permet pas d'assurer une surveillance optimale des patients (103).

La progression des actes de violence et d'incivilité augmentent la tension sur le personnel. Ces comportements d'agressivité liés à l'impatience des personnes ou à l'inquiétude engendrée par le problème de santé participent à la fatigue physique et psychologique des soignants (103).

Enfin la pression par l'urgence est aussi un facteur reconnu de risque d'erreur. Elle est délivrée pour près d'une moitié (46%) dans un contexte d'urgence (39).

3.2.2 Saturation des urgences

3.2.2.1 Définition des situations de tension aux urgences

De nos jours, à des situations emblématiques des services d'urgence comme l'infarctus du myocarde ou les accidents de la route, se superpose l'encombrement des services avec parfois des temps d'attente pouvant être très longs.

Le concept de « saturation » des SU est apparu il y a une vingtaine d'années et se définit comme une situation où le taux d'occupation des urgences dépasse la capacité de la SU à prodiguer des soins de qualité dans un délai raisonnable (moins de quatre heures) (98) (Figure 9). Elle correspond à une inadéquation entre la demande en amont (flux entrant de patients et besoins d'hospitalisation), le processus de prise en charge au sein des urgences (personnel, plateau technique et organisation des urgences) et la gestion en aval (lits d'hospitalisation disponibles, fluidité du transfert en lit d'aval) (104).

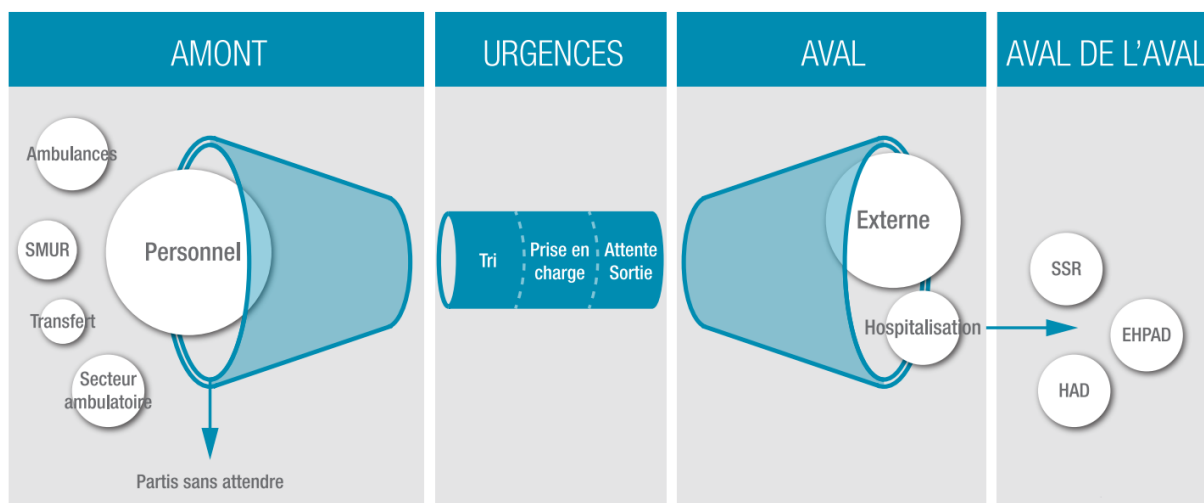


Figure 9 : Mécanisme de saturation des urgences par l'innovation e-Santé Sud (100).

3.2.2.2 Evolution des besoins de santé

Tous les SU connaissent une forte croissance des demandes de consultations. Les causes de l'augmentation de la fréquentation et de la saturation des SU sont multiples. Elles résultent de modifications lentes mais régulières de la société.

3.2.2.2.1 Vieillesse de la population

Cette augmentation d'activité va au-delà des seuls besoins liés à la croissance démographique. Elles s'expliquent du fait d'un vieillissement généralisé de la population et d'un allongement

de l'espérance de vie (103). La polypathologie, les conditions de vie et les affections liées à l'âge entraînent un besoin accru de soins, notamment en urgence.

L'augmentation de la population âgée, représente un défi majeur pour les systèmes de santé. Les enjeux sont aussi bien quantitatifs que qualitatifs. Le recours fréquent aux urgences des personnes âgées, parfois à plusieurs reprises est source d'une charge de travail important qui vient accroître la pression des urgences dans leurs rôles d'évaluation, tri-orientation (105).

3.2.2.2.2 Des hospitalisations à domicile plus fréquentes

L'orientation du système de santé vers une prise en charge ambulatoire des patients et le développement des hospitalisations à domicile amènent de nombreux patients à séjourner en dehors des structures hospitalières. Ceci est permis de nos jours grâce aux progrès médicaux qui autorisent une prise en charge efficace des patients hors établissement de santé (92,103). Mais ces progrès s'accompagnent également d'une demande de soins en urgence de plus en plus fréquente, qu'elle soit liée à l'état de santé du patient nécessitant une prise en charge immédiate, ou du besoin d'un avis médical en dehors des heures ouvrables.

3.2.2.2.3 Une médecine libérale moins disponible

La prise en charge de soins non programmés en journée et la continuité des soins la nuit n'est plus assurée par les professionnels de ville et contribuent à alimenter la venue des patients en SU (103). En cause, une mobilisation déclinante des professionnels de ville dans la permanence des soins et des modes d'exercice des professionnels libéraux qui ne permettent plus de répondre à l'ensemble des demandes de la population : généralisation des consultations sur rendez-vous, raréfaction des visites à domicile, allongement des délais de rendez-vous, réduction du temps d'exercice, progression du temps partiel...

Associé à une démographie médicale en baisse et une inégalité de répartition dans certains territoires ou pour certaines spécialités, ces demandes se reportent sur les urgences hospitalières (98).

Plus de 20% des patients déclarent venir aux urgences en l'absence d'autre solution, l'absence du médecin traitant étant citée par 6% des patients et l'impossibilité de trouver rapidement un rendez-vous pour des examens complémentaires par 5% (92).

3.2.2.2.4 La gestion en aval des urgences

Un des facteurs participant à la saturation des SU est lié à la gestion des patients en aval du service (106). Plusieurs études révèlent que le manque de fluidité des SU est lié au taux d'occupation des lits d'hospitalisation dans l'établissement (98).

En fonction du nombre de lits disponibles, du nombre de patients à hospitaliser et de l'organisation interne des services (lit réservé pour les soins programmés, sortie de patient prévue à heure fixe ...), les délais d'attente avant l'obtention d'un lit peuvent être importants. Dans 20 % des cas, il faut appeler plusieurs services pour trouver une place et dans 13 % des cas en moyenne (et 38 % des cas où plusieurs appels ont été nécessaires), les patients se trouvent hospitalisés dans un service non adapté (103).

Cette difficulté à trouver des lits d'aval entraîne une augmentation des temps de départ du SU et participe à l'engorgement des urgences. Ce problème est particulièrement présent pour les personnes âgées.

3.3 La place de la gériatrie aux urgences

La complexité des problèmes de santé s'accroît avec l'âge. Les sujets âgés sont des personnes fragiles, dans un équilibre précaire sur le plan médical, psychologique et social. Ils sont exposés à un risque accru de complication et de perte d'autonomie lorsqu'ils sont soumis à un événement même minime (infection, iatrogénie médicamenteuse etc.). L'intrication de tous ces éléments dans un contexte physiologique particulier du fait du vieillissement rend compte de la difficulté de la prise en charge de ces patients.

3.3.1 Généralités

Chaque année près d'un tiers des personnes âgées de 75 ans et plus sont hospitalisées au moins une fois, dont 44% en urgence (107). La proportion de patients qui ne sont pas en mesure de répondre, par exemple inconscients est trois fois plus élevée que dans le reste de la population. La traumatologie constitue le premier motif de recours (25 %), suivi des motifs cardiovasculaires (17 %) et des motifs généraux comme la fièvre, l'altération de l'état général et la fatigue (12%). Par rapport aux patients plus jeunes, les problèmes cardiaques, respiratoires ou neurologiques sont plus fréquents alors que les motifs de traumatologie le sont moins (108).

Les patients âgés arrivent pour plus de moitié (65%) par transport sanitaire contre 27% pour le reste de la population. Ils présentent également des motifs de transport plus graves que les autres classes d'âge (CCMU plus élevée) (100).

En dépit de la variété des motifs de recours, les prises en charge des patients âgés aux urgences présentent des caractéristiques communes à mettre en relation avec la difficulté d'évaluation de ces patients.

L'âge est associé à une augmentation de la durée du séjour dans ce service : le temps de passage médian est 4 heures et 30 minutes contre 2 heures et 20 minutes pour les plus jeunes. Il se

prolonge au-delà de huit heures pour 23 % des patients âgés contre 10 % pour les 15-74 ans (109) (Figure 10).

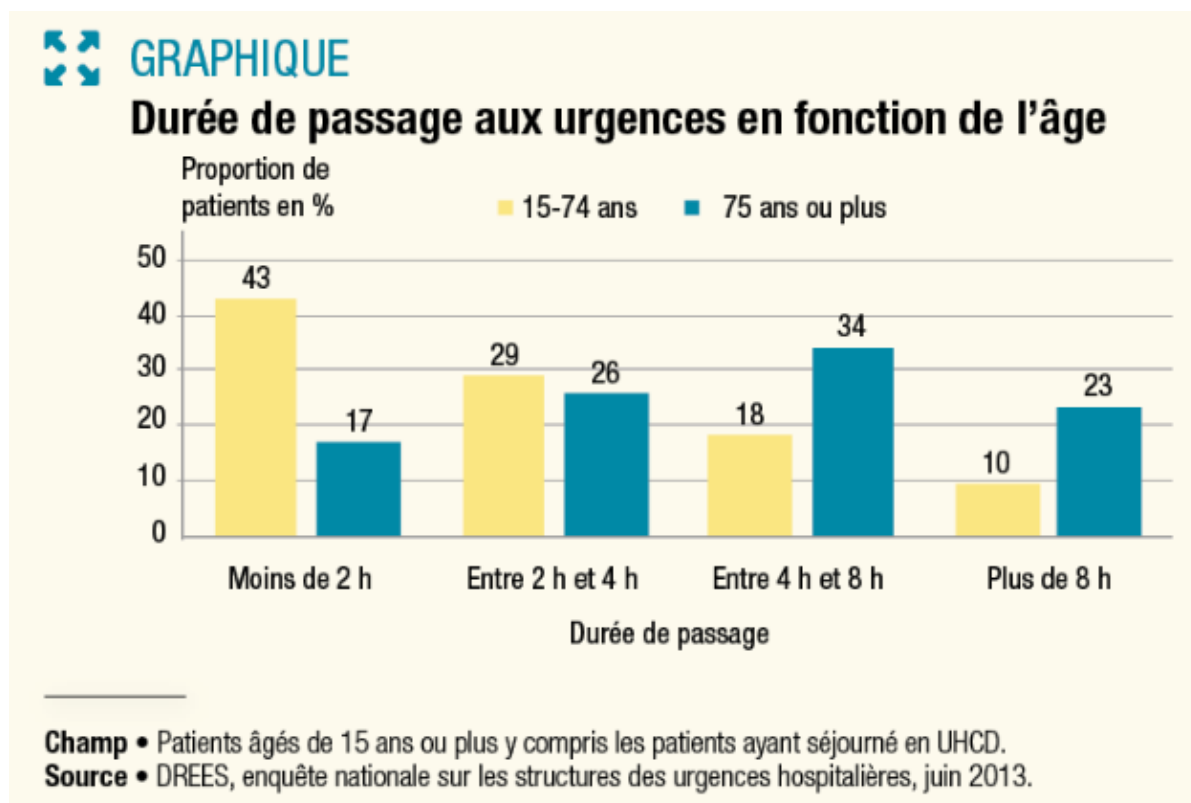


Figure 10 : Durée de passage aux urgences en fonction de l'âge, d'après la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (109).

Ce passage allongé est à relier aux modalités de sortie à l'issue du passage aux urgences : quel que soit l'âge, les durées de passage les plus longues sont celles suivies d'une hospitalisation dans un autre service.

Or, dans cette tranche d'âge, plus de la moitié des patients (56%) sont hospitalisés en aval des urgences contre 17% pour le reste de la population. La probabilité d'hospitalisation des patients de plus de 75 ans à la sortie des urgences est ainsi 2,6 fois plus élevée que celle des 15-74 ans (109).

Leur prise en charge dure aussi plus longtemps, notamment en raison d'un nombre plus élevé d'examens complémentaires, avec en moyenne un tiers en plus pour un pourcentage de diagnostics identiques (108), et des séjours plus fréquents en UHCD, avec un séjour sur cinq pour un patient âgé contre un sur treize chez les adultes jeunes (109). En effet d'une part, la prévalence des signes généraux et la présence de multiples pathologies intriquées compliquent le diagnostic et cela nécessite souvent un recours accru aux examens biologiques et radiologiques.

D'autre part, les passages en UHCD sont les plus longs, avec ou sans hospitalisation à l'issue. Enfin, la possibilité de recourir à un avis spécialisé, notamment gériatrique va de pair avec des durées de passage plus longues. Cet avis permet, à 90 jours, de diminuer le taux d'institutionnalisation, d'augmenter le nombre de retours à domicile et d'améliorer l'autonomie des patients (109).

3.3.2 Particularité de prise en charge liée à l'âge

Parmi les personnes accueillies aux urgences, les patients âgés constituent une patientèle particulière du service à plusieurs titres

3.3.2.1 Spécificités sémiologiques en gériatrie

Si la plupart de personnes âgées expriment des symptômes de même nature que ceux rencontrés chez l'adulte jeune, environ 25% ont une présentation clinique atypique : les signes cliniques classiquement observés peuvent faire défaut ou en être modifiés (110).

La prévalence des signes d'appel généraux ou peu spécifiques comme l'altération de l'état général, les troubles cognitifs ou encore les chutes est alors fréquente. Toute pathologie aiguë peut se manifester par un déclin fonctionnel et/ou cognitif. Ainsi, 74 % des patients âgés présentent un déclin fonctionnel comme symptôme initial déterminant leur consultation aux urgences (101).

Par exemple, au cours des états de déshydratation, la sensation de soif est un signe tardif voire absent, et la spécificité du pli cutané est faible. La sécheresse des muqueuses peut entraîner des troubles de l'élocution ou un syndrome confusionnel.

Ces atypies dans la présentation clinique participent à la difficulté d'évaluation de ces patients, source d'errance diagnostique. Ces difficultés sont favorisées par la présence de comorbidités multiples et un manque global d'informations (anamnèse, situation sociale...), la principale source d'information se limitant souvent aux données collectées au domicile du patient par les services d'urgence préhospitaliers.

3.3.2.2 Un contexte social et environnemental particulier

Si l'admission en SU survient la plupart du temps à la suite d'évènements médicaux (situation aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique), elle peut être précipitée par un contexte particulier et d'une difficulté de maintien à domicile, à défaut d'autres solutions immédiates (isolement social, perte de mobilité, troubles cognitifs, autonomie ...) (108). L'entourage et les

médecins recourent volontiers au SU lorsque cet équilibre entre les éléments somatiques, psychologiques et sociaux est rompu. Au total, 20 % des patients âgés sont adressés aux urgences par un médecin libéral (108). Si les patients ayant recours aux urgences le sont rarement pour un problème exclusivement social, les conséquences sociales consécutives à cet événement sont généralement importantes.

L'un des objectifs essentiels de la prise en charge du patient âgé, au-delà de répondre au motif de consultation, est donc le maintien de l'autonomie pour éviter toute dépendance (ou majoration) et de préserver la qualité de vie. C'est un paramètre majeur de la prise en charge en gériatrie. Or la décision d'hospitaliser un patient âgé dans un service en aval peut s'avérer délétère et entraîner un risque de perte d'autonomie. Chez ces patients, la perte d'autonomie et le basculement dans la dépendance sont difficilement réversibles. Dans les 3 mois qui suivent un passage aux urgences, la perte d'autonomie fonctionnelle peut concerner 10 à 45 % des personnes âgées (111).

De même, la sortie du patient sera dépendante des critères médicaux mais aussi du contexte global de la personne (autonomie, isolement social, familial...), en particulier si elle vit seule à domicile.

Le défi permanent consiste donc, dans la contrainte de temps habituelle des SU, à effectuer une démarche médicale classique, diagnostique et thérapeutique, en même temps qu'une analyse de la situation environnementale.

Deuxième partie - Mise en place de la conciliation médicamenteuse aux urgences

Inauguré en novembre 2017, le service des urgences de l'HIA Laveran est composé de six box de consultation et de dix lits en UHCD. Il assure le soutien médical des forces armées (Terre, Air, Marine), de la gendarmerie et participe à l'offre de soins du service public en accueillant les personnes civiles. En 2018, il a pris en charge près de 25 000 patients, soit une augmentation de 7,3% par comparaison avec l'année précédente. Les personnes âgées représentent 20,3% de l'activité du service (100). L'hélistation en toiture permet l'accueil des blessés les plus graves par transport aérien.

La pharmacie est fortement impliquée dans la sécurisation, la pertinence et l'efficacité du recours aux produits de santé. Pour ce faire, plusieurs activités de pharmacie clinique sont actuellement déployées au sein de l'HIA : l'analyse pharmaceutique des ordonnances est effectuée en routine, des entretiens pharmaceutiques sont réalisés auprès des patients prenant des anticoagulants oraux et des opioïdes en post-chirurgie et la conciliation médicamenteuse à l'admission et/ou de sortie est implantée dans plusieurs services. Un pharmacien est également intégré à l'équipe mobile de gériatrie.

La CMA a été initiée en août 2016 dans les services de chirurgie viscérale et orthopédique. Riche de deux années d'expérience, elle a été étendue en 2018 au service des urgences, et plus précisément au sein de l'UHCD.

1 Objectifs

Notre travail consiste à mettre en place la CMA en UHCD pour améliorer et sécuriser la PECM des patients hospitalisés *via* les urgences.

L'objectif principal est d'évaluer la pertinence de la CMA au sein de l'UHCD.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer la qualité de la CMA et de caractériser la population éligible, l'activité et les divergences identifiées.

2 Patients et méthode

2.1 Schéma et cadre de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, monocentrique et descriptive, qui s'est déroulée sur une période de 5 mois (du 12 juin au 02 novembre 2018).

2.2 Choix du service

Conformément aux recommandations du CAQES et au manuel de certification V2020 des établissements de santé (31,32), les patients à concilier au niveau de l'HIA sont sélectionnés selon différents critères.

Dans le cadre de ce projet, deux critères ont été retenus : patients âgés de 65 ans et plus, car personnes identifiées à risque, et admis *via* les urgences, car organisation identifiée à risque. Au niveau des urgences, les patients séjournant en UHCD ont été ciblés, car la proportion de patients hospitalisés par la suite dans l'établissement y est plus importante et la durée moyenne de séjour plus élevée permettait de terminer la CMA avant la sortie du service.

De plus, le chef du service des urgences s'est montré enthousiaste lors de la présentation du projet et a souhaité impliquer son service dans la démarche de CMA. Son adhésion était un élément essentiel au bon déploiement de l'activité. Ce projet a été présenté oralement à l'équipe médicale et paramédicale du service pour expliquer le concept de la CMA, ses objectifs et les modalités pratiques de mise en œuvre.

2.3 Sélection de la population

2.3.1 Prérequis

Un état des lieux des personnes se présentant aux urgences a permis d'apprécier le nombre de patients conciliables dans le service. Les caractéristiques de la population accueillie ont été fournies par le département d'information médicale du 1^{er} juin 2017 au 1^{er} juin 2018 (Tableau V).

Tableau V : Etat des lieux des personnes se présentant aux urgences, avec UHCD = unité d'hospitalisation de courte durée.

	Patient de plus de 65 ans	Totalité des patients	Part des patients de plus de 65 ans
Séjour accueil urgence puis hospitalisé en service (hors UHCD)	1199	1950	61,5%
Séjour en UHCD puis hospitalisé en service	1296	1832	70,7%
Séjour UHCD uniquement	948	1952	48,6%
Total	3443	5734	60%

2.3.2 Critères d'éligibilité

Devant le nombre de personnes accueillies chaque jour en UHCD, les critères de sélection des patients ont été affinés, en identifiant les points critiques lors de la PECM et les situations pour lesquelles il y a des difficultés à établir un BM.

Critères d'inclusion :

- patient identifié par le médecin des urgences,
- et/ou âge ≥ 65 ans.

Critères d'exclusion :

- patient institutionnalisé, en raison de la présence du dossier de liaison d'urgence de l'institution avec les traitements en cours,
- patient non hospitalisé par la suite ou transféré dans un autre hôpital.

Les patients ont ensuite été priorisés selon :

- l'avis du médecin des urgences,
- la présence d'une discordance entre les antécédents renseignés et les médicaments prescrits,
- l'absence d'ordonnance récente disponible dans le dossier patient,

- et le caractère non communicant du patient (troubles cognitifs, désorienté, barrière de la langue, etc.).

2.4 Organisation pratique

Tous les matins, l'interne en pharmacie présélectionne les patients éligibles à la CMA parmi les personnes hospitalisées à l'UHCD. La trame de sélection des patients (annexe 1) est remplie à l'aide des informations recueillies dans le dossier patient informatisé (DPI) des logiciels Terminal Urgence® et Amadeus® (compte-rendu d'une précédente hospitalisation, consultation pré anesthésie, conciliation d'un séjour précédent...), puis complétée en UHCD avec le dossier patient papier du service (renseignement des services préhospitaliers, fiche de liaison, ordonnance amenée par le patient...).

Une fois ces informations collectées, un échange avec le médecin permet de discuter des patients à concilier parmi les personnes présélectionnées. Cet échange a lieu en fin de matinée pour laisser le temps au médecin de prendre connaissance des patients présents dans l'unité et de leur probabilité d'hospitalisation dans un service clinique.

Puis la CMA débute selon les étapes définies dans le paragraphe 2.2. Le recueil d'informations est effectué selon un schéma standardisé. Un entretien avec le patient ou son entourage permet de vérifier et de compléter les informations précédemment collectées (cf. trame d'entretien, annexe 2). Les coordonnées des professionnels de santé sont récupérées ou vérifiées (médecin généraliste, spécialiste, pharmacien ...). L'appel à l'officine et/ou à l'infirmier diplômé d'état (IDE) est systématique, notamment pour récupérer les ordonnances en cours, l'historique des dispensations et/ou les médicaments administrés. Le dossier pharmaceutique (DP) est consulté si la carte vitale est disponible. Le médecin traitant et les éventuels spécialistes ne sont contactés qu'en cas de difficultés à reconstituer l'historique médicamenteux. Un minimum de trois sources concordantes sont nécessaires pour établir le BM (5).

Les informations des différentes sources sont conciliées dans un document unique (annexe 3) pour faciliter l'élaboration du BM, que la conciliation soit proactive ou rétroactive. Dans le premier cas, les médicaments issus du BM sont préprescrits dans le logiciel Amadeus®, en tenant compte du livret thérapeutique de l'établissement, sous la forme d'un protocole à signer par le médecin intitulé "Bilan médicamenteux issu de la conciliation pharma". Dans le second cas, les divergences de l'ordonnance en cours avec le BM sont discutées et caractérisées

d'intentionnelles ou de non intentionnelles lors de l'entretien avec le médecin hospitalier responsable du patient.

L'ensemble des informations de la CMA sont alors résumées dans un compte rendu « Conciliation médicamenteuse » (annexe 4) et intégrées dans le DPI. Le BM est analysé pharmaceutiquement et les éventuelles interventions pharmaceutiques sont notées dans le compte rendu. Les documents sources utilisés lors de conciliation sont numérisés et archivés dans le DPI. Lorsque la conciliation est terminée, les médecins sont informés par téléphone que le compte rendu est disponible dans le DPI. Ce dernier aide pour la signature des médicaments intégrés à la prescription ou pour la correction des éventuelles divergences rencontrées.

2.5 Outils utilisés et recueil de données

2.5.1 Supports utilisés

La CMA en UHCD a bénéficié du système documentaire déjà existant. Des supports propres à chaque étape sont utilisés. Le mode de recrutement des patients, étant différent de celui qui existe en chirurgie, une trame de sélection a été créée (annexe 1). Un lecteur de carte bifente Carte Professionnelle de Santé/Carte Vitale a été installé aux urgences pour pouvoir consulter le DP et un onglet « Avis conciliation médicamenteuse » a été intégré dans le logiciel Terminal Urgence®.

La trame de sélection (annexe 1) facilite le recrutement des patients selon les critères d'éligibilité. Elle comporte notamment l'âge, les antécédents et les médicaments retrouvés dans le DPI, la provenance (institution ou non), la présence d'une ordonnance, la précédente hospitalisation du patient à l'HIA Laveran, le caractère communiquant, et la demande éventuelle d'un avis spécialisé. Cette dernière a pour but de discuter l'objectif de cet avis, sachant que les personnes hospitalisées en aval des urgences sont examinées préalablement par un médecin du service destinataire. L'urgentiste peut également demander directement une CMA dans le logiciel Terminal Urgence® *via* un onglet dédié.

La trame d'entretien patient (annexe 2) comporte les questions-type à poser au patient et les informations à récupérer lors de l'entretien. Elle est répartie en 5 thématiques et recense les informations sur le profil du patient et son entourage médical, les informations médicamenteuses (médicaments sur ordonnance, automédication, formes galéniques particulières) et le niveau d'observance selon le questionnaire de Girerd *et al* (112). En cas de

difficulté à la déglutition et si la forme galénique est modifiée avant administration (comprimé broyé, gélule ouverte), l'absence d'impact sur la pharmacocinétique du médicament est vérifiée grâce la base de données des médicaments en gériatrie produite par la SFPC (113).

Un outil pour la réalisation du BM (annexe 3) recense les sources utilisées et les informations médicamenteuses retrouvées. Présenté sous la forme d'un tableau, il facilite la comparaison des données ligne par ligne lors de l'élaboration du BM. Dans le cas d'une conciliation rétroactive, il permet également de comparer le BM avec l'ordonnance à l'admission, de préciser le statut de chaque ligne et de caractériser les divergences.

Un compte rendu de conciliation (annexe 4) récapitule l'ensemble des informations recueillies : coordonnées des professionnels de santé, informations générales (allergie médicamenteuse, difficulté à avaler, automédication), BM et sources documentaires utilisées, niveau d'observance, et selon type de conciliation, caractérisation des éventuelles divergences (rétroactif) ou signalement de la préprescription du BM dans le logiciel de prescription et des substitutions au livret réalisées (proactif). Le compte rendu est partagé et archivé dans le DPI.

Une fiche d'information (annexe 5), expliquant la démarche de conciliation et assurant la confidentialité des données transmises, est faxée aux officines sur demande.

2.5.2 Informations recueillies

Pour chaque patient, plusieurs données ont été relevées :

- Caractéristiques de la population : âge, sexe, allergie médicamenteuse, difficulté à avaler, automédication et observance
- Caractéristiques du passage en UHCD : motif d'admission à l'aide de la classification de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), durée de séjour au moment de la conciliation et orientation du patient
- Données relatives à la conciliation :
 - Sélection des patients
 - Temps (représente le temps de consultation du DPI sur Amadeus® et Terminal Urgence®, le temps de déplacements jusqu'au service, la consultation du dossier papier et l'échange avec le médecin)
 - Critères de sélection
 - Recueil d'informations
 - Sources
 - Nombre de sources par patient et nature

- Temps (correspond à la recherche et au temps de consultation des différentes sources, c'est-à-dire de la préparation à la réalisation de l'entretien et de toutes autres sources nécessaires (consultation du DP, des ordonnances, recherche des officines et contact avec les pharmaciens...))
- Elaboration du BM et rédaction du compte rendu
 - Nombre de patients conciliés (répartition pro ou rétroactive)
 - Temps (comprend l'élaboration du BM, la rédaction du compte rendu de conciliation, l'archivage des documents utilisés et l'échange avec le praticien sur les divergences pour la méthode rétroactive ou la recherche des substitutions et la préparation de la prescription pour la méthode proactive)
 - Nombre de lignes du BM
 - Nombre et type des interventions pharmaceutiques issues de l'analyse pharmaceutique du BM
 - Critères spécifiques à la conciliation proactive : nombre de substitutions effectuées et nombre de lignes validées par le prescripteur
 - Critères spécifiques à la conciliation rétroactive : nombre, type (ajout, arrêt/omission, modification de dose, de fréquence d'administration...) et classe ATC des divergences, nombre de prescriptions avec au moins une DNI.

2.5.3 Critères de jugement

L'objectif principal a été apprécié par le nombre moyen de DNI identifiées lors de la CMA, le nombre de prescriptions avec au moins une DNI et l'adhésion des urgentistes. Cette dernière a été déterminée par le pourcentage de validation des lignes préprescrites du BM (proactif) et le pourcentage de correction des DNI (rétroactif).

Concernant les objectifs secondaires, la qualité de la CMA a été évaluée par le nombre de CMA effectuées dans les 24 heures suivant l'admission et le nombre de sources d'informations utilisées. La population éligible a été caractérisée selon son motif d'admission et d'inclusion, sa durée de séjour en UHCD, son orientation post-UHCD, le nombre moyen de médicaments dans le BM, ses éventuelles allergies et troubles de la déglutition, son observance et le recours à l'automédication. L'activité de CMA a été caractérisée par le nombre de patients conciliés, la

répartition des CMA proactive et rétroactive, la nature des sources utilisées et le temps nécessaire à la démarche. Les divergences ont été caractérisées selon leur type et la classe ATC.

2.5.4 Analyse statistique et aspects éthiques

Au cours de cette étude observationnelle hors loi Jardé, les données ont été saisies dans un tableau de recueil et traitées sur le logiciel Excel®. Conformément au règlement général sur la protection des données, l'identité de chaque patient a été anonymisée. Dans la mesure du possible, le consentement des patients a été recueilli avant la consultation de leur officine, de leurs proches, de leur IDE et/ou de leurs médecins.

3 Résultats

3.1 Population étudiée

Du 12 juin au 2 novembre 2018, 113 patients ont été conciliés au sein de l'UHCD, soit 22% (n = 513) des patients de plus de 65 ans accueillis puis hospitalisés pendant cette période. Cette population comporte 51 hommes et 62 femmes, soit un sex-ratio de 0,82. La moyenne d'âge tout sexe confondu est de 81 ± 9 ans, allant de 65 à 100 ans.

Un peu moins de la moitié des patients est autonome (n = 51, 45%). Dans 55% des cas (n = 62), les médicaments sont gérés par une tierce personne, soit par l'IDE à domicile (n = 40, 35%), soit par la famille (n = 22, 20%).

Près de 14% (n = 16) des personnes reconnaissent avoir recours à l'automédication. Les médicaments antalgiques concernent dix personnes (paracétamol, aspirine, anti-inflammatoire non stéroïdien), ceux du système digestif huit personnes (inhibiteurs de la pompe à proton, alginate de sodium/bicarbonate de sodium, lopéramide, diosmectite, etc) et une personne prend un médicament veinotonique. Trois patients prennent à la fois un médicament antalgique et un médicament du système digestif.

Environ 12% (n = 13) des patients présentent une difficulté à la déglutition. La plupart des patients précisent spontanément que c'est dû à la taille des médicaments, « trop volumineux ». Pour une seule personne les comprimés sont broyés et les gélules ouvertes par l'IDE, conformément aux recommandations de la SFPC.

Plus de 16% (n = 18) des patients ont une allergie médicamenteuse, les produits de contraste iodé (n = 5), les bêtalactamines (n = 5) et les sulfamides antibactériens (n = 3) étant les plus impliqués.

Concernant l'observance des patients, le questionnaire de Girerd a été considéré comme non applicable lorsque les médicaments étaient administrés par une tierce personne (n = 62, 55%) ou que le patient ne prenait aucun médicament (n = 1, <1%). Au final pour les 50 patients questionnés, 54% sont non observants mineurs (n = 27), 38% bons observants (n = 19) et seuls 8% des patients sont non observants (n = 4).

3.2 Caractéristiques des patients hospitalisés en UHCD

Au début de la démarche de CMA, le patient était hospitalisé en UHCD depuis en moyenne 11 ± 7 heures. La durée moyenne de séjour en UHCD sur cette période est de 0,6 jour. Les patients sont principalement admis pour traumatismes ($n = 18, 16\%$), des troubles gastro-intestinaux et hépatiques ($n = 18, 16\%$) et des troubles cardiaques ($n = 15, 13\%$) (Tableau VI).

Tableau VI : Répartition des patients selon les motifs d'admission (n = 113).

Motif d'admission	n (%)
Traumatologie	18 (16)
Troubles gastro-intestinaux et hépatiques	18 (16)
Troubles cardiaques	15 (13)
Troubles respiratoires	14 (12)
Chute	13 (11)
Altération de l'état général	10 (9)
Troubles neurologiques	8 (7)
Infection	6 (5)
Troubles hématologiques	3 (3)
Troubles rénaux et déséquilibre électrolytique	3 (3)
Troubles génito-urinaires	2 (2)
Intoxication	2 (2)
Troubles ophtalmologiques	1 (1)

A l'issue du passage aux urgences, 73% ($n = 82$) des patients ont été hospitalisés dans un service de l'HIA Laveran, 15% ($n = 17$) sont retournés à domicile et 12% ($n = 14$) ont été transférés dans un autre établissement. Les principaux services concernés sont les services de cardiologie ($n = 20, 18\%$) et de médecine interne ($n = 20, 18\%$) (Figure 11).

Pour 19% ($n = 6$) des patients non hospitalisés ($n = 31$), la CMA a été demandée par le médecin urgentiste, tout en sachant que son patient ne serait pas hospitalisé.

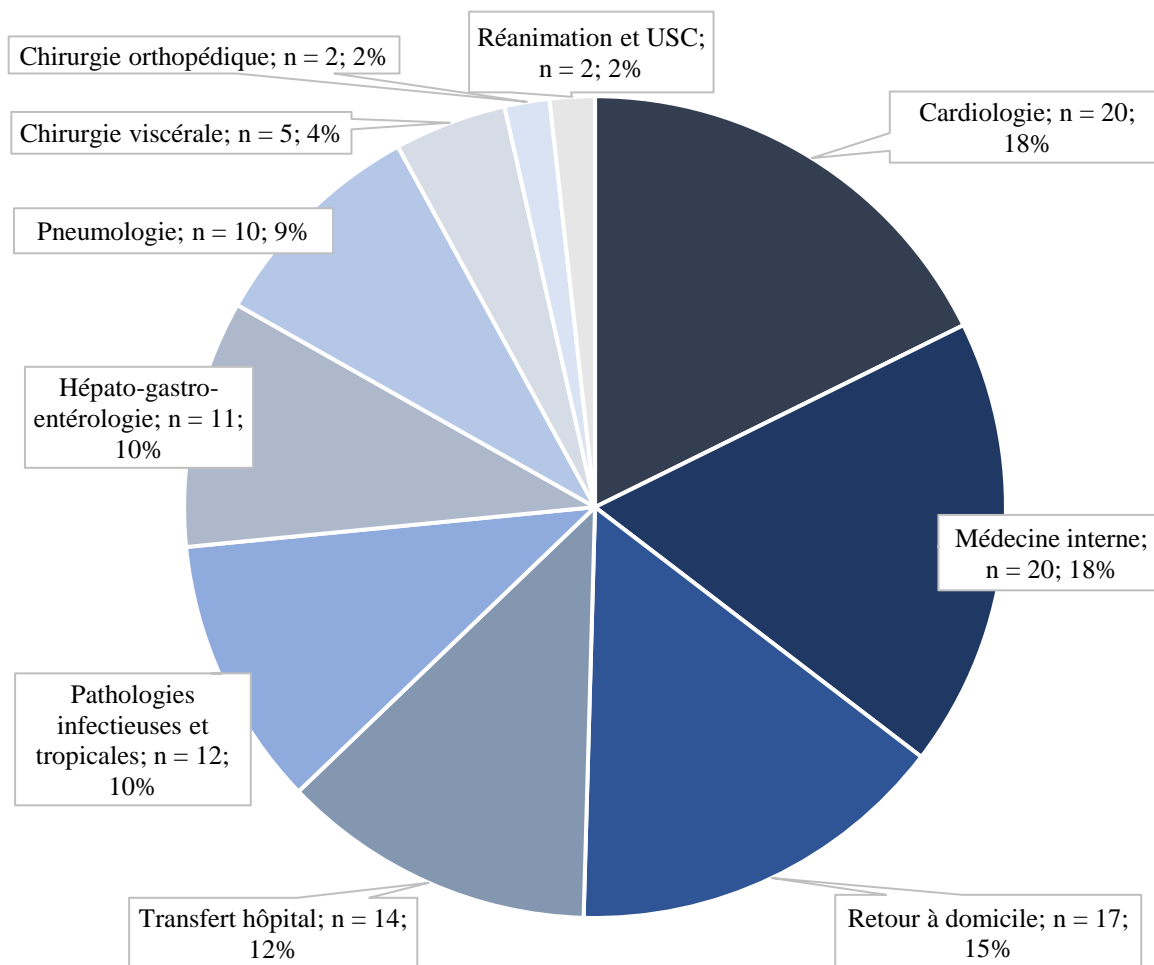


Figure 11 : Orientation des patients en aval des urgences (n = 113), avec USC : unité de soins continus.

3.3 Processus de la conciliation médicamenteuse à l'admission

Au total, 88% (n = 99) patients ont été priorisés par l'âge et 12% (n = 14) ont été demandés par le médecin, *via* le logiciel métier ou après discussion.

Pour 60% (n = 68) des patients, aucune information sur les traitements n'était disponible dans le dossier des urgences : absence d'ordonnance de médicaments, de compte rendu antérieur, de feuille de liaison de l'IDE ou courrier du médecin (n = 63) et ordonnance ou compte rendu obsolète (n = 5). Pour 34% (n = 38) des patients, au moins une ordonnance, exhaustive ou non, ou un médicament était disponible. Six pourcents (n = 7) des patients avaient un document supplémentaire, provenant du médecin généraliste (n = 4), de l'IDE libérale (n = 2) ou d'une hospitalisation antérieure (n = 1).

La conciliation a été effectuée dans les 24 heures suivant l'admission pour 96% (n = 109) des patients et pour 4% (n = 4), dans les 48 heures suivant l'admission. Elle est réalisée de manière proactive pour 67% (n = 76) des patients et de manière rétroactive pour 33% (n = 37) des patients.

Le BM compte en moyenne 8 ± 4 médicaments par patient, allant de 0 à 18 médicaments. Quarante-vingt-un pourcents (n = 91) des patients sont polymédiqués, comptant plus de cinq médicaments, et 26% (n = 29) hyperpolymédiqués, avec plus de dix médicaments.

En moyenne, 3 ± 1 sources par patient sont nécessaires pour l'élaboration du BM (Figure 12).

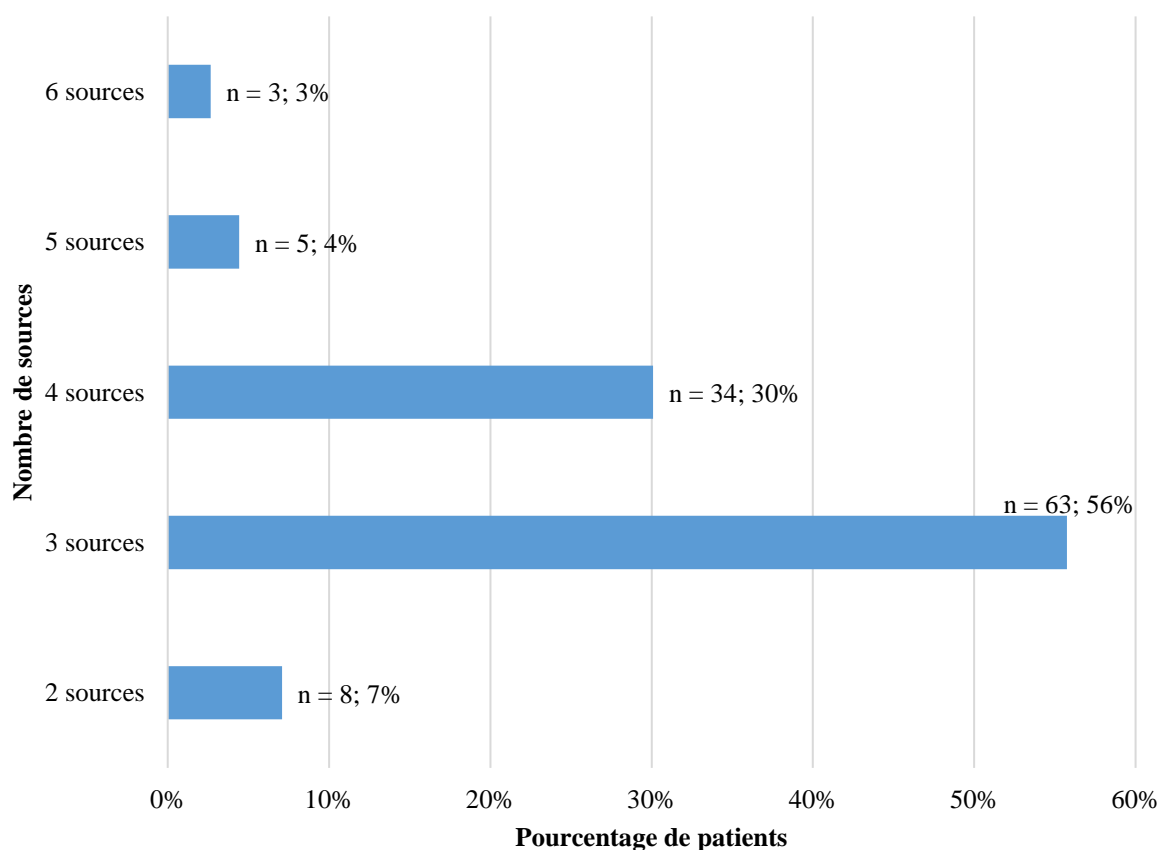


Figure 12 : Répartition des patients selon le nombre de sources utilisées (n = 113).

Pour 93% (n = 105) des personnes conciliées, au moins trois sources différentes ont été consultées. Un maximum de six sources a été nécessaire pour trois patients présentant des discordances dans les informations recueillies. Seules deux sources ont été utilisées pour huit patients (7%) (Tableau VII).

Tableau VII : Raisons justifiant l'utilisation de deux sources d'informations pour le bilan médicamenteux (n = 8), avec CMA : conciliation médicamenteuse à l'admission.

Patient	Raison justifiant l'utilisation de deux sources
1	Résidence et approvisionnement dans une pharmacie étrangère
2	Hospitalisation et CMA récente Pas de consultation médicale depuis sa sortie
3	Aucun médicament pris à domicile, après confirmation par le DP
4	Sources complémentaires indisponibles : médecin non joignable et refus de l'officine de fournir l'historique médicamenteux
5	Troubles mentaux d'apparition brutale Accès uniquement à l'officine du patient
6	Arrêt thérapeutique suite au décès de la personne qui s'occupait d'elle
7	Incurie, pas de consultation médicale depuis un an
8	Méfiance envers les médicaments

L'entretien avec le patient, la famille ou l'IDE libéral est la source la plus fréquemment contributive à l'élaboration du BM (n = 108, 96%), suivi de l'ordonnance du patient (n = 105, 93%), et de l'officine de ville (n = 87, 77%) (Figure 13).

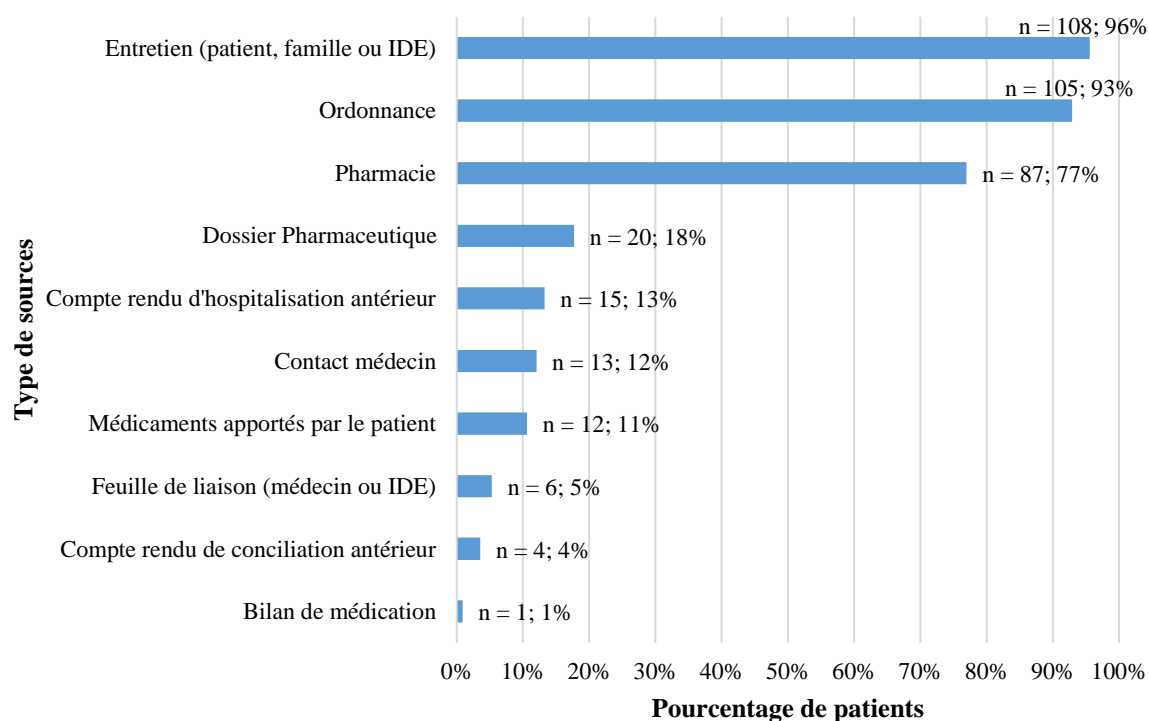


Figure 13 : Sources ayant contribué à l'élaboration du bilan médicamenteux (n = 113), avec IDE = infirmier diplômé d'Etat. Chaque patient a nécessité au minimum 2 sources différentes.

Une ou plusieurs ordonnance(s) ont été récupérées pour 93% des patients (n = 105), notamment grâce à la coopération des officines. Dans ce cas, les médicaments étaient souvent répartis sur plusieurs ordonnances (n = 48, 46%) établies par le médecin traitant et/ou les spécialistes. En plus d'une ordonnance simple, quatre patients disposaient ainsi d'une ordonnance sécurisée et un patient d'une ordonnance d'exception. Pour deux patients, l'ordonnance apportée était celle du généraliste. Or le spécialiste avait modifié le traitement entre temps et l'ordonnance disponible n'était donc plus à jour, exposant à un risque d'erreur. Pour six patients, des médicaments n'étaient pas prescrits sur l'ordonnance la plus récente, car ils en avaient suffisamment à leur domicile. Pour deux patients, un médicament avait été oublié lors du renouvellement. Enfin, pour une personne, un des médicaments de l'ordonnance était destiné au conjoint.

La majorité des patients ont une pharmacie référente, c'est-à-dire que la personne est connue de l'équipe pharmaceutique et que l'officine dispose d'un historique médicamenteux complet. A l'exception d'une pharmacie ayant refusé de transmettre les informations médicamenteuses de son patient, par souci de confidentialité et malgré le fax attestant de notre identité, le pharmacien a toujours contribué à l'élaboration du BM, en nous faxant les ordonnances les plus récentes. Deux pharmacies ont demandé de faxer la fiche d'information justifiant la démarche de conciliation.

Évaluée à partir de 70 CMA, la durée moyenne de la démarche est de 1h07 ± 13 minutes. Elle varie de 1h04 ± 12 minutes en rétroactif (n = 24) à 1h09 ± 13 minutes en proactif (n = 46).

Dans les deux cas, elle se décompose en trois étapes : la sélection des patients (6 ± 5 minutes), le recueil d'informations (39 ± 8 minutes) et la synthèse et le partage des informations (23 ± 7 minutes).

La conciliation la plus courte a duré 32 minutes. Elle concerne un patient de 79 ans, sans traitement à domicile, malgré des antécédents médicaux. Deux sources ont été consultées pour le BM, dont le DP.

La conciliation la plus longue a duré 1h45. Elle concerne une patiente de 90 ans, qui prenait 12 médicaments. Cinq sources ont été requises pour établir le BM, dont le cardiologue pour résoudre une divergence, à savoir la prescription d'un demi-comprimé par jour de digoxine 0,125mg, non sécable, au lieu d'un comprimé un jour sur deux.

3.3.1 Conciliation médicamenteuse à l'admission proactive

Pour les 76 patients conciliés en proactif, les BM comptent un total de 662 lignes de médicaments, soit 9 ± 4 médicaments par patient. Parmi elles, 107 substitutions de médicaments non disponibles au livret ont été effectuées.

En se concentrant sur les patients hospitalisés à la suite de la conciliation ($n = 46$), les BM comptent un total de 390 lignes de médicaments, soit 8 ± 4 médicaments par patient. Après préprescription des médicaments, 3% des lignes ($n = 11$) ne sont pas signées par un médecin et ne concernent que 7 patients, tandis que 85% des BM ($n = 39$) sont signés dans leur totalité, représentant 97% des lignes. La non-signature du BM est liée à la réévaluation et à la modification des traitements d'entrée lors de l'hospitalisation (Tableau VIII).

Tableau VIII : Raisons de non-signature des médicaments préprescrits lors de la conciliation proactive ($n = 11$).

Raison de non-signature	n
Réévaluation des traitements cardiaques en lien avec le motif d'hospitalisation	2
Réévaluation d'une antibiothérapie	2
Réévaluation de la douleur	1
Equivalent thérapeutique déjà prescrit	1
Changement de voie d'administration	1
Suspension d'un traitement à la suite des résultats du bilan biologique	1
Suspension d'un traitement, en attente de réévaluation	1
Arrêt d'un traitement à la suite d'une intervention pharmaceutique	1
Arrêt volontaire d'un traitement	1

3.3.2 Conciliation médicamenteuse à l'admission rétroactive

Pour les 37 patients conciliés en rétroactif, l'ensemble des BM compte 290 lignes de médicament, soit 8 ± 3 médicaments par patient. Au total, 213 divergences entre le BM et la prescription hospitalière d'entrée ont été discutées avec le prescripteur, soit une moyenne de 6 ± 3 divergences par patient. Un seul patient concilié en rétroactif est sorti de l'établissement par la suite.

La majorité des divergences sont intentionnelles ($n = 150$, 70%), documentées ou non, avec en moyenne 4 ± 3 par patient, allant de 0 à 12. Les principales DI relevées sont les ajouts de médicaments ($n = 81$, 54%), suivi des arrêts/suspensions de traitements ($n = 40$, 27%) et des

substitutions médicamenteuses en lien avec le livret thérapeutique (n = 20, 13%) (Figure 14).

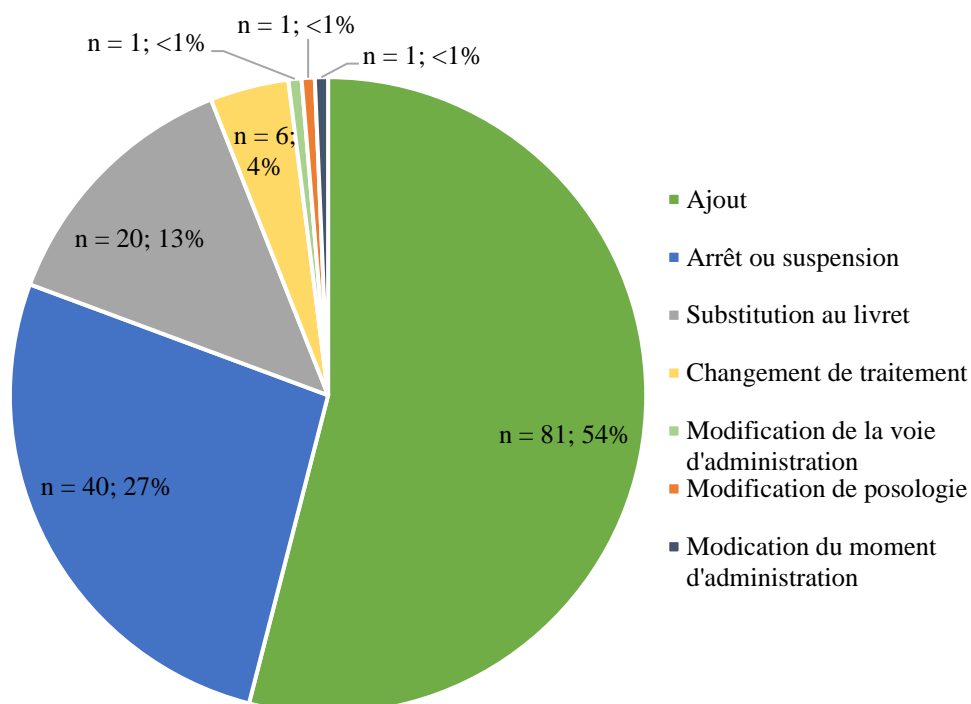


Figure 14 : Nature des divergences intentionnelles (n = 150).

Au total, 63 divergences sont non intentionnelles et correspondent à des EM, soit en moyenne 2 ± 2 erreurs par patient, allant de 0 à 6. Soixante-dix pourcents (n = 26) des prescriptions ont au moins une DNI à l'admission et 7% (n = 3) des patients présentent 5 DNI ou plus (Figure 15).

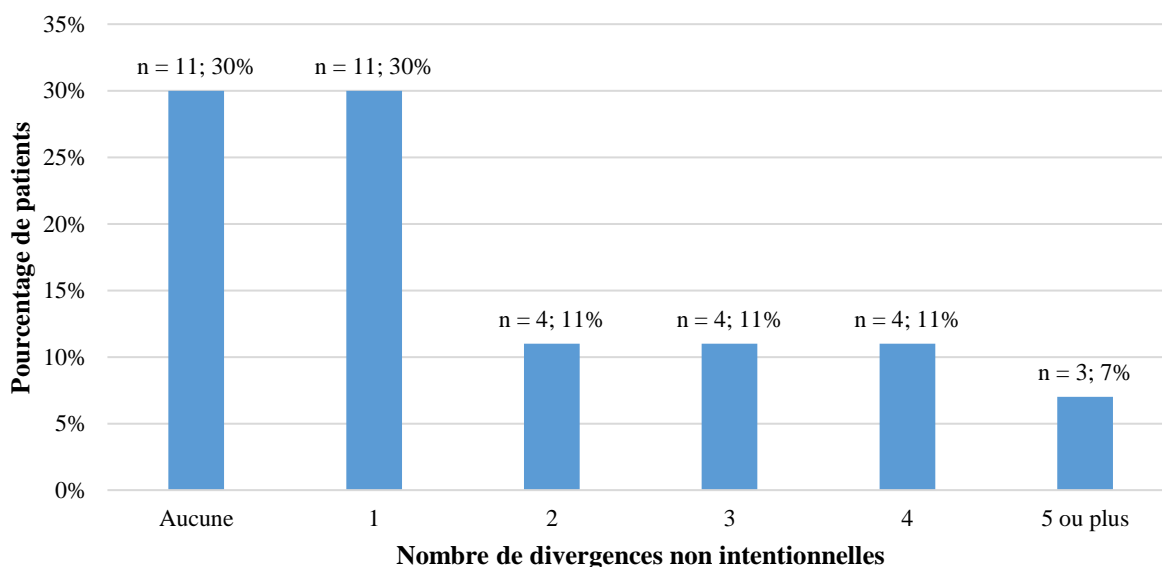


Figure 15 : Répartition du nombre de divergences non intentionnelles par patient (n = 37).

Les EM identifiées sont principalement des omissions (n = 40, 63%) et des modifications de fréquence d'administration (n = 8, 12%) (Figure 16). Les erreurs de substitution au livret (n = 3, 5%) concernent uniquement des équivalences erronées d'inhibiteur de pompe à protons. Les erreurs de médicament (n = 2, 3%) sont dues à la prescription d'association médicamenteuse au lieu de la molécule seule, comme du calcium/cholécalciférol au lieu du calcium seul et de la simvastatine/ezetimibe au lieu de la simvastatine seule.

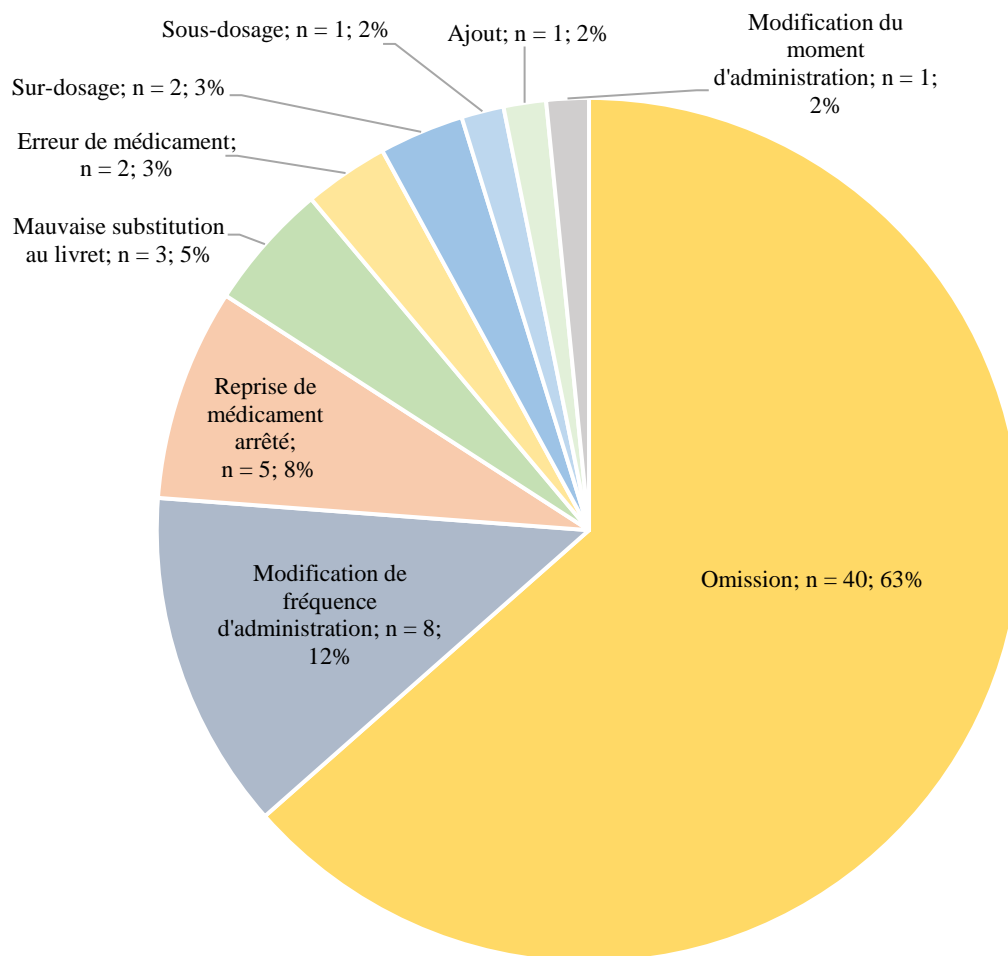


Figure 16 : Nature des divergences non intentionnelles (n = 63).

La classe ATC la plus représentée est celle des voies digestives et métabolisme (n = 22, 34%), suivi par celle du système cardiovasculaire (n = 14, 22%) et celle du système nerveux (n = 7, 11%) (Tableau IX).

Tableau IX : Classes ATC des médicaments impliqués dans les divergences non intentionnelles (n = 63).

Classe ATC	Libellé	Nombre (%)	
Voies digestives et métabolisme	Médicaments des troubles de l'acidité	22 (34)	7 (11)
	Médicaments du diabète		5 (7)
	Suppléments minéraux		4 (6)
	Vitamines		3 (5)
	Médicaments des désordres fonctionnels gastro-intestinaux		2 (3)
	Laxatifs		1 (2)
Système cardiovasculaire	Diurétique	14 (22)	7 (11)
	Hypolipémiants		4 (6)
	Médicaments en cardiologie		2 (3)
	Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine		1 (2)
Système nerveux	Psychoanaleptiques	7 (11)	4 (6)
	Psycholeptiques		2 (3)
	Antiparkinsoniens		1 (2)
Organes sensoriels	Médicaments ophtalmologiques	5 (7)	5 (7)
Sang et organes hématopoïétiques	Antihémorragiques	3 (5)	2 (3)
	Préparations antianémiques		1 (2)
Système respiratoire	Médicaments des syndromes obstructifs des voies aériennes	3 (5)	3 (5)
Muscle et squelette	Antigoutteux	3 (5)	2 (3)
	Médicaments pour le traitement des désordres osseux		1 (2)
Hormones systémiques	Corticoïdes à usage systémique	2 (3)	1 (2)
	Médicaments de la thyroïde		1 (2)
Médicaments dermatologiques	Antifongique à usage dermatologique	1 (2)	1 (2)
Système génito-urinaire et hormones sexuelles	Médicaments urologiques	1 (2)	1 (2)
Antinéoplasiques et immunomodulateurs	Thérapeutique endocrine	1 (2)	1 (2)
Divers	Autres	1 (2)	1 (2)

Parmi les EM (n = 63), 50 (79%) ont été corrigées à la suite de la transmission du compte rendu de conciliation. Les principales raisons de non-corrrection sont un impact jugé faible par le prescripteur (n = 5, 38%) et la sortie imminente d'un patient de l'établissement (n = 5, 38%) (Tableau X).

Tableau X : Raison de la non-correction des divergences non intentionnelles (n = 13).

Raison de la non-correction	n (%)
Impact jugé faible par le prescripteur	5 (38)
Patient transféré dans un autre établissement	5 (38)
Surdosage d'un médicament	1 (8)
Non-conformité au référentiel	1 (8)
Non connue	1 (8)

3.3.3 Analyse pharmaceutique du bilan médicamenteux

L'analyse pharmaceutique du BM a conduit à la réalisation de 11 interventions pharmaceutiques (Tableau XI), qui viennent compléter les propositions de substitutions réalisées en rapport avec le livret thérapeutique.

Tableau XI : Liste des interventions pharmaceutiques (n = 11).

Interventions pharmaceutiques	n (%)
Surdosage	3 (27)
Contre-indication de terrain	3 (27)
Association médicamenteuse contre-indiquée	2 (18)
Surveillance rapprochée du bilan biologique	2 (18)
Prévention des effets secondaires	1 (10)

4 Discussion

Pour diminuer le risque d'EM dès l'hospitalisation du patient, la CMA a été étendue au service des urgences.

4.1 Une population très âgée et polymédiquée, dont le parcours de soins ne peut être systématiquement anticipé

La population étudiée est âgée en moyenne de 81 ans, c'est-à-dire très âgée (57), avec un nombre important de médicaments pris à domicile. La majorité des patients inclus ne gère pas son traitement. Ceci est à mettre en relation avec les critères de sélection qui priorisent notamment les personnes de plus de 65 ans : les personnes âgées sont généralement polypathologiques, polymédiquées, avec une autonomie réduite (101), ce qui est en accord avec les résultats retrouvés.

A l'issue du passage en UHCD, l'orientation du patient ne peut pas toujours être anticipée par l'équipe médicale, ce qui explique les retours à domicile (15%) et les transferts dans une autre structure (12%) observés dans notre étude. Ces données sont similaires à celles retrouvées par d'autres établissements priorisant les patients hospitalisés après la CMA, avec un taux de retour à domicile allant de 11% à 28% et un taux de transfert allant de 2,3% à 16% (82,83,86).

4.2 La conciliation médicamenteuse à l'admission en UHCD : un choix pertinent

Nos résultats confirment l'intérêt et la pertinence de la conciliation en UHCD compte tenu du nombre de DNI retrouvées et de l'adhésion des praticiens à la démarche.

Près de 70% des prescriptions comportent au moins une DNI et en moyenne chaque patient présente 2 DNI à l'admission. Malgré une comparaison difficile avec les autres études par l'hétérogénéité des critères d'inclusion, des résultats similaires sont retrouvés dans la littérature, avec 36% à 78% des prescriptions comportant au moins une DNI et 1 à 3,8 DNI en moyenne par patient (81–88) (Tableau III). Le nombre important de DNI peut s'expliquer par les spécificités des urgences : le caractère non programmé et le délai restreint de prise en charge laissent peu de temps pour effectuer des recherches sur les traitements personnels et la prescription est généralement établie en tenant compte des seules informations disponibles. Cette gestion du traitement personnel est rendue plus complexe par la pathologie aiguë qui représente le principal problème des urgentistes parfois aux dépens du recueil des traitements

habituels. Aussi, la sélection des personnes âgées uniquement ne peut qu'augmenter le risque d'EM, en lien avec un recours plus fréquent aux médicaments.

La correction des EM interceptées (79%) et la validation des lignes préprescrites dans le cadre de la conciliation proactive (97%) reflètent la prise en compte de l'avis pharmaceutique issu de la CMA. Elles montrent l'adhésion des urgentistes de l'activité mise en place. Les données de la littérature sont similaires, avec un taux de correction des EM compris entre 60,9% et 86% (82,86–88). La validation des lignes préprescrites en proactif est un indicateur spécifique à notre analyse, ne permettant pas une comparaison à la littérature. Dans les autres études, le BM était le plus souvent communiqué au prescripteur, sans préprescription.

4.3 Un délai de mise en œuvre court et de nombreuses sources utilisées, indicateur d'une conciliation de qualité

La conciliation est effectuée dans les 24 heures suivant l'admission pour près de 96% des patients. L'UHCD a pour objectif d'accueillir les patients pour une durée très limitée et tend à renouveler chaque jour la totalité de sa capacité d'accueil. La durée moyenne de séjour étant inférieure à 24h, la conciliation ne s'effectue que rarement au-delà.

En moyenne, trois sources par patient ont été utilisées pour réaliser le BM, ce qui atteste de la fiabilité du BM. Ce nombre de sources utilisées est conforme aux recommandations de la HAS et de la SFPC (5,66).

Concernant les principales sources consultées, l'entretien avec le patient était indispensable pour obtenir des renseignements sur la gestion de ses médicaments et pour identifier des sources complémentaires. Il était réalisé systématiquement, mais il ne contribuait pas toujours à l'élaboration du BM, car le patient ne connaissait pas ses médicaments, ne les gérait pas lui-même ou présentait des troubles cognitifs. Il n'a été considéré comme source que lorsqu'il a permis d'apporter une information sur ses traitements. L'entretien avec le patient, la famille ou l'IDE libérale ont volontairement été regroupés lors de l'analyse des sources. En effet, lorsque l'entretien avec le patient n'était pas fructueux, la trame d'entretien patient était remplie ou complétée avec la personne qui s'occupe de celui-ci.

Concernant l'ordonnance, elle n'était pas systématiquement disponible au moment de l'admission et ne se suffisait pas à elle-même pour l'élaboration du BM. Bien que fiable et très utile, les médicaments étaient répartis sur plusieurs ordonnances pour presque la moitié des patients : la présence d'une seule ordonnance ne permettait donc pas d'assurer une liste exhaustive de médicaments.

Enfin, la pharmacie a une vision d'ensemble des traitements du patient et a un rôle important dans la transmission des ordonnances. Le contact a été facilité, notamment avec celles à proximité de l'hôpital et qui ont été appelées régulièrement. Cependant le refus de collaboration d'une pharmacie démontre la nécessité de développer une messagerie sécurisée, celle-ci précisant que toute personne pouvait envoyer un fax et que ça ne justifiait donc pas de l'identité de l'expéditeur.

Un problème rencontré était lié à l'organisation des cartes vitales. Le DP n'est pas utilisé en routine par l'équipe médicale parce que la carte vitale n'est pas disponible et/ou qu'ils n'ont pas en leur possession la carte professionnelle de santé. Intégrer la consultation du DP au parcours du patient faciliterait son usage, notamment lors de la présentation de la carte vitale. En effet, une empreinte peut être réalisée par la secrétaire ou l'infirmière d'orientation et d'accueil, ce qui permet d'accéder au DP ultérieurement en s'affranchissant de la carte vitale par la suite (114). Cependant, les restrictions liées au réseau militaire des HIA empêchent le recueil systématique et l'intégration dans le circuit des cartes vitales. Depuis 2017, le DP a été promu à plusieurs reprises par la PUI au niveau du service des urgences, sans réussir à s'intégrer à la routine médicale.

4.4 La prédominance des omissions de médicaments comme divergence non intentionnelle

La majorité des erreurs identifiées était due à l'omission des médicaments, ce qui est en accord avec la littérature (81–88) (Tableau III). Ce même constat est également retrouvé lorsque la conciliation a lieu dans un autre service, que cela soit dans l'HIA Laveran ou dans les autres établissements de santé (5,115). Ceci souligne une perte d'information entre la ville et l'hôpital due à l'absence d'un système de communication partagé.

La classe médicamenteuse la plus souvent impliquée dans les DNI était celle des voies digestives et métaboliques, suivie des médicaments du système cardiovasculaire et du système nerveux. Ces trois classes médicamenteuses sont retrouvées dans la littérature, avec des proportions variables. Généralement, les médicaments cardiovasculaires sont les plus incriminés (81–88) (Tableau III). Cette proportion plus élevée des médicaments digestifs retrouvés est liée aux erreurs de substitution, concernant essentiellement des erreurs d'équivalences d'inhibiteurs de pompe à protons.

4.5 Particularités de la conciliation aux urgences

4.5.1 Une conciliation plus longue que dans les autres services de l'HIA Laveran, notamment par défaut d'information.

A l'HIA Laveran, le temps nécessaire à la réalisation d'une conciliation en UHCD est supérieur à celui retrouvé en chirurgie, avec 1h07 *versus* 43 minutes en moyenne (115).

En chirurgie, les opérations programmées permettent au patient d'apporter les ordonnances et la consultation de pré-anesthésie est disponible avant l'entretien avec le patient, ce qui permet de réduire le temps global de conciliation. L'une des principales difficultés à la mise en œuvre de la conciliation à l'UHCD est l'absence d'information initialement disponible. L'entretien avec le patient est alors difficile à optimiser, puisqu'il constitue généralement la première source consultée. Il en résulte une augmentation de la durée de conciliation.

Néanmoins, ce temps de conciliation en UHCD est conforme avec les données de la littérature : il varie entre 30 minutes et 1h30 selon l'organisation de la conciliation et les étapes incluses dans la mesure (81,84,116,117). De plus, le temps nécessaire à la préprescription lors d'une CMA proactive est prise en compte dans la durée de la conciliation, étape généralement laissée à l'appréciation des prescripteurs dans les autres études (81,116) et donc non incluse dans le temps de conciliation.

La durée de la CMA est influencée par différents facteurs. La sélection des patients est dépendante du nombre de patients présents et éligibles à la conciliation. Le recueil d'informations dépend ensuite du nombre de sources initialement disponibles, du nombre de sources totales consultées, de la convergence ou non des informations recueillies, de la gestion du traitement et des connaissances du patient. Enfin, la synthèse et le partage des informations dépend du nombre de lignes du BM à rédiger dans le compte rendu de conciliation, du nombre de divergences rencontrées à retranscrire en rétroactif ou du nombre de substitutions à rechercher et de médicaments à préprescrire en proactif.

En pratique, une CMA ne s'effectue pas en continu mais elle est entrecoupée de nombreuses pauses. Ces dernières sont notamment dues à la disponibilité du patient, des professionnels de santé ou des proches intervenant dans le recueil d'informations et à l'attente des documents sources, comme le fax de l'officine, l'apport de la carte vitale ou des ordonnances par la famille.

4.5.2 Une conciliation plus longue, mais plus efficiente dans sa réalisation.

Pour près de 67% des patients, la CMA est réalisée de manière proactive. Les ordonnances sont collectées en amont de l'hospitalisation et les traitements personnels sont pré-saisies dans le logiciel de prescription. De cette manière, elle permet de prévenir la survenue des EM, plutôt

que de les corriger. Une étude a montré que la CMA proactive était associée à une réduction significative de la survenue d'EM (81). La CMA est aussi rendue plus performante en évitant un double travail par les équipes de soins, en UHCD et/ou dans les services en aval.

La CMA est plus souvent réalisée en proactif en UHCD que dans les autres services de l'HIA Laveran, avec un taux de 67% *versus* 32% (115). Cette différence s'explique par le nombre plus important de CMA effectuées dans les 24 heures suivant l'admission et par le manque d'informations relatives aux traitements, caractéristique de ce service. De plus, les informations médicamenteuses retrouvées sont renseignées dans le compte rendu des urgences sans être systématiquement prescrites. En effet, la prise en charge dans ce service est centrée sur l'urgence et l'orientation en aval du service, et non sur une prise en charge à long terme.

4.6 Limites et biais

En raison des critères de sélection qui priorisent notamment les sujets âgés, ces résultats ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des personnes pris en charge à l'UHCD, mais permettent d'apprécier le risque d'erreur pour une partie des patients. Néanmoins, cette priorisation est indispensable afin d'optimiser l'activité de CMA et permet de développer la pharmacie clinique sur toutes ces facettes.

L'impact de chaque erreur interceptée, qu'il soit clinique, économique ou organisationnel, n'a pas été évalué, celles-ci ont été mesurées quantitativement et non qualitativement. La gravité pour chaque EM aurait pu être estimée par l'outil MedRec kappa (5). Ce dernier évalue les conséquences cliniques, *via* un binôme pharmacien/médecin, en fonction du type d'erreur, du médicament concerné et du contexte global de la personne.

Enfin, cette activité n'est pas maintenue le week-end ou les jours fériés malgré son intérêt démontré ici. De même, lorsque les patients avaient déjà été mutés dans un service d'aval, la conciliation n'était pas réalisée, ce qui explique que seulement 22% des personnes de plus de 65 ans hospitalisées à la suite des urgences sur la période d'étude ont été conciliées. De plus, il n'était pas possible d'extraire uniquement les personnes provenant du domicile : ce chiffre inclut donc les personnes provenant d'autres établissements.

4.7 Axes d'amélioration et perspectives

Actuellement, seules les coordonnées du médecin traitant sont systématiquement recueillies en amont de la conciliation. Afin de faciliter le recueil d'informations, l'intégration du nom de la pharmacie et des coordonnées de l'IDE libéral (ou de la personne en charge du patient) permettrait d'obtenir des informations précises avant l'entretien du patient, comme suggérée

par la HAS (5). L'objectif est de mettre le patient à contribution comme source de données, plutôt que source de renseignements en utilisant des questions fermées au lieu d'ouvertes lorsqu'il connaît peu ses médicaments et ainsi optimiser le temps de conciliation. Mais au-delà de cette organisation locale, il serait intéressant à l'avenir de mettre à disposition un système commun d'information partagée comme peut l'être le dossier médical partagé ou les données d'assurance maladie.

Avec 8 médicaments pris en moyenne par patient et un maximum de 18, la CMA pourrait être associée à une revue de médication, c'est-à-dire à une réévaluation globale des traitements du patient. Elle aurait pour objectif de rationaliser les thérapeutiques des patients. A l'instar de ce qui est réalisé dans le cadre de l'équipe mobile de gériatrie, cette analyse s'appuierait sur le BM, les comorbidités et plusieurs outils d'évaluation pharmacologique, comme la liste de Laroche ou l'outil STOPP/START.v2 (61,62). Elle aboutirait à l'élaboration de recommandations permettant d'optimiser les traitements et de réduire les prescriptions inappropriées.

Conclusion

L'admission à l'hôpital est considérée comme un point de rupture dans la prise en charge médicamenteuse des patients. Plusieurs éléments font de l'hospitalisation *via* les SU un des parcours de soins estimés les plus à risque d'évènements iatrogènes : l'hospitalisation non programmée, les délais restreints de prise en charge et l'importance de la pathologie aiguë sont autant de facteurs qui compliquent le bon recueil des traitements personnels.

Avec près de 70% des prescriptions comportant au moins une EM et près de 80% de celles-ci corrigées, nos résultats réaffirment que la CMA aux urgences permet de sécuriser efficacement la PECM du patient hospitalisé. Ils soulignent la pertinence des interventions issues de la CMA et la valeur ajoutée d'un pharmacien dans le service des urgences. En effet, l'anamnèse médicamenteuse y est difficile, généralement par défaut d'information. La conciliation médicamenteuse assure alors une transmission d'information fiable à l'interface ville-hôpital et garantit la continuité des thérapeutiques du patient. La mise en place et la pérennisation de cette activité dans l'UHCD permet la maîtrise du risque médicamenteux au plus près de l'entrée du patient.

Un recueil systématique du pharmacien d'officine et/ou de la personne en charge du patient permettrait d'optimiser l'activité de conciliation médicamenteuse. Une analyse de la gravité des erreurs pourrait venir compléter ce travail et permettre de mesurer l'impact clinique de la conciliation. De même, une revue de médication permettrait d'améliorer les traitements du patient et de limiter les prescriptions inappropriées dans une population largement polymédiquée.

Références bibliographiques

1. Cubaynes M-H, Didier N. Le circuit du médicament à l'hôpital [Internet]. Inspection générale des affaires sociales (IGAS); 2011 mai p. 113. Report No.: RM2011-063P. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Circuit_du_medicament.pdf
2. DREES. Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins : Description des résultats 2009 - Rapport final. 2011 sept p. 206. Report No.: 110.
3. Assurance Maladie. Rapport charges et produits : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses [Internet]. 2020 juill. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/2020-07_rapport-propositions-pour-2021_assurance-maladie.pdf
4. HAS. Initiative des HIGH 5s - Medication Reconciliation : Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français. :125.
5. HAS. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé : sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins [Internet]. 2018 févr p. 57. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf
6. SFPC. Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse. 1ère édition. Paris; 2006.
7. Haut Comité de la Santé Publique. Réflexions sur la lutte contre la iatrogénie. 1998 juin.
8. Code de la santé publique - Article R5121-151.
9. Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.
10. Code de la santé publique - Article R1413-67.
11. Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.
12. Ankri J. Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. Gerontologie et societe. 2002;25 / n° 103(4):93-106.
13. Directive 2000/38/CE de la Commission du 5 juin 2000 modifiant le chapitre V bis (Pharmacovigilance) de la directive 75/319/CEE du Conseil concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives relatives aux spécialités pharmaceutiques (Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE) [Internet]. Disponible sur: http://admi.net/eur/loi/leg_euro/fr_300L0038.html
14. Décret n° 2004-99 du 29 janvier 2004 relatif à la pharmacovigilance et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

15. Code de la santé publique - Article R5121-152.
16. About Medication Errors [Internet]. NCC MERP. Disponible sur: <https://www.nccmerp.org/about-medication-errors>
17. Glossaire - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/glossaire/E>
18. Qu'est ce qu'une erreur médicamenteuse ? - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. Disponible sur: [https://www.ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Erreurs-medicamenteuses/Qu-est-ce-qu-une-erreur-medicamenteuse/\(offset\)/0](https://www.ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Erreurs-medicamenteuses/Qu-est-ce-qu-une-erreur-medicamenteuse/(offset)/0)
19. 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.
20. Luis D. Mise en place et évaluation de la conciliation médicamenteuse à l'hôpital d'instruction des armées Sainte-Anne. 6 oct 2017;128.
21. DGOS. Qualité de la prise en charge médicamenteuse : Outils pour les établissements de santé [Internet]. 2012. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_qualite_de_la_prise_en_charge_medicamenteuse.pdf
22. HAS. Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments [Internet]. 2013. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_outil_securisation_autoevaluation_medicaments_complet_2011-11-17_10-49-21_885.pdf
23. HAS. Le macro processus du circuit du médicament [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-04/schema_le_processus_du_circuit_du_medicament.pdf
24. Reason J. Understanding adverse events: human factors. Qual Health Care. juin 1995;4(2):80-9.
25. OMEDIT PACA Corse. Prévenir et déclarer les erreurs médicamenteuses et tous les événements indésirables liés aux médicaments [Internet]. 2011. Disponible sur: <https://slideplayer.fr/slide/492341/>
26. HAS. Causes systémiques ou latentes des événements indésirables associés aux soins [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1661498/fr/causes-systemiques-ou-latentes-des-evenements-indesirables-associes-aux-soins
27. Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique.
28. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

29. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
30. HAS. Certification : le cadre réglementaire [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_967907/fr/le-cadre-reglementaire
31. HAS. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/manuel_certification_es_qualite_soins.pdf#page=178
32. ARS PACA. Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins [Internet]. Disponible sur: <http://www.paca.ars.sante.fr/le-contrat-damelioration-de-la-qualite-et-de-lefficiency-des-soins-caques>
33. ANSM. Les évènements qui ne devraient jamais arriver - « Never Events » [Internet]. Disponible sur: [https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Securite-du-medicament-a-l-hopital/Les-evenements-qui-ne-devraient-jamais-arriver-Never-Events/\(offset\)/0](https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Securite-du-medicament-a-l-hopital/Les-evenements-qui-ne-devraient-jamais-arriver-Never-Events/(offset)/0)
34. ANAP. Rapport d'évaluation de l'outil « Interdiag médicaments » [Internet]. 2012. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/002395331bf751a2579ca>
35. OMEDIT Centre. Le pilulier des horreurs [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://www.omedite-centre.fr/portail/accueil,568,847.html?&args=Y29tcF9pZD00NTcmYWw0aW9uPWRldGFpbCZpZD02NjEmZnJvbT1hY2N1ZWlscFA%3D%3D>
36. HAS. La chambre des erreurs [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/outil_5_chambre_des_erreurs.pdf
37. DREES. Les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité. mai 2011;8.
38. HAS. Sécuriser la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2574453/fr/securiser-la-prise-en-charge-medicamenteuse-en-etablissement-de-sante
39. HAS. Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) - Rapport annuel d'activité 2019 [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/2020-12-10-rapport-annuel-eigs_vd.pdf
40. Remetter E. Projet URGEMED : Identification du risque iatrogène médicamenteux et sécurisation de la prise en charge médicamenteuse aux Urgences [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.urgencesdirectinfo.com/medias/voir/projet-urgemed-identification-du-risque-iatrogene-medicamenteux-et-securisation-de-la-prise-en-charge-medicamenteuse-aux-urgences/2788>
41. Remetter E. Projet URGEMED : Evaluation de l'impact économique des événements iatrogènes médicamenteux [Internet]. 2017; Hopipharm. Disponible sur: <http://mediatheque.synprefh.cyim.com/mediatheque/media.aspx?mediaId=24179&channel=23854>

42. OMEDIT Grand Est. PROJET URGE-MED : Coordination régionale de la prévention, la détection et la prise en charge du risque iatrogène médicamenteux chez les patients hospitalisés [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-12/GHSV.pdf>
43. Queneau P, Adnet F, Bannwarth B, Carpentier F, Bouget J, Trinh-Duc A. Accidents médicamenteux évitables observés dans sept services d'accueil et d'urgences français : prévalence, prévention et dépenses inutiles. *Journal Européen des Urgences*. mars 2008;21(1):22-8.
44. Parrein P, Massy N, Decreau Gaillon G. Iatrogénie médicamenteuse et recours au service des urgences [Internet]. Société Française de Médecine d'Urgence; 2016. Disponible sur: https://www.sfm.u.org/fr/bus/media/med_id/315/fic_id/902
45. HAS. Prescrire chez le sujet âgé : Evaluation et amélioration des pratiques [Internet]. 2006. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/traceur_has_fichesynt_h_sujetage.pdf
46. ANEPC. Pharmacie clinique et thérapeutique [Internet]. Elsevier Health Sciences; 2018. 1283 p. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/pharmacie-clinique-et-therapeutique-9782294750779.html>
47. INSEE. Population française par sexe et groupe d'âges - Données annuelles 2020 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
48. INSEE. Projections de population à l'horizon 2070 [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
49. AFSSAPS. Commission nationale de Pharmacovigilance : Compte rendu de la réunion du mardi 25 mars 2008. 2008;21.
50. AFSSAPS. Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. 2005;12.
51. Hohl CM, Zed PJ, Brubacher JR, Abu-Laban RB, Loewen PS, Purssell RA. Do emergency physicians attribute drug-related emergency department visits to medication-related problems? *Ann Emerg Med*. juin 2010;55(6):493-502.e4.
52. Lafuente-Lafuente C, Baudry É, Paillaud E, Piette F. Pharmacologie clinique et vieillissement. /data/revues/07554982/v42i2/S0755498212006227/ [Internet]. 8 févr 2013; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/785832>
53. Mangerel K, Armand-Branger S, Rhalimi M. Spécificités de la personne âgée et leurs conséquences sur la prise en charge médicamenteuse. 2011;30:7.
54. Legrain S, Lacaille S. Prescription médicamenteuse du sujet âgé. /data/traites/mg/tm-37740/ [Internet]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/31064>
55. Ferchichi S, Antoine V. Le bon usage des médicaments chez la personne âgée. /data/revues/02488663/v0025i08/04000864/ [Internet]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/26586>

56. HAS. Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée : Note méthodologique et de synthèse [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-10/note_methodo_fpcs_prescription_web_2014-10-27_11-55-59_934.pdf
57. Legrain S. Consommation Médicamenteuse chez le sujet âgé : consommation, prescription, iatrogénie et observance. 2005;16.
58. Lemorton C. Rapport d'information sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments [Internet]. (Assemblée Nationale). Report No.: 848. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i0848.asp>
59. Carbonin P, Pahor M, Bernabei R, Sgadari A. Is age an independent risk factor of adverse drug reactions in hospitalized medical patients? *J Am Geriatr Soc.* nov 1991;39(11):1093-9.
60. Mira JJ, Lorenzo S, Guilabert M, Navarro I, Pérez-Jover V. A systematic review of patient medication error on self-administering medication at home. *Expert Opin Drug Saf.* juin 2015;14(6):815-38.
61. Laroche M-L, Bouthier F, Merle L, Charmes J-P. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. *La Revue de Médecine Interne.* 1 juill 2009;30(7):592-601.
62. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing.* mars 2015;44(2):213-8.
63. Laroche M-L, Roux B, Grau M. Iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée, comprendre et agir. *Actualités Pharmaceutiques.* déc 2017;56(571):28-32.
64. Joint Commission. Sentinel Event Alert Using medication reconciliation to prevent errors. In 2006.
65. Pham-Dang M-L, Poulin M-C. Le bilan comparatif des médicaments dans les établissements de santé : Passer du mythe à la réalité. :5.
66. SFPC. Préconisations pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux. déc 2015;18.
67. OMS. Projet « High 5s » : Agir pour la sécurité [Internet]. 2010. Disponible sur: http://origin.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/ps_high5s_project_overview_fs_2010_fr.pdf
68. Allenet B, Juste M, Mouchoux C, Collomp R, Pourrat X, Varin R, et al. De la dispensation au plan pharmaceutique personnalisé : vers un modèle intégratif de pharmacie clinique. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien.* 1 mars 2019;54(1):56-63.
69. DGOS. La conciliation médicamenteuse [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/conciliation-medicamenteuse/article/la-conciliation-medicamenteuse>

70. Bigot A. Comment prioriser les activités de pharmacie clinique dans les unités de soins ? élaboration d'un outil d'aide à la décision basé sur une analyse global des risques [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/961/>
71. HAS. Conciliation des traitements médicamenteux – Prévenir les erreurs [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974294/fr/conciliation-des-traitements-medicamenteux-prevenir-les-erreurs
72. OMS. The High5s Project – Standard Operating Protocol for Medication Reconciliation. Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care: Medication Reconciliation. [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/h5s-sop.pdf>
73. HAS. Semaine de la Sécurité des Patients [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-11/dossier_de_presse_ssp_2015.pdf
74. Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur.
75. Décret n° 2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux pharmacies à usage intérieur. 2019-489 mai 21, 2019.
76. Bonhomme J, Dony A, Baum T, et al. La juste liste des médicaments à l'admission du patient hospitalisé : de la fiabilité des sources d'information. Risques et Qualité en milieu de soins 2014;10(4):239-45.
77. Gérard M, Baudouin A, Malet Delphine, et al. Pour une conciliation optimale, soyons efficace ! Quelles sources d'informations privilégier pour réaliser la conciliation médicamenteuse ? Congrès SNPHPU. Septembre 2015 [Internet]. Disponible sur: https://www.snphpu.org/posters/base-de-posters_33.html
78. Grandjean C, Gunten V von, Marty S, Meier P, Beney J. Continuity of care of hospitalised patients in a Swiss regional hospital: from medication history on admission to discharge treatment. Journal de Pharmacie Clinique. 1 juill 2009;28(3):151-6.
79. Leguelinel-Blache G, Arnaud F, Bouvet S, Dubois F, Castelli C, Roux-Marson C, et al. Impact of admission medication reconciliation performed by clinical pharmacists on medication safety. Eur J Intern Med. nov 2014;25(9):808-14.
80. Carpentier F, Maignan M. Iatrogénie aux urgences. 2015;15.
81. Schiettecatte S, Dambrine M, Bouche C, Delabre J, Staelen P, Réal L, et al. Activité de conciliation médicamenteuse aux urgences. Ann Fr Med Urgence. 1 sept 2015;5(4):220-5.
82. Maurer C. Conciliation médicamenteuse en unité d'hébergement de courte durée : état des lieux pour une meilleure priorisation des patients [Internet]. EM-Consulte. 2020. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1347894/conciliation-medicamenteuse-en-unite-d-hebergement>
83. Duval S, Quay L. La conciliation médicamenteuse d'entrée : retour d'expérience dans un service des Urgences [Internet]. 2018; Hopipharm. Disponible sur:

<http://mediatheque.synprefh.cyim.com/mediatheque/media.aspx?mediaId=44685&channel=23854>

84. Monribot A, Magot F, Bennenati S, Cherrier P, Dolveck F, Camus M. Prise en charge médicamenteuse optimisée : initiation d'une conciliation médicamenteuse précoce en UHCD. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. 1 déc 2016;51(4):346-7.
85. Chabod F, Lambert-Kuhn E, Gayol P, Michel B, Bilbault P, Gourieux B. Évaluation de l'impact clinique des erreurs médicamenteuses interceptées par la conciliation des traitements médicamenteux en unité d'hospitalisation de courte durée. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. mars 2017;52(1):e41.
86. Ferrier A lise. Conciliation médicamenteuse associée à l'analyse pharmaco-thérapeutique des prescriptions en unité d'hospitalisation de courte durée : estimation de la gravité potentielle des erreurs médicamenteuses identifiées et suivi des ré-hospitalisations. 2019;98.
87. Gerlier C, Poinat T, Sitbon M, Beaussier H, Corny J, Ganansia O. Identification de facteurs de risque d'erreur de prescription médicamenteuse aux urgences : optimisation d'une activité de conciliation médicamenteuse à l'UHCD. *Ann Fr Med Urgence*. 1 mai 2019;9(3):156-62.
88. Mezghani O, Orhan P, Albertini L, Fauvelle F. Conciliation médicamenteuse à l'entrée du patient à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) au GHI Le Raincy-Montfermeil. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. déc 2016;51(4):341.
89. Von Korff M, Wagner EH, Saunders K. A chronic disease score from automated pharmacy data. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1 févr 1992;45(2):197-203.
90. Lahouati. Conciliation médicamenteuse : Impact du mode d'admission sur la gravité potentielle des erreurs médicamenteuses [Internet]. 2019; Hopipharm. Disponible sur: <http://mediatheque.synprefh.cyim.com/mediatheque/media.aspx?mediaId=66216&channel=23854>
91. Vuagnat A. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? juin 2013;18.
92. Livre Blanc - Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir [Internet]. Samu Urgences de France; Disponible sur: <https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf>
93. Panorama de la DREES : les établissements de santé - édition 2020 [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2020.pdf>
94. Décret no 95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000719792/>
95. Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences [Internet]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso-1-n-2003-195-du-16-avril-2003-relative-a-la-prise-en-charge-des-urgences/>

96. Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000788652/>
97. DGOS. Guide de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/guide-gestion-tensions-hospitalieres-SSE>
98. Beltramini A, Debuc E, Pateron D. Organisation des structures d'urgence. janv 2015;9.
99. Gerbeaux P, Bourrier P, Chéron G, Fourestié V, Goralski M, Jacquet-Francillon T. Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence - Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU). 2001;9.
100. Innovation e-Santé Sud. Panorama 2018 - Activité des services d'urgence [Internet]. 2018. Disponible sur: https://ies-sud.fr/wp-content/uploads/2020/02/Panorama_2018_iess_COMPLET.pdf
101. Forest A, Ray P, Cohen-Bittan J, Boddaert J. Urgences et gériatrie. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. oct 2011;11(65):205-13.
102. Batard E, Montassier E, Potel G. Le risque iatrogénique lié au service des Urgences. 2014;10.
103. Commission des affaires sociales. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé - Rapport d'information [Internet]. Sénat; 2017 juill. Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685_mono.html#toc79
104. Gestion des épisodes de tension en établissement - Recommandations FEDORU [Internet]. 2019. Disponible sur: http://www.fedoru.fr/wp-content/uploads/2019/05/FEDORU-GUIDE_TENSION_vf.pdf
105. Büla C, Ruedin HJ. Personnes âgées aux urgences : défis actuels et futurs. 2012;5.
106. SFMU. L'organisation de l'aval des urgences : Etat des lieux et propositions. 2005;34.
107. Bonnet-Zamponi B, Legrain S. 29 - Médicaments: Prévention de la iatrogénie médicamenteuse. In: Trivalle C, éditeur. Gériatrie Préventive (Troisième Édition) [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2016. p. 410-25. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294746147000295>
108. DREES. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier. mars 2017;(1007). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1007.pdf>
109. DREES. Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue. mars 2017;(1008). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1008.pdf>

110. SFMU. 10ème conférence de consensus - Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences [Internet]. 2003. Disponible sur: https://www.sfm.org/upload/consensus/pa_urgs_long.pdf
111. Arrouy L, Jacquemet F, Daumont E. Prise en charge des personnes âgées aux urgences. 22 mai 2017; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/1122442/resultatrecherche/1>
112. Girerd X, Radauceanu A, Achard JM, Fourcade J, Tournier B, Brillet G, et al. Evaluation of patient compliance among hypertensive patients treated by specialists. Arch Mal Coeur Vaiss. août 2001;94(8):839-42.
113. Base de données des médicaments en gériatrie produite par la Société Française de Pharmacie Clinique [Internet]. Disponible sur: <http://geriatrie.sfpc.eu/>
114. Ordre National des Pharmaciens. Déploiement du DP, pour les médecins, dans les établissements de santé : la généralisation est lancée ! [Internet]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Deploiement-du-DP-pour-les-medecins-dans-les-etablissements-de-sante-la-generalisation-est-lancee>
115. Ladaique A. Conciliation médicamenteuse proactive et rétroactive dans un service chirurgical : méthodologie, formation de l'équipe pharmaceutique et premiers résultats. Aix-Marseille Université; 2017.
116. Doerper S, Morice S. La conciliation des traitements médicamenteux : logigramme d'une démarche efficiente pour prévenir ou intercepter les erreurs médicamenteuses à l'admission du patient hospitalisé - EM|consulte [Internet]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/831731>
117. Safrano L, Ayachi H, Levillain J. Expérience de conciliation des traitements médicamenteux (CTM) à l'échelle d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) en Bourgogne : aspects pratiques, impact et enjeux [Internet]. EM-Consulte. 2017. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1108541>

Annexe 2 : Trame d'entretien patient

Fiche d'information patient. A remplir à l'aide du dossier patient +/- de l'entretien avec le patient +/- de l'appel à l'officine						En minutes		
Etiquette patient	Service		Date entrée hôpital	Préparation	0-5-10-15-20-30-45-60-90->			
	Chambre		Date entrée service	Entretien patient	0-5-10-15-20-30-45-60-90->			
	Renseignements comportement patient		Date de sortie	Appel off/institut*	0-5-10-15-20-30-45-60-90->			
			Date Début CMA	Appel médecin G	0-5-10-15-20-30-45-60-90->			
			Date fin CMA	Analyse CMA	0-5-10-15-20-30-45-60-90->			
MDV + nom institut/observatoire*	Institution	Domicile		Date demande EMG	Appel interne 1	0-5-10-15-20-30-45-60-90->		
Personne de confiance			Date filtre	CR CMA	0-5-10-15-20-30-45-60-90->			
IDE à domicile			Filtres HTA	Analyse Ph/FL	0-5-10-15-20-30-45-60-90->			
Officine + n°			Filtres PSY	Discussion Ph/EMG	0-5-10-15-20-30-45-60-90->			
Médecin traitant + n°			Date remise Fiche L	Appel interne 2	0-5-10-15-20-30-45-60-90->			
Médecin spécialiste + n°			Date retour Fiche L	Courrier sortie	0-5-10-15-20-30-45-60-90->			
Motif d'hospitalisation + Diagnostic principal (code)			Durée totale Ph/EMG	Appel suivi 1M	0-5-10-15-20-30-45-60-90->			
			CR CMA Am@deus ?	Analyse suivi 1M	0-5-10-15-20-30-45-60-90->			
			Indicateur Excel ?	CR suivi 1M	0-5-10-15-20-30-45-60-90->			
Mode d'entrée : <input type="checkbox"/> Chirurgie programmée <input type="checkbox"/> Urgences <input type="checkbox"/> Réanimation <input type="checkbox"/> Service médical								
Antécédents médicaux				chirurgicaux		Remarques/Consignes médicales		
Suivi clinique et biologique sur Ama@deus*								
MDRD (ml/min)		CRP (mg/L)		Suivi Tension Artérielle (mmHg) (voir annexes)				
CKD (ml/min)		Hb (g/L)		Date	PAS	PAD		
K (mmol/L)		INR						
Na (mmol/L)		TCA p/t						
ASAT (µg/L)		Poids (kg)						
ALAT (U/L)		Taille (cm)						
TP (s)		IMC (kg/m²)						
Albumine (g/L)		CHUTE (chutes)	OUI / NON					
Bilirubine tot (µmol/L)		GIR (code DRG)						
Profil								
Le patient est-il autonome ?				OUI	NON			
Gestion des traitements ?				Seul	IDE plurier	Conjoint Famille	Institution Autre/préciser :	
Présence d'allergie ? Symptômes ? Date dernier evt ? Ttt repris ? Tests allergo ?				OUI	NON	Intolérance ?		
Présence de troubles de la déglutition ?				OUI	NON			
Les traitements sont-ils écrasés ?				OUI	NON			
Sonde pour nutrition entérale ?				OUI	NON			
Antécédent(s) de chute détecté(s) à l'entretien ? dans le dossier médical ?				OUI	NON	Préciser nombre de chutes :		
Médicaments sur ordonnance								
Ordonnances apportées à l'hôpital ? (voir dossier patient avant)				OUI	NON			
Médicaments personnels apportés à l'hôpital ? (voir IDE avant)				Tous	Partiellement	Aucun	Retirés de la chambre ?	
Gestion autorisée par le patient ? (Inhalateurs seulement)				OUI	NON			
Avez-vous un carnet ou une carte de suivi pour un traitement ? (clozapine, AVK, AOD)				OUI	NON			
Modification/arrêt de traitement(s) par le patient/la famille récemment ?				OUI	NON	Raison :		
Modification/arrêt de traitement(s) par le médecin récemment ?				OUI	NON	Raison :		
Prise récente d'anti-infectieux ? (3 derniers mois)				OUI	NON	Lequel :		
Vaccin grippe ?				OUI	NON	Date :		
Vaccin pneumocoque ?				OUI	NON	Date : Lequel :		
Vitamine D (Uvedose, Dédrogy, etc.) ?				OUI	NON	Date : Lequel :		
Formes galéniques particulières : Prise ...								
- de collyre(s) ?				OUI	NON			
- d'instillation(s) oreille/nez ?				OUI	NON			
- d'inhalateur(s) ?				OUI	NON			
- de patch(s), de crème(s), de pommade(s) ?				OUI	NON			
- de solution(s) buvable(s) ?				OUI	NON			
- d'ovule(s), de suppositoire(s) ?				OUI	NON			
Automédication : Prise ...								
- de médicament(s) hors ordonnance(s) ?				OUI	NON			
- de médicament(s) pour la douleur (tête/ventre) ? pour la constipation/diarrhée ?				OUI	NON			
- de la phytothérapie, tisane(s) à base de plantes ?				OUI	NON			
- de millepertuis (tisanes, compléments) ?				OUI	NON			
- de complément(s) alimentaire(s) ?				OUI	NON			
- de pamplemousse (en grande quantité) ?				OUI	NON			
Achat de médicaments sur internet ?				OUI	NON			
Test d'observance - Vous arrive-t-il ...								
Si non réalisé, préciser la raison :								
Vous arrive-t'il :								
- de tomber en panne de médicaments ?				OUI	NON	Légende interprétation		
- de prendre votre traitement avec du retard par rapport à l'heure habituelle ?				OUI	NON	5 NON : Non Observant		
- de ne pas le prendre car certains jours votre mémoire faisait défaut ?				OUI	NON	1-2 OUI : Non Observant Mineur		
- de ne pas le prendre certains jours pensant qu'ils font plus de mal que de bien ?				OUI	NON	≥ 3 OUI : Non Observant		
Avez-vous trop de comprimés à prendre ?				OUI	NON			
Totaux / Interprétation								
Etes-vous attentifs aux dates de péremption et aux conditions de conservation de vos médicaments ?				OUI	NON	BO - NOM - NO		
Avez-vous oublié de prendre votre comprimé le matin avant le jour de l'hospitalisation ?				OUI	NON			

Code PUI: PHAR/PC/Enr04-v2

Annexe 4 : Masque de compte-rendu de conciliation



HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES LAVERAN
34 Boulevard Laveran
CS 50004 – 13384 MARSEILLE – Cedex 13

Pharmacie à Usage Intérieur

Chef de service :
PC P. LE GARLANTEZEC

CONCILIATION MEDICAMENTEUSE

Bilan actualisé des traitements pris par le patient à domicile

Identité patient

Nom Prénom :
Nom de naissance :
N° de dossier (IPP) :
Date de naissance :
Sexe :

Médecin traitant :
Spécialiste :
Officine de ville :

Allergies médicamenteuses :
Difficulté à avaler :
Automédication :
Autre :

Médicaments avant l'hospitalisation :

Médicaments	Dosage	Vole	Forme	Posologie

Sources d'information : Entretien avec le patient, Ordonnance du patient, Médicaments amenés par le patient, Pharmacie de ville, Médecin de ville / Spécialiste, Synthèse des Urgences, Courrier / CRH, CR Anesthésie, Entretien famille, Dossier Pharmaceutique, EHPAD, IDE à domicile

Observance (selon score de Girerd et al.) :

Type de démarche de conciliation :

Divergences relevées en rétroactif vis-à-vis de la prescription du service et conduite tenue :

- I. Divergences Intentionnelles
- II. Divergences Non Intentionnelles

Préparation de la prescription sur Am@deus en tenant compte du livret thérapeutique (état "A signer"):

substitué par
substitué par

Réalisé par

SERMENT DE GALIEN

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

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

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

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