



**HAL**  
open science

## Conciliation des traitements médicamenteux état des lieux 2020/2021 en PACA

Dhwa Rifa Mmadi

► **To cite this version:**

Dhwa Rifa Mmadi. Conciliation des traitements médicamenteux état des lieux 2020/2021 en PACA. Sciences pharmaceutiques. 2021. dumas-03262580

**HAL Id: dumas-03262580**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03262580>**

Submitted on 16 Jun 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.

# THESE

PRESENTEE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTE  
DE PHARMACIE DE MARSEILLE

LE 11 JUIN 2021

PAR

**Mme Dhwa Rifa MMADI**

Née le 14 août 1991 à Marseille

EN VUE D'OBTENIR

**LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

TITRE :

**CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX  
ETAT DES LIEUX 2020/2021  
EN PACA**

JURY :

Président : Professeur Stéphane HONORE

Membres : Docteur Félicia FERRERA-BIBAS

Docteur Sarah LE TOHIC

Docteur Pierre RENAUDIN

Docteur Hélène KOHARIAN



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

**ADMINISTRATION :**

<i>Doyen :</i>	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
<i>Vice-Doyens :</i>	M. Jean-Paul BORG, M. François DEVRED, M. Pascal RATHELOT
<i>Chargés de Mission :</i>	Mme Pascale BARBIER, M. David BERGE-LEFRANC, Mme Manon CARRE, Mme Caroline DUCROS, Mme Frédérique GRIMALDI, M. Guillaume HACHE
<i>Conseiller du Doyen :</i>	M. Patrice VANELLE
<i>Doyens honoraires :</i>	M. Patrice VANELLE, M. Pierre TIMON-DAVID,
<i>Professeurs émérites :</i>	M. José SAMPOL, M. Athanassios ILIADIS, M. Henri PORTUGAL, M. Philippe CHARPIOT
<i>Professeurs honoraires :</i>	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
<i>Chef des Services Administratifs :</i>	Mme Florence GAUREL
<i>Chef de Cabinet :</i>	Mme Aurélie BELENGUER
<i>Responsable de la Scolarité :</i>	Mme Nathalie BESNARD

**DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE**

Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

**PROFESSEURS**

BIOPHYSIQUE

M. Vincent PEYROT

M. Hervé KOVACIC

GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE

M. Christophe DUBOIS

PHARMACIE GALENIQUE, 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 : Professeur 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  
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET  
NUISANCES TECHNOLOGIQUES  
CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE –  
CHIMIE THERAPEUTIQUE  
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE

Mme Catherine BADENS  
M. DAVID BERGE-LEFRANC  
M. Pascal RATHELOT  
M. Maxime CROZET  
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

Au Président du Jury, Professeur Stéphane HONORE

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider mon jury et de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

A ma directrice de thèse, Docteur Félicia FERRERA-BIBAS

Je vous remercie d'avoir accepté d'encadrer ma thèse, merci pour votre gentillesse, votre patience et votre disponibilité tout au long de ma thèse.

Au Docteur Sarah LE TOHIC, merci pour ta sollicitude et ta bienveillance.

Tu m'as encouragée dès le début de l'idée de cette thèse, je te remercie d'avoir accepté d'être un membre de mon jury.

Au Docteur Pierre RENAUDIN, merci d'avoir accepté d'être parmi les membres de mon jury. Merci du temps que vous m'avez consacré à la relecture de mon questionnaire et à la présentation de votre logiciel.

Au Docteur Hélène KOHARIAN, merci de faire le déplacement pour assister à ma soutenance. Je te remercie de m'avoir initié au monde de la pharmacie lors de mon stage de 3ème au collège. Ta bienveillance et ta bienséance m'ont marqué depuis toutes ces années. J'ai voulu faire comme toi et je pense que j'y suis arrivée. Merci

Merci au Docteur Sandrine CAZENAVE, vous m'avez confiance pendant mes études pour travailler dans votre pharmacie et merci pour votre merveilleux conseil « on apprend en faisant ». Une pensée pour toute l'équipe de la pharmacie CAZENAVE, tout particulièrement à Rifda.

Merci au Docteur Soumia OUTARAHOUT, merci de m'avoir intégrée dans votre équipe et d'être aussi bienveillante. Merci à toi Nour d'être aussi sympathique que professionnel. Merci à toute l'équipe.

A mes amies (Soumaya, Soiffa, Djessica, Marie, Aniki) qui m'ont soutenu tout au long de mes études. Merci à toi Loutfia de m'avoir motivé tout au long de ce travail.

A toi Soso mon BFF, à notre amitié solide et durable, toujours là quand j'ai besoin de toi avec mes innombrables missions. A nos fous rires sur les bancs du lycée. Merci de me suivre dans cette aventure depuis ces longues années.

A toi Wafa, c'est le moment pour moi d'exprimer enfin ce que je n'ai pas forcément pu te dire tout au long de ces années. Tu es la plus belle amitié de toute ma vie. Merci d'être. Merci pour tous tes conseils et ta bienveillance envers moi et toute ma famille.

A toi mon frère, merci pour tes encouragements et tes attentions tout au long de mes études.  
A vous mes grands frères de cœur, Andhume et Soulemane merci d'avoir été bienveillant envers moi depuis mon enfance.

A ma grande sœur Bahia, merci pour tes relectures matinales et nocturnes. Merci d'avoir pris soin de moi tout au long de ma jeunesse. Merci pour tes conseils, tes encouragements et merci d'avoir toujours été là quand j'en avais besoin.

A ma grande sœur Toufi, ma deuxième maman, ta bienveillance envers moi est tellement immense que je ne pense pas qu'un merci suffirait. A force d'avoir relu cette thèse, la CTM est un sujet que tu maîtrises les yeux fermés. Mon bras droit, ma conseillère, mon amie, ma confidente, ma sœur tout simplement. Je n'aurai pas rêvé mieux que d'avoir 2 merveilleuses grandes sœurs.

A toi PAPA, homme de l'ombre qui a su me faire briller. Sans toi rien ne serait possible, merci pour ton énorme gentillesse et ta patience. Mon nounours d'amour.

A toi Ela, merci d'avoir été aussi patient toute ces années, d'avoir respecté mes choix, de m'avoir encouragé dans mes démarches, d'avoir été aussi compréhensif. Je suis reconnaissante d'avoir un mari comme toi. Merci d'avoir pris de ton temps de travail pour garder notre fils pendant que je rédigeais ma thèse. Un grand merci.

A ma belle-famille, merci de m'avoir accueillie parmi vous.

A mes neveux et nièces, une pensée pour vous, croyez en vous et gardez en tête que rien n'est impossible. Merci à toi Tasnym pour nos moments de révisions, nos moments SNK, tu es une bonne fille. Merci à ma petite Soumayyat pour l'intérêt que tu me portes.

A toi MAMAN, tu as su par ton éducation donnée le meilleur à tes enfants. Je suis très reconnaissante envers toi, tu es la meilleure maman. Tout au long de mes études tu n'as cessé d'être à mes côtés, de me motiver et d'être aux petits soins. Merci pour tout.

A toi WAKYL, mon fils, mon cœur, ma vie. Je te dédie cette thèse avec une grande fierté.

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 MATIERES

REMERCIEMENTS .....	7
TABLE DES ILLUSTRATIONS .....	12
LISTE DES ABREVIATIONS .....	13
INTRODUCTION.....	14
PREMIÈRE PARTIE .....	15
1 Contexte.....	15
1.1 Vieillesse et santé.....	15
1.2 Maladies chroniques.....	16
1.3 Erreurs médicamenteuses .....	17
1.4 Lien ville-hôpital .....	18
1.5 Vers un modèle intégratif de pharmacie clinique.....	18
2 La conciliation des traitements médicamenteux .....	22
2.1 Définitions.....	22
2.2 Les 4 séquences de la conciliation des traitements médicamenteux .....	23
2.3 Les bénéficiaires de la conciliation des traitements médicamenteux .....	25
2.4 Les acteurs de la conciliation des traitements médicamenteux .....	25
2.5 Utilité de la conciliation des traitements médicamenteux .....	26
2.5.1 Avantages de la conciliation des traitements médicamenteux .....	26
2.5.2 Les freins à la mise en place de la conciliation des traitements médicamenteux .....	28
3 Point sur la conciliation des traitements médicamenteux en France à partir d'une revue de la littérature non exhaustive .....	28
3.1 Conciliation des traitements médicamenteux dans un établissement de santé mentale .....	28
3.2 Conciliation médicamenteuse dans deux unités de psychogériatrie d'un centre hospitalier.....	30
3.3 Conciliation des traitements médicamenteux dans un service de chirurgie .....	31
3.4 Conciliation des traitements médicamenteux dans un établissement psychiatrique .....	32
3.5 Conciliation des traitements médicamenteux en service de chirurgie viscérale.....	33
3.6 Conciliation médicamenteuse de sortie au sein d'un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatrique.....	34
3.7 Conciliation médicamenteuse en ville.....	35
DEUXIÈME PARTIE .....	37
1 La conciliation des traitements médicamenteux en région PACA .....	37
1.1 Enquête nationale sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse.....	37

1.2 Point sur la conciliation des traitements médicamenteux en région PACA à partir d'une revue de la littérature non exhaustive .....	39
1.2.1 Conciliation médicamenteuse dans un service de chirurgie orthopédique .....	39
1.2.2 Conciliation médicamenteuse dans un service d'endocrinologie .....	40
1.2.3 Conciliation médicamenteuse et entretien pharmaceutique à la sortie d'hospitalisation .....	41
1.3 Retour d'expérience sur la mise en place de la conciliation médicamenteuse de sortie à l'hôpital d'instruction des armées (HIA) Laveran .....	43
1.3.1 La conciliation médicamenteuse de sortie à l'hôpital Laveran .....	44
1.3.2 Réponses au questionnaire .....	44
2 Point sur la conciliation des traitements médicamenteux en PACA à partir d'une enquête menée en avril 2021 .....	46
2.1 Objectif .....	46
2.2 Matériels et méthodes .....	46
2.2.1 Questionnaires officinaux .....	47
2.2.2 Questionnaires hospitaliers .....	47
2.3 Résultats .....	48
2.3.1 Résultats auprès des officinaux .....	48
2.3.2 Résultats auprès des hospitaliers .....	55
2.4 Conclusion de l'enquête .....	61
<b>TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION</b> .....	<b>62</b>
Le logiciel de soins pharmaceutiques BIMEDOC® pour la réalisation de la CTM .....	62
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>63</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>65</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>68</b>
<b>SERMENT DE GALIEN</b> .....	<b>88</b>

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Les processus de pharmacie clinique .....	21
Figure 2 : Les acteurs de santé à l'initiative de la CTM .....	56
Figure 3 : A quel niveau est mis en place la conciliation des traitements médicamenteux ? .....	56
Figure 4 : La fluidité du transfert d'information entre les pharmaciens hospitaliers et officinaux, sur une échelle de 0 à 10 .....	58
Tableau 1 : Nombre de participants par départements .....	48
Tableau 2 : Conciliation des traitements médicamenteux .....	49
Tableau 3 : Sources d'informations utilisées pour la CTM en officine .....	49
Tableau 4 : Les bénéficiaires de la conciliation des traitements médicamenteux .....	50
Tableau 5 : Acteurs de la conciliation des traitements médicamenteux .....	50
Tableau 6 : Les moyens de communication du compte rendu d'hospitalisation .....	51
Tableau 7 : Les besoins concernant le logiciel de gestion officine .....	51
Tableau 8 : Les principales raisons qui empêchent la pratique de la CTM .....	52
Tableau 9 : Les besoins liés à la mise en place de la CTM en officine .....	53
Tableau 10 : Les inconvénients de la CTM en officine .....	53
Tableau 11 : Les avantages de la CTM .....	54
Tableau 12 : Nombre de répondants par départements .....	55
Tableau 13 : Les services bénéficiant de la conciliation des traitements médicamenteux .....	55
Tableau 14 : Les critères d'éligibilité à la CTM .....	56
Tableau 15 : Les supports utilisés pour la réalisation de la CTM .....	57
Tableau 16 : Les moyens de communication des changements de traitements .....	57
Tableau 17 : Les besoins pour améliorer la communication .....	58
Tableau 18 : Les besoins pour améliorer le logiciel de gestion .....	59
Tableau 19 : Les freins liés à la CTM .....	59
Tableau 20 : Les besoins liés à la mise en place de la CTM à l'hôpital .....	59
Tableau 21 : Les inconvénients de la CTM à l'hôpital .....	60
Tableau 22 : Les avantages de la CTM à l'hôpital .....	60

## LISTE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection Longue Durée  
ARS : Agence Régionale de Santé  
BM : Bilan de Médication  
BMO : Bilan Médicamenteux Optimisé  
BMS : Bilan Médicamenteux de Sortie  
CAQUES : Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficienc e des Soins  
CCS : Courrier de Conciliation de Sortie  
CME : Conciliation Médicamenteuse d'Entrée  
CMS : Conciliation Médicamenteuse de Sortie  
CTM : Conciliation des Traitements Médicamenteux  
DGOS : Direction Général de l'Offre des Soins  
DESU : Diplôme d'Etudes Supérieures Universitaires  
DI : Divergence Intentionnelle  
DMP : Dossier Médical Partagé  
DNI : Divergence Non Intentionnelle  
DP : Dossier Pharmaceutique  
DPI : Dossier Patient Informatisé  
EIG : Evènement Indésirable Grave  
EM : Erreur Médicamenteuse  
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire  
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  
LGO : Logiciel de Gestion Officine  
Maia : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'Autonomie  
Med'Rec : Medication Reconciliation  
MSS : Messagerie Sécurisée de Santé  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
PA : Personne Agée  
PACA : Provence-Alpes-Côte-D'azur  
PAQSS : Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins  
PH : Pharmacien Hospitalier  
PLT : Problème Lié à la Thérapeutique  
PO : Pharmacien Officinal  
PPP : Plan Pharmaceutique Personnalisé  
SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique  
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation  
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

## INTRODUCTION

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a lancé au niveau international en 2006 le projet High 5's, avec comme un des axes prioritaires, la sécurité de la prescription dans le parcours de soins. En 2009 la France a rejoint ce programme en lançant l'expérimentation Medication Reconciliation (Med'Rec) dans 9 établissements volontaires. Cette expérimentation présente la conciliation des traitements médicamenteux (CTM) comme un moyen de prévention efficace et d'interception des erreurs médicamenteuses (EM) (1) (2).

Selon le code de la santé publique, les pharmaciens d'officine ont de nombreuses missions et activités. Parmi celles-ci, ils peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnements de patients (3). Soucieux de sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soin, le pharmacien joue un rôle crucial tout au long du processus de pharmacie clinique (4).

Dans la continuité de ses missions, le pharmacien a la possibilité d'inclure la CTM dans sa pratique. De ce fait, le but de cette thèse est d'effectuer un retour d'expérience des pratiques actuelles de la CTM, mis en place par les pharmaciens hospitaliers et officinaux de la région PACA afin de proposer un outil permettant la gestion plus facile de celle-ci.

Dans un premier temps, nous allons expliquer le pourquoi de la mise en place de la CTM. Nous y présenterons une brève revue de la littérature non exhaustive de la CTM au niveau national et régional. Dans un second temps, nous présenterons les résultats de l'enquête menée auprès des pharmaciens hospitaliers et officinaux. Et pour finir, nous discuterons d'un outil qui permet la réalisation de la CTM.



# PREMIÈRE PARTIE

Mon choix pour ce sujet n'est pas anodin, car il est dans la continuité du poster que j'ai effectué lors de mon stage hospitalier traitant de la conciliation médicamenteuse de sortie, retenu dans le cadre du congrès 2020 de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) Marseille (annexe1). Après cela, je me suis particulièrement intéressée à la conciliation des traitements médicamenteux (CTM) car sa mise en place permet de diminuer ou de prévenir les erreurs médicamenteuses. C'est la raison pour laquelle j'ai choisi ce sujet de thèse.

## 1 Contexte

L'état de santé des français est un enjeu de société, au vu du vieillissement de la population et des maladies qui touchent de plus en plus les français. De ce fait, il est nécessaire de mettre en place des actions afin que chaque acteur de la santé puisse contribuer à améliorer la santé et la qualité de vie des personnes malades.

### 1.1 Vieillesse et santé

Selon l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), en 2020 l'espérance de vie à la naissance est de 85,2 ans pour les femmes et de 79,2 ans pour les hommes.

Les problèmes de santé sont généralement associés au vieillissement, entraînant d'importantes dépenses de santé. De 2011 à 2016, les dépenses présentées au remboursement des personnes bénéficiant du dispositif des affections de longue durée (ALD) augmentent de 3,8% par an en moyenne. La croissance de la population et son vieillissement y contribuent à hauteur de 2,1 points. Le cumul d'affections de longue durée induit, lui, une hausse de 0,6 point par an (5).

Il faut prendre en compte dans le vieillissement de la population la prise en charge des dépenses de santé et les hospitalisations souvent à répétition. En effet, selon la haute autorité de santé (HAS) près de 3 millions de personnes âgées (PA) de 70 ans et plus sont hospitalisées une ou plusieurs fois en services de soins aigus chaque année. Ces personnes âgées représentent 29% des séjours hospitaliers en service de soins aigus, soit près de 5,4 millions de séjours par an. La dépendance iatrogène évitable liée à l'hospitalisation des PA est de l'ordre de 10% (6).

« La dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation est définie par une perte fonctionnelle aux activités de base de la vie quotidienne entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation (6). »

Son incidence chez les PA hospitalisées de 70 ans et plus, est de l'ordre de 30 à 60% (6).

Parmi les principales causes de dépendance iatrogène liées à l'hospitalisation, on retrouve les effets indésirables provoqués par les médicaments communément appelés iatrogénie médicamenteuse.

Les personnes âgées ont la plupart du temps plusieurs médicaments à prendre, cette situation appelée polymédication, augmente le risque iatrogénique : effets indésirables, interactions médicamenteuses ou interactions entre une maladie et un médicament prescrit pour une autre maladie. Ce risque est majoré chez les personnes âgées. En France, selon les données de l'assurance maladie, 30% à 40% des PA de 75 ans ou plus prennent au moins 10 médicaments différents par jour (7).

## **1.2 Maladies chroniques**

Selon l'OMS, les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement. Elles occupent une place importante dans la prise en charge pharmaceutique. En effet, selon le régime général qui couvre 88% de la population, on peut estimer à 9,4 millions le nombre total de personnes en ALD sur l'ensemble de la population (8). Les soins des personnes en ALD représentaient en 2008 les deux tiers des dépenses totales du régime général de l'assurance maladie (8).

Parmi ces maladies chroniques, les cancers représentent un tiers des décès et 40 % des décès avant 65 ans (mortalité prématurée) (8).

Le développement de la chimiothérapie anticancéreuse par voie orale constitue un axe d'évolution majeure de la prise en charge médicamenteuse des patients atteints de cancer, dont les nombreuses implications doivent faire l'objet d'une juste reconnaissance et d'un accompagnement coordonné du patient dans son parcours de soin (9).

Les dépenses liées aux anticancéreux sont très élevées et leur utilisation est très complexe. De ce fait, des actions sont menées au niveau national et régional (10).

La sécurisation de l'utilisation des chimiothérapies orales repose sur une collaboration ville-hôpital efficiente, sur la mise à disposition des professionnels de santé de ville d'une information exploitable relative aux effets indésirables et sur l'éducation thérapeutique des patients (11).

Il a été mis en place des projets qui visent à renforcer la coopération ville-hôpital en tissant des liens entre professionnels, à l'exemple du projet Pharm'observance (12) en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), financé par l'agence régionale de santé (ARS) et soutenu par la faculté de Pharmacie de Marseille et par l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) (11).

Des pharmaciens hospitaliers et officinaux proposent une formation à la pharmacie clinique à leurs confrères d'officine, sanctionnée par un diplôme d'études supérieures universitaire (DESU) de soins pharmaceutiques appliqués à la personne âgée. Cette formation intègre la thématique des chimiothérapies orales et des actions d'éducation thérapeutique (11).

Certains patients cumulent plusieurs maladies chroniques, on parle alors de polyopathie ou de multimorbidité. Cette dernière peut entraîner la prescription de plusieurs médicaments, à laquelle s'ajoute l'automédication parfois méconnue du prescripteur. En 2016, 21 % des patients en ALD ont déclarés plusieurs affections de longue durée distinctes (5).

Le risque iatrogénique est d'autant plus élevé au vu du nombre de prescripteur pour un même patient. En effet, 85 % des généralistes estiment que le suivi des patients multimorbides par différents spécialistes augmente le risque d'interactions médicamenteuses (7). Par conséquent, les risques d'hospitalisations des patients polymédiqués dus à des effets indésirables sont augmentés.

### **1.3 Erreurs médicamenteuses**

L'erreur médicamenteuse est l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte relatif à un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient. Par définition, l'erreur médicamenteuse est évitable car elle manifeste ce qui aurait dû être fait et qui ne l'a pas été au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse d'un patient. Elle peut concerner une ou plusieurs étapes du circuit du médicament, telles que la prescription, la dispensation, la préparation galénique, la délivrance, l'administration, le suivi thérapeutique mais aussi ses interfaces telles que les transmissions (13).

Toutes les erreurs médicamenteuses ne sont pas graves, 4 études montrent que respectivement 5,6%, 5,7%, 6,3%, et 11,7% des EM interceptées par la conciliation des traitements médicamenteux auraient pu avoir des conséquences majeures, critiques ou catastrophiques pour les patients (14).

Les événements indésirables graves (EIG) évitables ont causés 2,6% de l'ensemble des séjours hospitaliers. Les médicaments étaient à l'origine de plus de 40 % de ces EIG (15). De plus, en termes d'exposition et de mécanismes, 1,6% des séjours sont causés par des EIG évitables associés à des produits de santé et notamment aux médicaments (1,3% des admissions) (16). Parmi les 87 EIG évitables en 2009, 64 sont consécutifs à des soins non appropriés, à des retards ou à des erreurs dans leur réalisation (16).

## **1.4 Lien ville-hôpital**

*« L'absence de communication ... tue la conciliation ! » (17)*

La circulation d'information entre les différents acteurs de santé est souvent difficile et très peu accessible. Parmi les facteurs entraînant la survenue d'erreurs liées à la polymédication, on peut noter la rupture dans le parcours de soin entre les différents acteurs de santé qui interviennent pour un même patient. Les modalités de transmission des informations entre les professionnels de santé sont disparates et inégales du point de vue des outils utilisés (1).

De plus, peu de patients ont un dossier médical partagé (DMP) complet. La messagerie de santé sécurisée (MSS) est encore peu utilisée par les médecins et pharmaciens, et le dossier pharmaceutique (DP) ne contient pas toujours des informations complètes (1).

Tous ces éléments nous permettent en effet de constater, qu'il est nécessaire de continuer les actions mises en place pour améliorer la prise en charge pharmaceutique du patient et pour diminuer les événements indésirables liés aux soins même si le lien ville-hôpital se développe.

## **1.5 Vers un modèle intégratif de pharmacie clinique (18)**

La pratique de la pharmacie clinique en France dans les différentes structures de soins n'est pas homogène. En effet, les actes de pharmacie clinique ne se font pas forcément au même moment, à la même vitesse ni avec les mêmes moyens. La SFPC a donc proposé une réflexion sur un modèle de pratique permettant d'homogénéiser sur le territoire l'offre de services cliniques de l'équipe pharmaceutique.

Dans son article « De la dispensation au plan pharmaceutique personnalisé : vers un modèle intégratif de pharmacie clinique » la SFPC expose un modèle de pratique de pharmacie clinique (18), nous allons développer cet article ci-dessous :

La SFPC a rénové la définition de la pharmacie clinique : « la pharmacie clinique est une discipline de santé centrée sur le patient dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique, à chaque étape du parcours de soins. Pour cela, les actes de pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé. Le pharmacien exerce, en collaboration avec les autres professionnels impliqués, le patient et ses aidants » (18). Cette dernière permet de répondre aux enjeux sociétaux de santé publique et entre dans le cadre des nouvelles missions obligatoires des pharmacies à usage intérieur des établissements de santé

Afin d'homogénéiser sur le territoire l'offre de services cliniques de l'équipe pharmaceutique, le collectif de la SFPC propose un modèle intégratif de pharmacie clinique. Il comporte 3 types de prestations s'inscrivant dans un contexte organisationnel imposé (modèle statique) et/ou une notion de parcours (modèle dynamique) :

#### 1) La dispensation des produits de santé

C'est l'activité principale du pharmacien, elle inclut :

- L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale et/ou de la demande du patient (qui peut concerner des produits de santé non-prescrits)
- La préparation éventuelle des doses à administrer
- La mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage du produit de santé.

L'analyse pharmaceutique permet la détection de potentielles redondances médicamenteuses, et peut mettre en évidence les points critiques de la prescription (contre-indications physiopathologiques, interactions médicamenteuses, durées, posologies-doses).

L'ordonnance du patient, le DMP et le DP font partis des éléments requis pour effectuer la dispensation. Celle-ci concerne tous les patients et doit être réalisée quel que soit le type de structure.

## 2) Le bilan de médication (BM)

Le bilan de médication est une synthèse pharmaceutique écrite, il inclut :

- L'anamnèse clinique et pharmaceutique du patient
- L'identification d'éventuels problèmes liés à la thérapeutique (PLT)
- La formalisation d'interventions pharmaceutiques (IP) destinées à être formulées auprès du médecin prescripteur, à d'autres professionnels de santé ou au patient/son aidant en vue d'une optimisation de la prise en charge médicamenteuse.

En réalisant une analyse approfondie de la situation médico-pharmaceutique du patient, cette prestation vise à cibler les patients/situations à risque nécessitant un plan pharmaceutique personnalisé (PPP). Celle-ci est plus approfondie que la dispensation, par le temps qui lui est consacré, par le niveau d'expertise et les informations mobilisées.

L'analyse pharmaceutique ici sera donc de type expertise pharmaceutique clinique.

Elle conduira à la formulation d'IP qui peuvent aboutir, grâce au dialogue avec le prescripteur, à l'arrêt de certains médicaments après analyse de leur pertinence, à l'instauration de médicaments correcteurs, à la gestion de l'iatrogénie médicamenteuse, à la mise en place et à la gestion de nouveaux traitements.

Le bilan de médication est réalisé avec les données issues de la conciliation des traitements médicamenteux (CTM).

Nous traiterons en détails la CTM dans le point 2 de cette première partie.

## 3) Le plan pharmaceutique personnalisé (PPP)

Le PPP concerne quelques patients ciblés par le BM ou directement par l'équipe de soins dont la situation évolue et dont les issues possibles ne sont pas établies.

Cette prestation nécessite du temps ainsi qu'une expertise solide du pharmacien sur le plan clinique et pharmacothérapeutique.

Elle impose également une collaboration étroite avec les autres professionnels de santé.

Le PPP repose sur :

- L'expertise pharmaceutique clinique des données du dossier patient
- Le développement d'un entretien pharmaceutique approfondi avec le patient et/ou ses aidants naturels
- Un avis pharmaceutique aboutissant à des interventions pharmaceutiques.

Le patient est donc acteur de sa santé, il est sollicité tout au long de ces 3 types de prestations, dans la construction du plan de prise et est informé des interventions pharmaceutiques.

Le PPP est réalisé comme pour le bilan de médication avec les données issues de la CTM.

Ces 3 types de prestations s'inscrivent dans un modèle évolutif de pharmacie clinique, et sont à intégrer à la prise en charge globale des patients. La CTM s'intègre pleinement dans ce modèle de pharmacie clinique. (Fig.1)



Figure 1 : Les processus de pharmacie clinique

## **2 La conciliation des traitements médicamenteux** <sup>(14)</sup>

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a lancé au niveau international en 2006 le projet High 5's, avec comme un des axes prioritaires, la sécurité de la prescription dans le parcours de soins. En 2009, la France a rejoint ce programme en lançant l'expérimentation Med'Rec dans 9 établissements volontaires. Cette expérimentation consistait à développer sur 5 ans la conciliation des traitements médicamenteux et le résultat final, publié par HAS en 2015, présente la CTM comme un moyen de prévention efficace et d'interception des EM (1) (2). De plus, elle a permis d'intercepter 46 188 divergences médicamenteuses sur 27 447 patients conciliés (13).

Cette expérimentation a conforté l'intérêt de la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux pour les professionnels et établissements de santé participant à l'expérimentation : le nombre de conciliations a progressé sur la période et d'autres services ont également profités de cette dernière. Pour eux, la conciliation représente une démarche puissante de prévention et d'interception d'erreurs médicamenteuses qui contribue à l'optimisation thérapeutique des prescriptions (13).

La CTM sécurise le parcours de soin du patient en renforçant le lien ville-hôpital.

### **2.1 Définitions**

Le Collège de la Haute Autorité de Santé, a défini la CTM comme étant : « un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts » (14). L'usage a également consacré l'expression « conciliation médicamenteuse ».



Selon les points de transition de la CTM, la HAS définit que :

- « La conciliation des traitements médicamenteux est dite proactive lorsque le bilan médicamenteux du patient est établi avant rédaction de toute ordonnance. Le médecin prend en compte le bilan médicamenteux, en tant que de besoin, dans sa prescription. La conciliation proactive des traitements médicamenteux prévient la survenue d'erreurs médicamenteuses associées à un défaut de transmission des informations sur les médicaments du patient » (14).
- « La conciliation des traitements médicamenteux est dite rétroactive lorsque le bilan médicamenteux est établi et pris en compte après la rédaction de toute ordonnance. La conciliation rétroactive des traitements médicamenteux permet alors d'intercepter et de corriger d'éventuelles divergences (écarts) entre le bilan et l'ordonnance en cours associées à un défaut de transmission des informations sur les médicaments du patient » (14).

## **2.2 Les 4 séquences de la conciliation des traitements médicamenteux**

Les principaux éléments de la conciliation des traitements médicamenteux, peuvent se répartir en quatre séquences (14).

### **Le recueil des informations**

Il a pour but de recenser tous les médicaments (automédication y compris) pris ou à prendre par le patient. Ce recueil est réalisable par tout professionnel de santé et ne constitue pas une transcription des prescriptions. Plusieurs sources d'informations (entretien avec le patient, ordonnances, dossier pharmaceutique...) sont nécessaires pour obtenir l'intégralité de l'information. Elles sont recueillies dans une fiche de recueil des médicaments par source d'information (annexe 2).

### **La synthèse des informations**

Elle a pour but de permettre la rédaction du bilan médicamenteux qui est différent du bilan de médication (19).

Le bilan médicamenteux n'est ni une prescription, ni une ordonnance. C'est un état des lieux à un instant donné des médicaments d'un patient et le résultat d'un résumé d'informations recueillis sur les médicaments d'un patient (14).

Il établit la liste habituelle exhaustive et complète des médicaments pris ou à prendre par le patient, qu'ils soient prescrits par le médecin traitant ou le spécialiste, ou qu'ils soient pris en automédication (14).

Cette synthèse est réalisable par un membre de l'équipe pharmaceutique ou par tout prescripteur.

### **La validation du bilan médicamenteux**

Elle a pour but d'attester de la fiabilité du bilan médicamenteux en confirmant la cohérence de celui-ci au regard des informations recueillies. Cette validation est confiée au pharmacien expert en produit de santé, toutefois, tout prescripteur peut aussi valider le bilan médicamenteux.

Cette séquence prépare la consolidation de la prescription ultérieure des médicaments parce qu'elle signale aux prescripteurs le bon déroulement de l'élaboration du bilan et sa valeur informationnelle.

Ces trois séquences interviennent dans la conciliation proactive, en effet, elles sont réalisées avant la rédaction de la prescription hospitalière.

On retrouve le bilan médicamenteux sur la fiche de conciliation des traitements médicamenteux (annexe 3).

### **Le partage et l'exploitation du bilan médicamenteux**

Cette dernière séquence permet de juguler les défauts de communication, source de discontinuité dans le parcours de soins du patient. Ce qui amènera à une prescription de sortie qui sera expliquée au patient et à son entourage. Tous les professionnels de soins (ville-hôpital) qui prennent en charge un malade bénéficient en temps réel de la connaissance du traitement médicamenteux du patient et des raisons de son éventuelle évolution. Les informations sur les médicaments du malade sont transmises via la fiche de conciliation de sortie ou courrier de conciliation de sortie (annexe 4).

Cette séquence intervient dans la conciliation rétroactive, elle est réalisée après la rédaction de la prescription hospitalière.

## **2.3 Les bénéficiaires de la conciliation des traitements médicamenteux**

Tous les patients ayant un traitement médicamenteux sont éligibles à la CTM, ce qui explique la diversité des critères d'éligibilité : pathologie chronique, âge, patient ayant un recours récurrent à l'hospitalisation, à la demande des prescripteurs, patients bénéficiant de médicaments à haut niveau de risque, service de soins, etc. Les critères d'éligibilité sont différents selon les établissements, néanmoins, les patients les plus à risque doivent être privilégiés.

Quelques exemples de conciliation des traitements médicamenteux selon les bénéficiaires :

Patients bénéficiant d'une évaluation en oncogériatrie\_(20)

Il s'agit de personnes âgées de 70 ans et plus avec un score G8 inférieur ou égal à 14 sur 17 et bénéficiant d'une admission en hospitalisation de jour en oncogériatrie. Ces patients sont adressés par l'oncologue pour une consultation spécialisée avec le gériatre afin de proposer une prise en charge adaptée et de qualité (faisabilité de traitement, diagnostic et prise en charge des fragilités...).

Patients allogreffés de cellules souches hématopoïétiques (21)

Les bénéficiaires sont des patients programmés avec une moyenne d'âge de 53 ans, acquérant une polymédication au décours de l'allogreffe habituellement non polymédiqués à l'entrée puis polymédiqués à la sortie et pendant le suivi.

Patients hospitalisés dans les unités de gériatrie aiguë (22)

Il s'agit de personnes âgées de plus de 75 ans, hospitalisées en médecine gériatrique aiguë, après leur transfert d'un service d'accueil des urgences.

L'objectif final est de viser l'exhaustivité des patients, néanmoins, la mobilisation des ressources (financières, matériels, humains) reste un véritable frein.

## **2.4 Les acteurs de la conciliation des traitements médicamenteux (23)**

Préalablement formé, le pharmacien est amené à s'impliquer dans les différentes étapes de conciliation. Il lui revient prioritairement de s'occuper de la gestion et de la mise en œuvre des activités de conciliation dans l'établissement en s'appuyant sur une équipe sans exclure les autres professionnels de santé ou se dédouaner des systèmes d'informations existants ou accessibles (23).

Dans la littérature, les études montrent que l'activité de conciliation est faite le plus souvent par des pharmaciens cliniciens. De plus, pour tous les établissements expérimentateurs des High'5's (2), l'activité a été prise en charge par des pharmaciens, des internes, des préparateurs ou par des étudiants en pharmacie sous la responsabilité des pharmaciens.

Cependant, tous les autres professionnels de santé sont à impliquer dans le processus de la CTM.

Les professionnels de santé interviennent dans ce processus en fonction de leur niveau de responsabilités, de compétences et du niveau de conciliation. En effet, la conciliation des traitements médicamenteux intervient à plusieurs niveaux :

- A l'admission d'un établissement de santé ou médico-social
- A la sortie d'un établissement de santé ou médico-social, ou lors de transfert
- En ville

Le pharmacien d'officine est au centre du parcours de soins médicamenteux du patient. Sa connaissance du parcours de vie du patient, les données collectées au sein de son logiciel de gestion officinale, ainsi que celles issues du DP, lui permettent de suivre sur le long terme le parcours de soins médicamenteux de celui-ci (23).

## **2.5 Utilité de la conciliation des traitements médicamenteux**

### **2.5.1 Avantages de la conciliation des traitements médicamenteux**

Comme nous l'avons vu précédemment, la CTM est un moyen de prévention efficace et d'interception des erreurs médicamenteuses, en effet :

21 320 erreurs médicamenteuses ont été interceptées et corrigées chez 22 863 patients de plus de 65 ans hospitalisés après passage aux urgences et conciliés à leur admission, selon les résultats de l'expérimentation Med'Rec publiés en 2015 par la HAS.

Le nombre de divergences non intentionnelles (DNI) interceptées à l'admission pouvant entraîner des EM a été estimé entre 0,4 à 2,7 pour un patient (1) (2).

Ici, on entend par erreurs médicamenteuses (EM) :

- l'interruption des traitements du domicile lors de l'admission
- l'ajout non justifié de médicaments
- l'erreur de dosage, forme galénique ou modalités d'administration d'un médicament
- la redondance des principes actifs
- l'arrêt ou le changement injustifié de traitements habituels du patient à sa sortie

La conciliation peut contribuer à diminuer le taux de réhospitalisation (diminution des coûts pour la santé publique) des patients si elle est mise en place à l'admission et à la sortie des patients de retour à leur domicile :

« En France, des études réalisées en 2004 et 2009 (enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins) à l'initiative de la direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ont démontré que respectivement 36% et 40% des réhospitalisations chez le sujet âgé ont été causées par des problèmes liés à la thérapeutique médicamenteuse (1) (16) ».

L'utilisation des documents rédigés lors de la CTM sont une source d'information durant une réhospitalisation.

Les résultats confirment l'importance du problème en France. En moyenne, pour un patient concilié ce sont une erreur médicamenteuse mais également un changement de traitement non documenté qui sont retrouvés lors de son admission en établissement de santé (14).

La CTM permet de favoriser et de consolider le lien ville-hôpital via les formations mêlant des professionnels de ville et de l'hôpital et via les courriers, ou les échanges concernant le traitement du patient concilié.

La CTM permet de responsabiliser le patient et son entourage sur le bon usage de son traitement. Les changements opérés ainsi que les raisons leurs sont expliqués et des outils sont mis à leur disposition.

## **2.5.2 Les freins à la mise en place de la conciliation des traitements médicamenteux**

La mise en place de la conciliation des traitements médicamenteux est complexe et reflète le manque d'homogénéité sur le territoire de la pharmacie clinique. Par ailleurs, son développement est principalement freiné par son caractère chronophage et par des problèmes organisationnels (financement, ressources humaines...). La numérisation des informations est immature ou insuffisamment sécurisée. Le manque de ressource pharmaceutique et le changement récurrent de professionnels ne facilite pas le processus de la CTM. Les formations et les relations des professionnels de santé sont insuffisantes.

Une enquête nationale de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a permis de mettre en évidence les freins à la mise en place de la conciliation : un manque de disponibilités des professionnels, un manque d'outils, des systèmes d'information/logiciel métier inadaptés, une méthodologie complexe à mettre en œuvre, un manque de formation aussi bien initiale que continue (24).

Pour la plupart de ses freins liés à la mise en place de la CTM, il existe des solutions.

# **3 Point sur la conciliation des traitements médicamenteux en France à partir d'une revue de la littérature non exhaustive**

La conciliation des traitements médicamenteux (CTM) est une activité émergente en France depuis 2010. Dans cette partie, nous allons présenter une brève revue de la littérature non exhaustive concernant la mise en place de la CTM dans les établissements de santé et mettre en évidence les points forts et les points faibles de sa mise en place.

## **3.1 Conciliation des traitements médicamenteux dans un établissement de santé mentale (25)**

Contexte :

La conciliation des traitements médicamenteux (CTM) a été mise en place en novembre 2013 dans plusieurs services de l'établissement de santé mentale à Armentières (Lille).

Objectif :

Evaluation d'une nouvelle organisation.

Matériels et méthodes :

Jusqu'à fin 2014 deux externes s'occupaient de la CTM depuis la pharmacie, puis depuis début 2015, ils sont présents dans les unités de soins, avec un effectif supplémentaire (quatre externes). La pharmacie croise les sources d'informations disponibles afin de documenter de manière complète le traitement de ville des patients et compare celui-ci à la prescription faite lors de leur admission.

Résultats :

Sur l'année 2014, 178 CTM ont été réalisées et 143 en 2015 sur une période de 6 mois.

En 2014, 18 prescriptions au total à l'admission présentent au moins une divergence non intentionnelle (DNI) par rapport au traitement habituel du patient (10 %) contre 31 en 2015 (22 %). Après transmission de l'information au prescripteur, le nombre total de lignes DNI modifiées est de 17 (45 %) en 2014 et de 52 en 2015 (93 %).

Les sources d'information les plus utilisées sont le dossier patient informatisé (2014 et 2015 : 100 %), le médecin traitant (2014 : 35.2 %, 2015 : 77.6 %) et la pharmacie d'officine (2014 : 5.2 %, 2015 : 83.2 %).

Conclusion de l'étude :

La nouvelle organisation a permis de doubler le taux de DNI détectées, grâce notamment à la consultation beaucoup plus fréquente des informations du médecin traitant et de la pharmacie d'officine. La présence des externes dans les services a facilité la transmission des DNI aux prescripteurs ce qui a augmenté le taux d'ordonnances modifiées en cas d'erreur. La nouvelle organisation permet donc d'optimiser le processus de CTM (25).

On peut en déduire, que la pratique de la conciliation des traitements médicamenteux est d'autant plus efficace en matière de résultats lorsque l'effectif est important. De ce fait, il y'a une meilleure prise en charge des erreurs médicamenteuses par la présence de l'équipe pharmaceutique dans les unités de soins. Le manque de personnel est donc un inconvénient à son efficacité. Il est donc nécessaire de lutter contre les problèmes organisationnels.

## **3.2 Conciliation médicamenteuse dans deux unités de psychogériatrie d'un centre hospitalier (26)**

Contexte :

La conciliation des traitements médicamenteux rétroactive à l'entrée du patient, a été mise en place à partir d'avril 2015 dans les deux unités de psychogériatrie du centre hospitalier de Vauclaire (Dordogne).

Objectif :

Prévenir l'iatrogénie et le mésusage médicamenteux chez une population fragile et poly-médicamentée.

Matériels et méthodes :

Le Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO) est établi à l'aide de la fiche de conciliation qui permet de recueillir l'ensemble des traitements habituels du patient auprès des différents professionnels. Le BMO est comparé à l'ordonnance initiale rédigée à l'entrée du patient dans l'unité de soins. Il est ensuite scanné et enregistré dans le Dossier Patient Informatisé (DPI). L'intégralité de ces données sont ensuite transmises au médecin traitant via la lettre de sortie.

Résultats :

D'avril à juin 2015, 44 conciliations sur 68 entrées ont été menées dans un délai moyen de 2.5 jours, pour des patients d'âge moyen de 81 ans. Une conciliation dure en moyenne 35 minutes avec des écarts allant de 17 minutes à 1h30. Sur toutes classes thérapeutiques confondues, 10 ordonnances (22 %) présentaient une DNI. La gravité des erreurs évitées a été évaluée selon la grille de la SFPC (26). Toutes les DNI, ont fait l'objet d'une discussion entre médecins et pharmaciens et ont été à l'origine d'une nouvelle prescription. Les professionnels sollicités (ville, hôpital, institution...) se sont montrés très intéressés par la démarche et ont facilement collaborés.

En moyenne : 3.3 sources consultées (les sources « EHPAD » et « pharmacie d'officine » s'avérant les plus complètes).



Conclusion de l'étude :

La conciliation médicamenteuse représente une sécurité supplémentaire de la prise en charge médicamenteuse, en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes. Véritable partenariat entre le patient, sa famille et les soignants, « fil rouge » entre les professionnels de ville et de l'hôpital, elle prévient les erreurs de prescriptions, ce qui emmène à un questionnement sur l'ensemble du traitement et implique pharmaciens et médecins.

On peut en tirer, que le lien ville-hôpital est une clé fondamentale à la bonne pratique de la CTM aussi bien pour le patient que pour les professionnels de santé impliqués. Néanmoins, on constate que c'est un processus chronophage lié notamment au temps de conciliation.

### **3.3 Conciliation des traitements médicamenteux dans un service de chirurgie** (27)

Contexte :

La CTM a été mise en place depuis mai 2016, au sein de plusieurs services (Cardiologie, Pneumologie, Médecine interne en routine et autres services à la demande des prescripteurs) du centre hospitalier de Fougères (Bretagne).

Objectif :

Réaliser une analyse rétrospective des CTM dans le service de chirurgie, de présenter les difficultés rencontrées et de proposer des axes d'amélioration.

Matériels et méthodes :

Une présentation de la CTM aux médecins intervenants dans le service (chirurgiens et anesthésistes) et aux instances (COMEDIMS-CME) a été réalisée. Après approbation de la démarche par les différents acteurs, ils ont acté la mise en place de la CTM dans le service de chirurgie.

Les patients éligibles à la CTM sont ceux de plus de 65 ans, en hospitalisation complète, provenant du domicile et retournant au domicile.

Résultats :

Entre novembre 2016 et mai 2017, 53 CTM d'entrée ont été réalisées dans le service de chirurgie. 78.2 % des conciliations présentaient une ou plusieurs divergences non intentionnelles (DNI).

Les divergences étaient de différents types : « omission d'un médicament » (78.5 %), « erreur de posologie » (11.3 %), et « erreur de médicament » (10.2 %). Le pourcentage important d'omission des traitements s'explique par la difficulté de respect de la charte d'organisation signée entre les anesthésistes et les chirurgiens pour la reprise des traitements personnels des patients. Malgré l'approbation de la conduite de la CTM, difficulté pour trouver le bon interlocuteur pour caractériser les divergences observées entre le BMO et la prescription d'hospitalisation. En effet, peu de présence médicale au sein du service.

Conclusion de l'étude :

Malgré les difficultés rencontrées, le service pharmacie poursuit la CTM au service de chirurgie au vu du bénéfice attendu pour la prise en charge des patients. L'arrivée prochaine d'un orthogériatre, permettra de réaliser des CTM d'entrée et de sortie de manière optimale. En effet, cet interlocuteur sera présent au sein du service de soins, pour la prise en charge des traitements médicamenteux chroniques des patients,

Ce qui en découle, c'est que la pratique de la conciliation des traitements médicamenteux doit être intégré dans les services car c'est un gage de sécurisation de la prise en charge des traitements. Néanmoins, on constate que le manque de communication entre les pharmaciens et les médecins entraîne des difficultés à sa bonne pratique.

### **3.4 Conciliation des traitements médicamenteux dans un établissement psychiatrique (28)**

Contexte :

La conciliation des traitements médicamenteux à l'admission et à la sortie a été mise en place en mai 2017 à la clinique de Vontes et Champgault (Centre-Val de Loire).

Objectif :

Amélioration de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité des soins.

Matériels et méthodes :

Cette étude inclus les patients de plus de 65 ans identifiés par la feuille quotidienne de mouvement à partir des dossiers ou courriers d'admission. Entretien avec le patient selon une grille d'entretien intégrée dans le DPI et réalisation du BMO. Préparation des documents par le pharmacien : conciliation de sortie, plan de prise, courrier officine, plan de prise remis au patient.

Résultats :

#### Conciliation à l'admission

Entre mai 2017 et décembre 2017, 26 patients conciliés sur 800 patients admis. Le temps moyen de conciliation est de 25 minutes.

Le nombre de divergences non intentionnelles (oubli, modalités d'administration, doublon, non arrêt ATB) est de 7. Ces DNI ont abouti à la modification de 7 ordonnances (28).

#### Conciliation à la sortie

Entre mai 2017 et décembre 2017, environ 14 patients conciliés sur 807 sorties. Le temps moyen de conciliation est de 31 minutes. Nombre de DNI entre J-1 et sortie est de 0 (28).

Conclusion de l'étude :

Les professionnels et les patients sont satisfaits de cette démarche car il y'a là une sécurisation des prescriptions d'entrée et du circuit ville-hôpital. C'est une activité très chronophage qui demande une évolution des supports informatique.

On peut en déduire, que la conciliation à l'entrée et à la sortie augmente l'efficacité de la prise en charge médicamenteuse du patient et permet après la conciliation de sortie de n'avoir aucune DNI sur l'ordonnance de sortie. Cependant, la mise en place de la CTM doit être informatisée, pour éviter les supports papiers qui accentuent le caractère chronophage de celle-ci.

### **3.5 Conciliation des traitements médicamenteux en service de chirurgie viscérale (29)**

Contexte :

Mise en place de la conciliation médicamenteuse d'entrée à partir de novembre 2017 dans le service de chirurgie viscérale du centre hospitalier de Romorantin-Lanthenay (Centre-Val de Loire).

Objectif :

Eviter les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations entre les professionnels de santé et ainsi permettre au patient d'avoir un traitement bien adapté.

Matériels et méthodes :

Cette étude inclus les patients de plus de 75 ans présents dans le service de chirurgie viscérale admis via les urgences.

Les patients sont identifiés sur un logiciel d'aide à la prescription et d'analyse pharmaceutique (Pharma®) et via l'accès au DPI pour connaître les informations relatives à l'hospitalisation. Réalisation du BMO par les pharmaciens, plusieurs sources permettent le recueil : ordonnance de ville du patient, entretien avec le patient (et/ou son entourage), pharmacie de ville. Une fiche de conciliation médicamenteuse est transmise aux pharmacies de ville.

Résultats :

Entre novembre 2017 et janvier 2018, 29 conciliations médicamenteuse d'entrées réalisées, 21 patients de plus de 75 ans (72 %) avec au moins 1 divergence non intentionnelle (DNI) et 30 DNI corrigées (29).

Conclusion de l'étude :

Il y'a eu une bonne intégration de la pharmacie par l'équipe de chirurgie et une transmission plus efficace d'informations sur les DNI des patients conciliés et sur les interventions pharmaceutiques. La CTM a permis de corriger plusieurs DNI et donc d'éviter les erreurs médicamenteuses.

Ce qui transparait, c'est qu'une bonne collaboration entre les différents professionnels de santé intervenant auprès du patient permet une facilité d'échanges d'informations et de ce fait, une sécurisation optimale de la prise en charge médicamenteuse du patient. Il est donc indispensable de régler les problèmes organisationnels liés à cette démarche pour une meilleure efficacité.

### **3.6 Conciliation médicamenteuse de sortie au sein d'un service de soins de suite de réadaptation (SSR) gériatrique (30)**

Contexte :

Mise en place de la conciliation médicamenteuse de sortie à l'hôpital Edouard Herriot au sein d'un service SSR gériatrique.

Objectif :

Etudier l'impact de la CTM sous le prisme de la relation ville/hôpital/ville.

Matériel et méthodes :

Rédaction du bilan médicamenteux de sortie (BMS) en intégrant les modifications du traitement liées à l'hospitalisation et en comparant les traitements avant hospitalisation avec le traitement de sortie. Toute modification de traitement (DNI, DI) a fait l'objet d'une investigation. Correction et analyse des DNI par le pharmacien avec le médecin.

Une fois rédigé, le BMS est signé par le médecin et le pharmacien et est envoyé avec le compte rendu d'hospitalisation au médecin et par fax au pharmacien de ville. Un mois après la transmission du BMS, un questionnaire de satisfaction leur a été adressé pour évaluer son impact.

Résultats :

Sur 30 BMS, 41 interventions ont été réalisées : 36 divergences intentionnelles (DI) non justifiées et 5 divergences non intentionnelles (soit 2.6 %). Il s'agissait d'erreur de dosage (n = 4) et d'oubli de reconduction de traitement (n = 1) (30). Cependant, il est à souligner qu'un fort taux de divergences reste non justifié, ce qui nécessite systématiquement une investigation.

Conclusion de l'étude :

Les médecins ont peut-être été plus attentifs sur les prescriptions en ayant connaissance de la mise en place de la conciliation médicamenteuse de sortie. En effet, le faible taux de DNI rassure sur leur engagement dans la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Le BMS permet de mettre en évidence toutes les modifications et de ce fait amène à leurs justifications par les médecins.

Ce qui en découle, c'est que lorsque l'équipe soignante est informée de la démarche, elle est plus attentive au niveau du traitement du patient. Ce qui permet une sécurisation du traitement et une meilleure prise en charge du patient à la sortie de son hospitalisation. La transmission du BMS et du compte rendu d'hospitalisation aux professionnels de ville est l'élément central de la continuité pharmaceutique entre la ville et l'hôpital. Néanmoins, le système d'envoi est à revoir, il est nécessaire d'informatiser cet envoi pour permettre une réception plus sécurisée et sûre.

### **3.7 Conciliation médicamenteuse en ville (31)**

Contexte :

Un projet de conciliation médicamenteuse en officine a été mis en place en 2015 par le dispositif de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (Maia) de Nord Dordogne.

Objectif :

Élaboration d'une expérimentation de conciliation médicamenteuse en officine en faveur des patients en perte d'autonomie, afin d'obtenir une rémunération des actes intellectuels du pharmacien.

#### Matériels et méthodes :

Une clé USB contenant un certain nombre d'outils et une bibliographie regroupant les documents leur permettant de jouer pleinement leur rôle d'expert du médicament, sont mises à disposition des professionnels de santé participant à l'expérimentation. Création d'une opinion pharmaceutique par le pharmacien qui prend en charge un patient, s'il détecte un problème sur le traitement, il appelle le prescripteur. Il remplit alors une fiche d'intervention pharmaceutique, il établit ensuite un document de conciliation où sont listés de façon exhaustive les médicaments pris par le patient (avec le plan de prise). Si un besoin d'information est relevé, le pharmacien peut être amené à se déplacer au domicile du patient à la suite d'un mini-audit réalisé chez celui-ci par un salarié de la Maia. En cas de détection de risques liés au stockage, au rangement ou à la manipulation des médicaments, le pharmacien peut proposer de recourir aux services d'une IDE.

#### Résultats :

25 pharmacies d'officine ont suivi 110 patients et la mise à disposition de la clé USB contenant les outils et la bibliographie, a intéressé de nombreux confrères.

#### Conclusion de l'étude :

Un certain nombre de règles est à préconiser pour élaborer une conciliation en ville. Il faut former un noyau interprofessionnel solide pour travailler sur ce sujet.

On peut en déduire, que la conciliation médicamenteuse en ville par rapport à l'hôpital est moins développée. Toutefois, elle est tout autant nécessaire surtout pour les patients âgés polymédiqués avec un risque d'hospitalisation plus important. Une diminution des hospitalisations à répétition et des erreurs médicamenteuses passe aussi par une conciliation médicamenteuse en ville.

Pour conclure cette première partie, plusieurs démarches de conciliation médicamenteuse sont connues en France. La mise en œuvre de la CTM s'appuie sur une réorganisation du processus de prise en charge médicamenteuse (23).

Nous allons nous intéresser dans une deuxième partie aux retours d'expériences liés à la mise en place de la conciliation des traitements médicamenteux en région PACA.

# DEUXIÈME PARTIE

## 1 La conciliation des traitements médicamenteux en région PACA

### 1.1 Enquête nationale sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse (32)

Nous allons nous intéresser aux résultats concernant la région PACA de l'enquête nationale sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse dans les établissements de santé menée en 2015 par la DGOS (33). L'enquête a été transmise en région PACA à 287 établissements et 151 d'entre eux ont répondu. Avec 151 questionnaires réceptionnés, le taux de réponse est de 52,6%. Parmi les répondants, plus de 90% des établissements de santé déclarent réaliser une activité de pharmacie clinique dont fait partie la conciliation médicamenteuse.

Pour quels services ?

Il apparaît dans cette enquête que la durée de séjour est un paramètre lié à la pratique de la CTM. Ainsi, en gynécologie-obstétrique ou aux urgences, où la durée moyenne de séjour est courte, la démarche est peu implantée respectivement 19 et 29% tandis qu'en médecine hors urgences, en chirurgie, gériatrie, SSR, la conciliation a déjà été pratiquée de 43 à 73%.

Par qui ?

Ce sont les médecins et pharmaciens qui se chargent de la mettre en œuvre dans les unités. Les professions paramédicales telles que les infirmier(es) diplômés(es) d'état (IDE) et les préparateurs en pharmacie participent à cette activité, respectivement 72 (n=26) à 41% (n=9) des établissements les mentionnent, en se concentrant sur une tâche : le recueil des informations.

L'enquête montre que, si le recueil des informations est une activité partagée par tous, la gestion des divergences reste une activité quasi exclusive des professions médicales et pharmaceutiques.

Quand ?

La conciliation est faite pour la majorité des établissements de santé lors de l'admission du patient alors que la conciliation de sortie est moins pratiquée sachant qu'elle permet notamment de sécuriser la transition de l'hôpital vers la ville.

Pour qui ?

Le développement de cette activité dans la sécurisation de la prise en charge a amené les établissements de santé à prioriser leur cible d'action. On retrouve dans les populations prioritaires, les personnes de plus de 65 ans et les polymédicamenteuses. Par conséquent, près de 70% des établissements de santé ont intégrés la conciliation médicamenteuse (ou avaient prévu de l'intégrer d'ici 2018) comme action dans leur programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) (33).

Quels en sont les freins ?

En ce qui concerne les freins au déploiement de la conciliation, il ressort de l'enquête :

Un manque de disponibilité des professionnels (89%), une méthodologie complexe à mettre en œuvre (82%), un manque d'outil (78%), des systèmes d'information/logiciel métier inadaptés (73%) et un manque de formation aussi bien initiale que continue (72%).

Pour quelle utilité ?

En ce qui concerne les leviers au déploiement de la conciliation, il ressort de l'enquête :

Que 93% des établissements de santé citent la sécurisation médicamenteuse comme un des points principaux améliorés par la CTM. La mise en œuvre de la conciliation a permis d'améliorer l'optimisation des prescriptions (92%), la baisse de surconsommation des médicaments inappropriés (87%), la diminution des ré-hospitalisation (62%) ce qui confirme l'efficacité de la prise en charge.

Parmi les autres points améliorés par la conciliation, on peut noter une collaboration pluridisciplinaire (97%), une contribution à une meilleure information patient (92%) et un travail en équipe plus organisé (90 %).



## **1.2 Point sur la conciliation des traitements médicamenteux en région PACA à partir d'une revue de la littérature non exhaustive**

Nous allons présenter une brève revue de la littérature non exhaustive concernant la mise en place de la CTM dans les établissements de santé en région PACA.

### **1.2.1 Conciliation médicamenteuse dans un service de chirurgie orthopédique (34)**

Contexte :

Une action de pharmacie clinique telle que la conciliation médicamenteuse, a été mise en place dans une unité de chirurgie orthopédique du centre hospitalier intercommunal Toulon-La Seyne sur Mer.

Objectif :

Faire une évaluation de la conciliation médicamenteuse après deux ans de pratique en service de chirurgie orthopédique et ainsi évaluer la satisfaction de l'équipe médicale et soignante.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective des conciliations médicamenteuses d'entrée réalisées sur deux ans dans un service de chirurgie orthopédique. Étaient inclus dans cette étude les patients âgés d'au moins 65 ans, entrant par le service des urgences. Après rédaction du bilan médicamenteux, les divergences étaient caractérisées en intentionnelles ou non intentionnelles. Les données ont été traitées à l'aide des logiciels Excel et SPSS statistics®.

Résultats :

Au total 899 patients ont été conciliés, l'âge moyen était de 78 ans. 84% des patients étaient entrés par les urgences. 75% de la population avait au moins une divergence non intentionnelle (DNI), avec en moyenne 2.3 DNI par patient. Les classes médicamenteuses « cardiovasculaires » et « voies métaboliques et digestives » étaient les plus concernées. 75% des DNI ont été prises en compte et corrigées (34).

Conclusion de l'étude :

La conciliation médicamenteuse a permis de sécuriser la prise en charge médicamenteuse des patients.

On peut en déduire par ce retour d'expérience qu'il est nécessaire d'intégrer la CTM dans les missions et activités des professionnels de santé, pour la sécurité du patient. Pour une sécurisation maximale de la prise en charge pharmaceutique du patient, il est primordial que toutes les divergences non intentionnelles soient corrigées. Pour cela, la collaboration entre les différents intervenants doit être renforcée.

### **1.2.2 Conciliation médicamenteuse dans un service d'endocrinologie (35)**

Contexte :

Mise en place de la conciliation médicamenteuse dans un service d'endocrinologie du centre hospitalier intercommunal Toulon-La Seyne sur Mer.

Objectif :

Evaluer l'impact de la mise en place de la conciliation médicamenteuse dans ce service.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective menée de janvier à avril 2018. Sont inclus dans cette étude, les patients diabétiques hospitalisés en service d'endocrinologie.

Pour la conciliation médicamenteuse d'entrée, a été rédigé un bilan médicamenteux à partir de 3 sources concordantes (patient, entourage, pharmacien d'officine, médecin traitant...) en le comparant à l'ordonnance médicale d'admission.

Pour la conciliation de sortie, toutes les modifications apportées durant le séjour du patient ont été intégrées dans un tableau et transmis aux professionnels de santé de ce dernier (médecin traitant, pharmacien, infirmier libéral). Toutes ces modifications sont expliquées au patient avant sa sortie par le biais d'un entretien pharmaceutique.

Résultats :

31 patients ont été conciliés (âge moyen=58.3 ans). 29 DNI ont été retrouvées, avec au moins une divergence non intentionnelle chez 38.7% des patients.

En moyenne, on observe 2.4 DNI/patient. Les principaux médicaments concernés sont à visée cardiovasculaire (37.9%), neurologique (20.7%), ou digestive et métabolique (13.8%).

62.1% des DNI ont été prises en compte et corrigées. Parmi les 31 patients conciliés à l'admission, 25.8% des patients ont été conciliés en sortie. Le temps moyen passé par conciliation est de 27 minutes (35).

Conclusion de l'étude :

Cette étude confirme l'intérêt du pharmacien clinicien dans la sécurisation du parcours du soins du patient. En effet, il participe à la correction des erreurs de prescription. L'entretien pharmaceutique à la sortie du patient permet de le sensibiliser dans l'observance de son traitement. Les DNI ne sont pas toutes corrigées, car cela est lié aux restrictions du livret thérapeutique de l'établissement. Le temps consacré dans ce processus par le pharmacien reste néanmoins conséquent.

Ce qui en transparait, c'est que la CTM est une véritable valeur ajoutée dans le parcours du soin du patient. En effet, les erreurs médicamenteuses sont corrigées et le patient est rendu acteur de sa santé. Le rôle du pharmacien est renforcé dans le parcours de santé du patient en interpro et dans le lien ville-hôpital. Néanmoins, le développement de la CTM est principalement freiné par son caractère chronophage et par des problèmes organisationnels.

### **1.2.3 Conciliation médicamenteuse et entretien pharmaceutique à la sortie d'hospitalisation (36)**

Contexte :

Le centre hospitalier de Salon de Provence a mis en place la conciliation médicamenteuse dans le service de gastro-entérologie.

Objectif :

Améliorer le lien ville-hôpital dans le cadre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQUES).

Matériels et méthodes :

Sont inclus dans cette étude, les patients âgés de plus de 75 ans entrés par les urgences.

Rédaction du BMO par l'interne en pharmacie à l'entrée dans le service du patient, et intégration des informations dans le DPI. Le recueil de l'intégralité du traitement médicamenteux du patient permet la détection de divergences intentionnelles et non intentionnelles sur la prescription hospitalière en cours et la réévaluation de la prescription avec les médecins.

L'ordonnance de sortie est comparée au BMO en fin de séjour et si des DNI y sont détectées, l'ordonnance est réétudiée avec les prescripteurs. Les modifications du traitement habituel sont renseignées dans un courrier de conciliation enregistré dans le DPI.

Un entretien pharmaceutique avec le patient est réalisé pour expliquer ces modifications et ce courrier lui est remis en 3 exemplaires (patient, médecin traitant et officine). Dans le but de favoriser le lien avec les officines et de présenter la démarche, deux réunions ville-hôpital ont été organisées.

Résultats :

Cent trois patients ont été conciliés à l'entrée. La conciliation médicamenteuse de sortie a été réalisée pour 50% des patients : 76% de ces patients ont au moins une divergence intentionnelle (ajout pour 71%).

22% ont au moins une divergence non intentionnelle : 38% d'omission et 33% de non reprise du traitement habituel après substitution au livret. Un entretien pharmaceutique a été réalisé pour tous les patients sans troubles cognitifs (82%). Les principales raisons qui empêchent la conciliation à la sortie sont : sortie en l'absence de l'interne (53%), interne non prévenu de la sortie (21%) et transfert dans un autre service (17%). Dans tous les cas, le courrier de conciliation a été remis au patient. La conciliation médicamenteuse a été présentée aux pharmaciens de ville ainsi que la messagerie sécurisée pour faciliter l'échange des courriers et des ordonnances à l'entrée et à la sortie (36).

Conclusion de l'étude :

Le service de gastro-entérologie a bien intégré le processus de CTM. La conciliation de sortie sera encore plus développée. L'entretien pharmaceutique à la sortie a été jugé utile par tous les patients et le courrier de conciliation est très sollicité par les officines. Le développement des messageries sécurisées en ville permettra un meilleur lien ville-hôpital grâce à l'envoi direct du courrier de conciliation.

On peut en déduire que, si la démarche de CTM est bien comprise et acceptée, elle permet une sécurisation optimale du traitement. L'informatisation de la CTM par le développement des messageries sécurisées permettra de faciliter le transfert d'informations entre les différents intervenants.

## **1.3 Retour d'expérience sur la mise en place de la conciliation médicamenteuse de sortie à l'hôpital d'instruction des armées (HIA)**

### **Laveran**

#### Contexte :

Lors de mon stage hospitalier à l'HIA Laveran en 2018, j'ai choisi comme sujet de poster la conciliation médicamenteuse de sortie (annexe 5) en réalisant un état des lieux des pratiques actuelles des services.

#### Objectif :

L'objectif était d'identifier le(s) services le(s) plus éligible(s) à la mise en place de la conciliation médicamenteuse de sortie d'ici fin 2018 en réalisant un état des lieux des pratiques actuelles des services médico-chirurgicaux en termes de sortie du patient.

#### Matériel et Méthodes :

Audit prospectif du 1<sup>er</sup> au 17 août 2018, en indiquant par une note de service mon passage dans les services. J'ai remis en mains propres deux questionnaires au personnel médical et paramédical. Nous avons pondéré les réponses sur 100 points (25 points par thème). Ces questionnaires portaient essentiellement sur l'organisation de la sortie du patient, sur l'ordonnance de sortie et pour le personnel médical leurs avis sur la mise en place de la CMS.

#### Résultats :

Sur 10 services participants, j'ai remis 87 questionnaires et 72 m'ont été retournés (83%).

Sur les 72 questionnaires retournés, le taux de réponse du personnel paramédical fut de 54% et de 46% pour celui du personnel médical.

Sur une échelle de 100 points, tous les services du pôle chirurgical (ORL, chirurgie viscérale...) avaient eu un taux de 20 points.

Pour la majorité de ces services, la CMS était inadaptée à leur pratique. De plus, l'ordonnance de sortie ne contenait que les traitements liés à la prise en charge post-opératoire.

Au contraire, tous les services du pôle médical (rééducation, psychiatrie, pneumologie...) ont eu un taux de 66 points. Pour la majorité de ces services la CMS était adaptée. Effectivement, l'ordonnance de sortie contenait l'intégralité du traitement et elle a été expliquée au patient.

Conclusion du poster :

La CMS n'a pas été envisagée dans le pôle chirurgical, car les pratiques n'y étaient pas adaptées. L'ensemble du pôle médical de l'HIA Laveran était favorable à la mise en place de la CMS. Une réunion avec les différents services avait été envisagée pour n'en désigner qu'un seul et pour qu'à terme, la CMS soit déployée sur l'ensemble du pôle médical.

Nous allons donc nous intéresser à la mise en place de la conciliation médicamenteuse de sortie à l'HIA Laveran 3 ans après mon poster.

### **1.3.1 La conciliation médicamenteuse de sortie à l'hôpital Laveran**

Contexte :

Un poster sur l'éligibilité des services de l'HIA Laveran à la conciliation médicamenteuse de sortie a été rédigé en août 2018.

Objectif :

L'objectif est de savoir si la CMS a été mise en place à l'HIA Laveran à la suite de mon poster.

Matériels et méthodes :

Le 20 avril 2021, j'ai envoyé un mail à la pharmacienne en charge de la CMS pour avoir un entretien téléphonique. Mais malheureusement par manque de temps, cela n'a pas pu se faire. Par souci d'anticipation, parallèlement à ma demande d'entretien, un lien vers un questionnaire lui a été envoyé, élaboré grâce à l'outil Google Forms.

Le questionnaire comporte 12 questions dont 11 ouvertes et 1 à choix multiples (annexe 6). Les questions traitent de la mise en place de la CMS dans le(s) service(s), de ses avantages et de ses inconvénients.

### **1.3.2 Réponses au questionnaire**

J'ai reçu par mail le 27 avril 2021 les réponses au questionnaire.

La conciliation médicamenteuse de sortie a été mise en place en mars 2019, dans le service de pneumologie. La CMS se fait à la demande des pneumologues, lorsque le traitement d'entrée est inconnu ou incomplet et pour les patients conciliés aux urgences transférés en pneumologie. De 2019 à ce jour, une trentaine de patients ont été conciliés.

Au dernier bilan, sur 24 patients conciliés, 25% des ordonnances de sortie n'étaient pas conformes. En ligne de prescription cela représentait 16 lignes sur 70, soit 23% de divergences non intentionnelles. Depuis son instauration, 42% de divergences intentionnelles ont été recensées et 100% des erreurs ont été corrigées.

Concernant le lien ville-hôpital, le courrier de conciliation de sortie a été envoyé dans 92% des cas à la pharmacie d'officine. Le courrier de conciliation de sortie n'est pas envoyé dans le cas où le patient n'a pas de pharmacie habituelle ou si la pharmacie se trouve à l'étranger. Seule une pharmacienne s'occupe de la CMS à l'HIA Laveran. Dans cette activité de CMS plusieurs missions lui sont attribuées : la conciliation médicamenteuse à l'admission, le suivi de la sortie du patient, la validation du traitement de sortie avec le médecin, la rédaction du plan de prise personnalisé (PPP) du patient, la rédaction du courrier de conciliation de sortie (CCS) pour le pharmacien d'officine, l'entretien de sortie avec le patient avec le PPP et l'envoi du CCS au pharmacien d'officine.

#### Les avantages et les inconvénients de la CMS à l'HIA Laveran

La mise en place de la CMS permet une sécurisation du traitement de sortie donc la prévention des erreurs médicamenteuses à la sortie. Le lien ville-hôpital est aussi un avantage comme évoqué dans les réponses. La CMS est un critère avancé pour la certification V2020 qui pour l'HIA est prévu fin 2022.

Cependant, c'est un processus complexe qui implique un suivi rapproché du patient, de son entrée en hospitalisation à sa sortie. Une collaboration étroite avec les médecins qui ne sont pas forcément disponibles pour un résultat en ville qui reste encore à prouver.

Pour l'instant, le service pneumologie reste le seul service bénéficiant de la CMS à l'HIA Laveran car il n'y a pas suffisamment de ressources humaines pour étendre la démarche dans d'autres services.

## **2 Point sur la conciliation des traitements médicamenteux en PACA à partir d'une enquête menée en avril 2021**

Lorsque nous nous sommes engagées dans ce sujet de thèse, nous avons pour objectif de comprendre et d'expliquer la démarche de CTM, de dresser un panorama non exhaustif des pratiques en cours et de mettre en évidence les points forts et les points faibles tant au niveau organisationnel qu'au niveau des impacts sur l'amélioration de la qualité des soins. Puis, nous avons décidé de prolonger notre étude en participant activement au déploiement de cette démarche en PACA.

En effet, la CTM est un sujet central qui va être abordé dans la prochaine mandature de l'Union Régionale des Professionnels de Santé Pharmaciens. Cette étape du processus de pharmacie clinique (4) est enseignée dans le Diplôme d'Études Supérieures Universitaires (DESU) Éducation Thérapeutique et Soins Pharmaceutiques dispensé au sein de la faculté de Pharmacie de Marseille. Le lien-ville/hôpital/ville que la CTM sous-entend est un des axes de développement du projet de pharmacie clinique Pharm'Observance PACA.

Aussi, nous avons souhaité réaliser un bilan des connaissances et des pratiques actuelles tant à l'officine que dans certains centre hospitaliers, réputés pour avoir mis en œuvre une démarche de pharmacie clinique et où nous avons identifié un pharmacien hospitalier membre de la société Française de Pharmacie Clinique (SFPC).

Les questionnaires adressés étaient différents pour les pharmaciens d'officine et les pharmaciens hospitaliers

### **2.1 Objectif**

Réaliser un bilan des connaissances et des pratiques de CTM en ville et dans certains hôpitaux de la région PACA.

### **2.2 Matériels et méthodes**

Nous avons réalisé deux questionnaires à destination des pharmaciens officinaux et hospitaliers. En fonction des questions, plusieurs choix de réponses étaient possibles. Mise à part le champs « département », aucune question n'étaient à caractère obligatoire.



Nous avons opté pour l'envoi des questionnaires par mail. Un lien permettant de répondre directement via internet a été adressé aux pharmaciens.

Ils ont été élaborés grâce à l'outil Google Forms sous la direction du Dr Félicia Ferrera (directrice de thèse) et ont fait l'objet d'un pré-test pour la compréhension et la lisibilité auprès de deux pharmaciens officinaux et de deux pharmaciens hospitaliers.

### **2.2.1 Questionnaires officinaux**

Le questionnaire destiné aux officinaux comprend 17 questions traitant de l'ordonnance hospitalière, de la connaissance de la conciliation des traitements médicamenteux, des divergences de traitements, du compte rendu d'hospitalisation, de la pratique de la CTM, des critères d'éligibilité à la CTM, de l'utilité du LGO dans la CTM, des besoins liés à la mise en place de la CTM, des avantages et des inconvénients de celle-ci (annexe 7).

Il leur a été envoyé plusieurs fois, tout d'abord le mardi 23 mars, puis le jeudi 25 mars et pour finir, le vendredi 26 mars 2021 à la demande de ma directrice de thèse via l'URPS PACA à 1900 pharmaciens officinaux inscrits à l'URPS. Une relance a été faite par la suite le 8 avril 2021 toujours à la demande de ma directrice de thèse via le conseil de l'ordre aux pharmaciens d'officine de PACA ainsi qu'à toutes les promos des DESU Éducation Thérapeutique et Soins Pharmaceutiques via l'URPS PACA. C'est un questionnaire anonyme, qui fut accessible du 23 mars au 30 avril 2021.

### **2.2.2 Questionnaires hospitaliers**

Le questionnaire comprend, en fonction de la réponse donnée à la question 1 « Votre hôpital réalise-t-il la CTM ? » : 14 questions si à la question 1 la réponse est oui et 3 questions si à la question 1 la réponse est non. Les autres questions traitent de la mise en place ou non de la conciliation des traitements médicamenteux, de ses différentes modalités, des changements de traitement, du transfert d'informations entre la ville et l'hôpital, du logiciel de gestion, des inconvénients et avantages de la CTM (annexe 8).

Il a été envoyé à deux reprises. La première fois le 31 mars 2021 et la seconde fois le 7 avril 2021. Je l'ai transmis à différents pharmaciens hospitaliers de la région PACA, la plupart des adresses mail m'ont été communiquées par le Dr Félicia Ferrera.

J'ai aussi téléphoné directement certaines PUI pour avoir leur adresse mail. Dans celui-ci, j'ai demandé aux différents pharmaciens hospitaliers de le diffuser au sein de leur groupement hospitalier de territoire (GHT). C'est un questionnaire anonyme qui fut accessible du 31 mars au 30 avril 2021.

## 2.3 Résultats

### 2.3.1 Résultats auprès des officinaux

Sur les 1900 questionnaires envoyés nous avons obtenu 79 réponses.

#### 2.3.1.1 Les Participants

79 pharmaciens officinaux de la région PACA, ont répondu au questionnaire, le tableau ci-dessous donne la répartition par département :

Départements	Total (n=79)	%
Bouches-du-Rhône (13)	31	39%
Var (83)	19	24%
Vaucluse (84)	15	19%
Alpes-Maritimes (06)	11	14%
Alpes-de-Haute-Provence (04)	3	4%

Tableau 1 : Nombre de participants par départements

#### 2.3.1.2 Retours d'expériences officinales concernant la sortie hospitalière (questions 1-3-4-11)

97% des pharmaciens (n= 77) déclarent rencontrer des difficultés telles que des incertitudes sur une modification de traitement, un médicament habituel non prescrit ou une posologie modifiée lorsqu'un de leurs patients présente une ordonnance de sortie hospitalière.

Les pharmaciens (N=79) constatent des divergences entre l'ordonnance du médecin traitant avant l'hospitalisation et l'ordonnance de sortie du patient. Pour 68% (n=54) d'entre eux ils en constatent souvent, 30% (n=24) de temps en temps et 1% (n=1) systématiquement.

Pour 90% des pharmaciens (n=71) ces divergences posent problèmes dans leur pratique.

Ils sont 91% (n=72) à déclarer que le médecin traitant dans la rédaction de son ordonnance ne tient pas compte des modifications opérées après la suite de l'hospitalisation du patient (ex : arrêt d'une benzodiazépine, suppression d'un IPP...).

### 2.3.1.3 Etat des lieux de la pratique et des connaissances sur la CTM (questions 2-7-8-9-10-12)

65% (n=51) des pharmaciens déclarent avoir déjà entendu le terme de conciliation des traitements médicamenteux à l'occasion de leurs formations ou dans le cadre de leurs fonctions.

Nous les avons interrogées sur le recueil de l'intégralité des traitements médicamenteux et non médicamenteux (CTM) des patients par une question semi-directive, leurs réponses figurent dans le tableau ci-dessous :

<b>Conciliation des traitements médicamenteux (plusieurs réponses possibles)</b>	<b>Total (n=73)</b>	<b>%</b>
Pour réaliser un Bilan Partagé de Médication	47	64%
Sur demande d'un centre hospitalier dans le cadre de l'hospitalisation de l'un de vos patients	38	52%
Pour documenter un service médical dans le cadre d'une chirurgie programmée	7	10%
Non pas de recueil des traitements pour votre officine	3	4%
Jamais de recueil des traitements pour votre officine	1	1%
« Délivrance de sortie »	1	1%

Tableau 2 : Conciliation des traitements médicamenteux

Le tableau ci-après met en évidence les différentes sources utilisées pour la CTM :

<b>Sources d'informations (plusieurs réponses possibles)</b>	<b>Total (n=79)</b>	<b>%</b>
Le Logiciel de gestion officine	75	95%
Le Patient	51	65%
Les Aidants proches	27	34%
L'IDE infirmier diplômé d'Etat	19	24%
Le Médecin généraliste	18	23%
Le dossier pharmaceutique (DP)	3	4%
Le dossier médical partagé (DMP)	1	1%

Tableau 3 : Sources d'informations utilisées pour la CTM en officine

Nous avons cherché à identifier quels patients devraient bénéficier de cet acte pharmaceutique :

<b>Bénéficiaires de la CTM (plusieurs réponses possibles)</b>	<b>Total (n=79)</b>	<b>%</b>
Patients polymédiqués	75	95%
Patients âgés	67	85%
Patients qui sortent de l'hôpital	64	81%
Patients présentant des pathologies chroniques (quel que soit leur âge)	55	70%
Patients avec une chirurgie programmée	50	63%
Patients en oncologie	1	1%
Patients désorientés	1	1%

Tableau 4 : Les bénéficiaires de la conciliation des traitements médicamenteux

Par conséquent, il été judicieux de savoir qui s'occupe ou s'occuperait de réaliser la CTM à l'officine :

<b>Acteurs de la conciliation des traitements médicamenteux</b>	<b>Total (n=77)</b>	<b>%</b>
Pharmacien	76	99%
Etudiant en pharmacie	12	16%
Préparatrice en pharmacie	11	14%

Tableau 5 : Acteurs de la conciliation des traitements médicamenteux

Pour finir, cet état des lieux de la pratique et des connaissances sur la CTM, 77% des pharmaciens (n=61) déclarent que leur logiciel de gestion (LGO) est susceptible de les faciliter dans la réalisation de cet acte pharmaceutique.

#### **2.3.1.4 Perception de la communication ville/hôpital/ville (questions 5-6-13)**

Nous avons cherché à savoir si le compte rendu d'hospitalisation est systématiquement remis aux pharmaciens d'officine.

Les pharmaciens (N=79) déclarent le recevoir : rarement à 51% (n=40), jamais à 47% (n=37) et souvent pour seulement 2% (n=2).

Concernant les moyens de communication du compte rendu d'hospitalisation :

<b>Les moyens de communication (plusieurs réponses possibles)</b>	<b>Total (n=61)</b>	<b>%</b>
Par le patient ou les aidants proches	44	72%
Courrier/mail/fax du pharmacien hospitalier	10	16%
Appel du pharmacien hospitalier	6	10%
Non communiqué	4	7%
Jamais	2	3%
Courrier/mail/fax du médecin traitant	1	2%
Appel du médecin traitant	1	2%
Appel du service par le pharmacien hospitalier	1	2%

Tableau 6 : Les moyens de communication du compte rendu d'hospitalisation

Nous avons cherché à savoir si le LGO des pharmaciens est une bonne interface de communication entre l'hôpital et les professionnels de ville.

Ils sont 62% (n=49) à déclarer que leur LGO n'est pas une bonne interface de communication avec l'hôpital et les professionnels de ville.

À la suite de cette question nous avons demandé à ceux qui ont répondu non, quelles seraient les améliorations à apporter à leur logiciel de gestion officine :

<b>Les besoins concernant le logiciel de gestion officine (plusieurs réponses possibles)</b>	<b>Total (n=68)</b>	<b>%</b>
La transmission d'information avec l'hôpital	62	91%
La transmission d'information avec le médecin	62	91%
Pouvoir faire un véritable dossier patient (DP, DMP)	2	3%
Une interface avec BIMEDOC®	2	3%
La transmission d'information avec le patient ou les aidants	1	1%
Automatiser les divergences	1	1%

Tableau 7 : Les besoins concernant le logiciel de gestion officine

### 2.3.1.5 Freins et besoins liés à la CTM pour les officinaux (questions 14-15-17)

Ci-dessous les principales raisons qui empêchent les pharmaciens officinaux de pratiquer la CTM :

<b>Les principales raisons qui empêchent la pratique de la CTM (plusieurs réponses possibles)</b>	<b>Total (n=77)</b>	<b>%</b>
Processus chronophage	67	87%
Peu de moyens (financiers, matériels, humains)	48	62%
Pas assez de formation	36	47%
Critères d'éligibilité difficiles	11	14%
Les données actualisées devraient être systématiquement transmises à l'officine	3	4%
Absence de demande de la part des services médicaux	2	3%
Difficultés à interagir avec les autres professionnels de santé (pharmacien hospitalier, médecins)	2	3%
Sans intérêt pour leur pratique	1	1%
Patients peu réceptifs	1	1%
Aucune rémunération pour une charge de travail importante (plusieurs patients à concilier)	1	1%
Un réel investissement nécessitant du personnel supplémentaire (pharmacien assistant)	1	1%

Tableau 8 : Les principales raisons qui empêchent la pratique de la CTM

Le tableau ci-après met en évidence les différents besoins liés à la mise en place de la CTM :

<b>Les besoins liés à la mise en place de la CTM en officine (plusieurs réponses possibles)</b>	<b>Total (n=78)</b>	<b>%</b>
Temps	67	86%
Connaissance/Relation hospitalier	56	72%
Logiciel adapté	53	68%
Organisation/Financement	45	58%
Formation	34	44%
Personnel qualifié	24	31%

Tableau 9 : Les besoins liés à la mise en place de la CTM en officine

En réponse à la question 17 (« Quels sont les inconvénients liés à la mise en place de la conciliation des traitements médicamenteux dans votre officine ? ») voici ci-dessous les résultats :

<b>Les inconvénients de la CTM (plusieurs réponses possibles)</b>	<b>Total (n=53)</b>	<b>%</b>
Chronophage	24	45%
Aucun inconvénient	13	24%
Difficulté de communication interpro (lien ville-hôpital)	6	11%
Pas de financement/Rémunération	5	9%
Manque de personnel	4	7%
Pas assez de formation (personnel qualifié)	3	6%
Réorganisation officine (équipe, moyens)	3	6%
Pas de logiciel adapté	3	6%
Pas d'avis à ce jour	2	4%
Acceptation des patients	1	2%
Une mission de plus en officine	1	2%
Possibilité d'être plusieurs officines à concilier le même patient	1	2%

Tableau 10 : Les inconvénients de la CTM en officine

### 2.3.1.6 Avantages perçus (question 16)

Les pharmaciens ont déclaré plusieurs avantages liés à la mise en place de la CTM, ces avantages figurent dans le tableau ci-dessous :

<b>Les avantages de la CTM (plusieurs réponses)</b>	<b>Total (n=77)</b>	<b>%</b>
Sécurisation du traitement	75	97%
Rôle renforcé du pharmacien dans le parcours de santé du patient en interpro et dans le lien ville-hôpital	73	95%
Resserrement des liens avec l'hôpital	62	80%
Information sur l'hospitalisation ainsi que la sortie hospitalière	53	69%
Fidélisation de la patientèle chronique et âgée	46	60%
Financement d'une nouvelle mission pharmaceutique	46	60%
Une mission à part entière à la compétence de l'officine	1	1%
Éviter le « shunt » par les prestataires non pharmaceutiques	1	1%

Tableau 11 : Les avantages de la CTM



### 2.3.2 Résultats auprès des hospitaliers

Sur les 25 questionnaires envoyés nous avons obtenu 15 réponses soit un taux de 60%.

#### 2.3.2.1 Les participants

15 pharmaciens hospitaliers de la région PACA, ont répondu au questionnaire, le tableau ci-dessous donne la répartition par département :

Départements	Total (n=15)	%
Vaucluse (84)	5	33%
Bouches-du-Rhône (13)	4	27%
Var (83)	4	27%
Alpes-Maritimes (06)	2	13%

Tableau 12 : Nombre de répondants par départements

#### 2.3.2.2 Etat des lieux de la pratique de la CTM (question 1-2-2bis-3-4-5-6-12)

73% des pharmaciens (n=11) déclarent pratiquer la CTM dans leur hôpital.

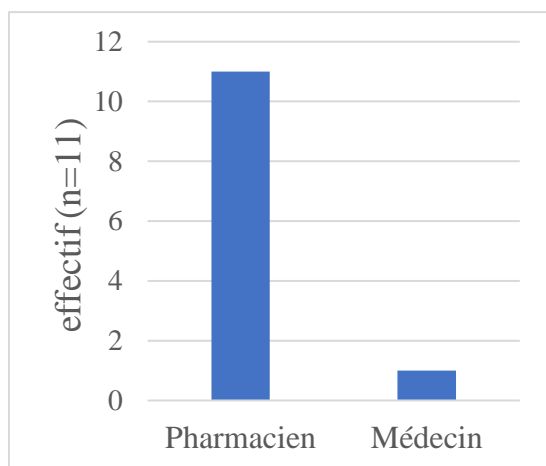
Pour les 27% (n=4) qui déclarent ne pas l'avoir mise en place, ils sont 75% (n=3) à envisager sa mise en place.

Le tableau ci-dessous met en évidence les services médicaux où les pharmaciens déclarent qu'une activité de CTM est mise en pratique :

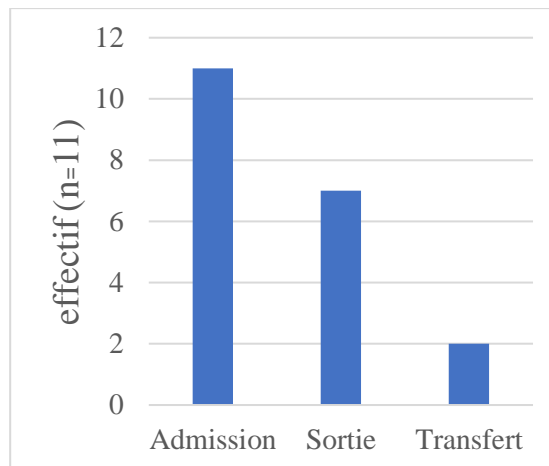
Services médicaux (plusieurs réponses possibles)	Total (n=11)	%
Gériatrie	5	45%
Tous les services	4	36%
SSR	3	27%
Médecine	3	27%
Endocrinologie	2	18%
Chirurgie	2	18%
Unité d'Hébergement d'Urgence (UHU)	2	18%
Médecine polyvalente	1	9%
Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO)	1	9%
Médecine post-urgences	1	9%
Médecine Covid	1	9%
Neurologie	1	9%
Allogreffes	1	9%
Pneumologie	1	9%

Tableau 13 : Les services bénéficiant de la conciliation des traitements médicamenteux

Les réponses des questions 3 et 4 concernent les acteurs à l'initiative de la CTM et son niveau de mise en place. Les résultats sont mis en évidence dans les figures ci-dessous :



**Figure 2 : Les acteurs de santé à l'initiative de la CTM**



**Figure 3 : A quel niveau est mis en place la conciliation des traitements médicamenteux ?**

Nous avons mis en évidence dans le tableau ci-dessous les cibles d'éligibilité pour les 75% des pharmaciens (n=3) qui envisagent de mettre en place la CTM :

**Les critères d'éligibilité à la CTM (plusieurs réponses possibles)**

	Total (n=4)	%
Patients âgés	4	100%
Patients polymédiqués	3	75%
Patients présentant des pathologies chroniques (quel que soit leur âge)	3	75%
Patients hospitalisés dans un service particulier (SSR, ...)	1	25%
Insuffisance cardiaque	1	25%
A la demande des services	1	25%
Médicaments à risques	1	25%
1ère hospitalisation venant du domicile	1	25%

**Tableau 14 : Les critères d'éligibilité à la CTM**

Les supports utilisés pour réaliser la CTM figurent dans le tableau ci-dessous :

<b>Les supports utilisés pour la réalisation de la CTM</b>	<b>Total (n=11)</b>	<b>%</b>
Informatisé et non interopérable avec le logiciel métier (qui ne communique pas avec le logiciel métier)	6	54%
Support papier	5	45%
Informatisé et intégré au logiciel métier (qui communique avec le logiciel métier)	3	27%

Tableau 15 : Les supports utilisés pour la réalisation de la CTM

Pour finir, cet état des lieux de la pratique de la CTM, 55% (n=6) des pharmaciens déclarent que leur logiciel de gestion est susceptible de les faciliter dans la réalisation de cet acte pharmaceutique.

### **2.3.2.3 Perception de la communication ville/hôpital/ville (questions 7-8-9-10-12)**

54% (n=6) des pharmaciens déclarent ne pas signaler systématiquement les changements de traitements aux professionnels de ville.

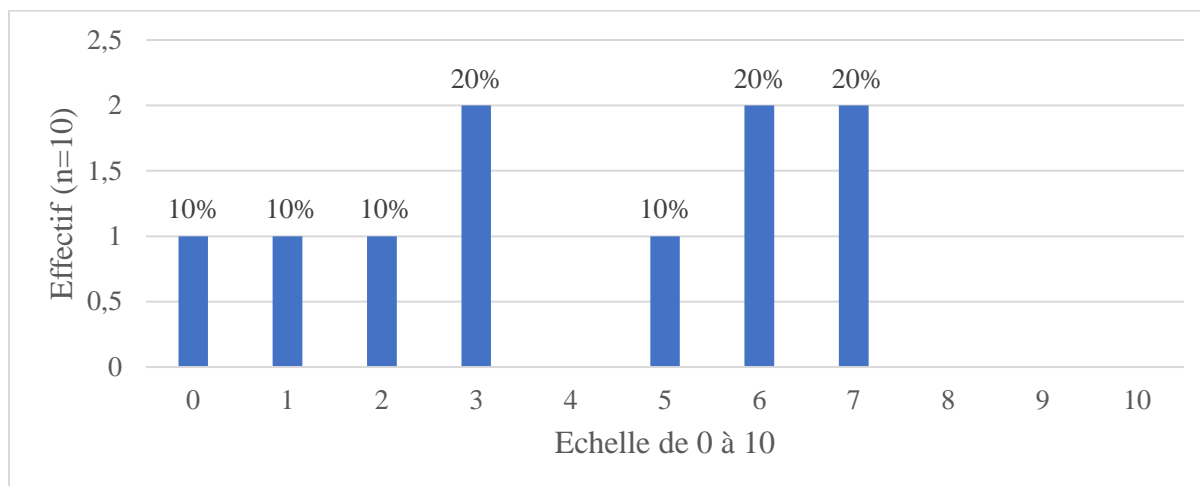
Les moyens de communication de ces changements sont mis en évidence dans le tableau ci-dessous :

<b>Par quels moyens ? (plusieurs réponses possible)</b>	<b>Total (n=7)</b>	<b>%</b>
Courrier/mail/fax au pharmacien d'officine	4	57%
Courrier/mail/fax au médecin	4	57%
Appel au médecin traitant	1	14%
IDE libéral	1	14%

Tableau 16 : Les moyens de communication des changements de traitements

Dans le cadre de la CTM, concernant les retours des pharmaciens d'officine sur les documents transmis, les répondants (n=9) déclarent n'avoir jamais de retour pour 44%, de temps en temps pour 44% et souvent pour 11%.

A la question « Sur une échelle de 0 à 10 comment qualifiez-vous la fluidité du transfert d'information entre le pharmacien hospitalier et le pharmacien d'officine ? » sur les 15 interrogés 10 répondent à la question. Il ressort ces réponses :



**Figure 4 : La fluidité du transfert d'information entre les pharmaciens hospitaliers et officinaux, sur une échelle de 0 à 10**

Les besoins pour améliorer la communication entre les pharmaciens hospitaliers et officinaux sont mis en évidence dans le tableau ci-dessous :

Les besoins (plusieurs réponses possibles)	Total (n=11)	%
Ressources humaines	9	82%
Ressources informatiques	7	64%
Réseau identifié/ Contact humain	1	9%
Communication des établissements envoyeurs qui ont déjà réalisés la conciliation	1	9%

Tableau 17 : Les besoins pour améliorer la communication

Nous avons cherché à savoir si le logiciel de gestion des pharmaciens est une bonne interface de communication avec les pharmaciens d'officines et les professionnels de ville.

Ils sont 91% (n=10) à déclarer que leur logiciel de gestion n'est pas une bonne interface de communication.

À la suite de cette question, nous avons demandé à ceux qui ont répondu non, quelles seraient les améliorations à apporter à leur logiciel de gestion :

<b>Les besoins concernant le logiciel de gestion (plusieurs réponses possibles)</b>	<b>Total (n=9)</b>	<b>%</b>
La transmission d'informations avec les pharmaciens d'officine	9	100%
La transmission d'informations avec le médecin	6	67%
La réalisation de la conciliation elle-même	1	11%

Tableau 18 : Les besoins pour améliorer le logiciel de gestion

#### **2.3.2.4 Freins et besoins liés à la CTM pour les hospitaliers (questions 13-3bis-4bis)**

Pour les 27% (n=4) qui déclarent ne pas pratiquer la CTM, nous avons mis en évidence les freins à la pratique de celle-ci :

<b>Les freins à la CTM (plusieurs réponses possibles)</b>	<b>Total (n=4)</b>	<b>%</b>
Processus chronophage	3	75%
Peu de moyens (financiers, matériels, humains)	3	75%
Critères d'éligibilité difficiles	1	25%
Mauvaise organisation	1	25%

Tableau 19 : Les freins liés à la CTM

Le tableau ci-après met en évidence les différents besoins liés à la mise en place de la CTM pour les 4 pharmaciens qui n'ont pas mis en place la CTM à l'hôpital :

<b>Les besoins liés à la mise en place de la CTM</b>	<b>Total (n=4)</b>	<b>%</b>
Temps	4	100%
Formation	2	50%
Personnel qualifié	2	50%
Logiciel adapté	2	50%

Tableau 20 : Les besoins liés à la mise en place de la CTM à l'hôpital

En réponse à la question 13 (« Quels sont les inconvénients liés à la mise en place de la CTM dans votre hôpital ? ») voici ci-dessous les résultats :

**Les inconvénients de la CTM (plusieurs réponses**

<b>possibles)</b>	<b>Total (n=10)</b>	<b>%</b>
Manque de personnel	5	50%
Manque de temps	4	40%
Aucun inconvénient	2	20%
Difficultés de communication avec certaines officines et certains médecins	1	10%
Personnel pharmaceutique essentiellement sollicité	1	10%
Technique essentiellement informatique	1	10%
Difficulté à mettre en place les conciliations de sortie	1	10%
Absence de financement	1	10%
Changement prochain du DPI	1	10%
Logiciel peu adapté	1	10%

Tableau 21 : Les inconvénients de la CTM à l'hôpital

**2.3.2.5 Avantages perçus (question 14)**

Les pharmaciens ont déclaré plusieurs avantages liés à la mise en place de la CTM, ces avantages figurent dans le tableau ci-dessous :

<b>Les avantages de la CTM à l'hôpital (plusieurs réponses possibles)</b>	<b>Total (n=11)</b>	<b>%</b>
Sécurisation du traitement	11	100%
Rôle renforcé du pharmacien dans le parcours de santé du patient en interpro et dans le lien ville-hôpital	9	82%
Resserrement des liens avec les professionnels de ville	4	36%
Financement d'une nouvelle mission pharmaceutique	1	9%
Médico-économique	1	9%

Tableau 22 : Les avantages de la CTM à l'hôpital

## 2.4 Conclusion de l'enquête

On peut s'interroger sur les faibles retours des questionnaires envoyés aux pharmaciens de la région PACA. En effet, plusieurs raisons peuvent être évoquées notamment : la crise sanitaire qui submerge les pharmaciens en termes de temps et le système d'envoi par mail qui peut s'avérer peu fiable (spam, adresse mail invalide).

Il ressort de cette enquête que les pharmaciens estiment que la conciliation des traitements médicamenteux est le processus le plus complet pour la sécurisation du traitement. Il résulte de la CTM un renforcement du rôle du pharmacien dans le parcours de santé du patient en interpro et dans le lien ville-hôpital-ville.

La mise en place de la CTM à l'hôpital est plus structurée qu'en ville néanmoins, il en ressort les mêmes avantages : sécurisation du traitement, rôle renforcé du pharmacien dans le parcours de soin du patient et amélioration du lien ville-hôpital-ville.

Les pharmaciens hospitaliers et officinaux partagent le même avis concernant les nombreux freins au déploiement de la CTM. Ils insistent sur le processus chronophage, le manque de ressources humaines, matériels et financiers, et un logiciel peu adapté à toutes les étapes de la CTM. Le lien ville-hôpital-ville bien que renforcé démontre des failles dans la communication entre les différents professionnels. On constate que la CTM repose essentiellement sur le pharmacien.

Nous allons dans la dernière partie décrire un outil auquel nous avons eu accès dans le cadre du programme Pharm'Observance (12) et qui permet aux PH et PO de communiquer et de pratiquer la CTM.

# TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION

Pour améliorer la pratique de la CTM et permettre aux pharmaciens de gérer plus facilement celle-ci, plusieurs solutions ont été apportées. Nous allons nous focaliser sur l'utilisation d'un outil qui permet d'accompagner le pharmacien dans la digitalisation, de numériser les nouvelles missions d'accompagnement pharmaceutique dont la conciliation médicamenteuse et d'améliorer le lien ville-hôpital-ville.

## **Le logiciel de soins pharmaceutiques BIMEDOC® pour la réalisation de la CTM**

Pour la réalisation de la conciliation médicamenteuse la plateforme BIMEDOC® propose un outil qui est une application web sous la forme d'un DPI. A l'intérieur de chaque dossier patient, on retrouve différentes activités d'accompagnements pharmaceutiques dont la conciliation médicamenteuse. Dans la fiche patient, plusieurs onglets sont à disposition on y retrouve notamment les informations du patient (identitovigilance) et un onglet conciliation médicamenteuse. Dans ce dernier onglet la CTM est partagée en trois étapes : le bilan médicamenteux (BM), la conciliation médicamenteuse d'entrée (CME) et la conciliation médicamenteuse de sortie (CMS).

Concernant la réalisation du bilan médicamenteux, l'outil permet d'ajouter différentes sources et rentrer les médicaments à l'aide d'une base de données en fonction de chaque source d'information. Le pharmacien hospitalier et le pharmacien d'officine peuvent s'échanger des informations via une messagerie sécurisée (MSSanté). Le bilan médicamenteux est synthétisé automatiquement et est inclus dans le dossier du patient.

Cet outil permet de réaliser la CME et la CMS en comparant le bilan médicamenteux à la prescription hospitalière en cours et/ou à la prescription de sortie. Par la suite, plusieurs documents sont synthétisés, intégrés dans le dossier patient, transmis au pharmacien d'officine et/ou directement remis au patient.



On peut déduire que cet outil peut contribuer à répondre aux besoins des pharmaciens notamment, en matière de temps et d'amélioration du lien ville-hôpital-ville. Il permet de gagner en rapidité en informatisant le recueil des informations donc d'atténuer le processus chronophage de la CTM. La possibilité d'échanger directement les informations via la messagerie sécurisée (MSSanté) répond aux besoins des pharmaciens concernant le lien ville-hôpital-ville. Ce logiciel permet de pratiquer la CTM à toutes les étapes et peut devenir un outil indispensable à la pratique de la CTM.

## CONCLUSION

Le contexte sanitaire de nombreux patients amène les professionnels de santé à assurer la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. Le pharmacien joue un rôle crucial car il participe à toutes les étapes du processus de pharmacie clinique (4).

La conciliation des traitements médicamenteux (CTM) est une activité émergente en France depuis 2010 et plusieurs démarches de conciliation médicamenteuse sont connues, nous avons dressé un panorama non exhaustif des pratiques en cours aussi bien au niveau national que régional.

Il en ressort de cette recherche des points forts et des points faibles à la pratique de la CTM. Dans notre enquête destinée aux pharmaciens de la région PACA nous avons mis en évidence les connaissances et les pratiques actuelles de celle-ci.

Le manque de personnel lors de la mise en place de la CTM, permet de souligner le rôle du préparateur dans celle-ci. Pour soulager le pharmacien, il s'agirait de former les préparateurs à la pratique de la CTM.

Pour améliorer la pratique de la CTM par les pharmaciens, nous avons proposé un outil de conciliation auquel nous avons eu accès dans le cadre du programme Pharm'Observance (12).

L'informatisation de toutes les étapes de la CTM permet de diminuer le caractère chronophage de celle-ci, d'améliorer la fluidité d'information entre la ville et l'hôpital et d'avoir des logiciels plus adaptés pour sa pratique.

Le lien ville-hôpital-ville est un élément primordial à la bonne pratique de la conciliation, cette collaboration bien qu'existante à de nombreuses failles qu'il faut corriger. Des réunions ville-hôpital devraient peut-être être envisager ?

Cette thèse avait pour but d'établir un état des lieux de la pratique de la CTM en PACA, elle servira de support à un article décrivant les pratiques de la CTM en PACA dans une revue de pharmacie clinique.

# BIBLIOGRAPHIE

1. Appui santé et médico-social, Enjeux de l'informatisation de la conciliation médicamenteuse (2019).pdf.
2. Haute Autorité de Santé, Rapport d'expérimentation sur la mise en oeuvre de la conciliation des traitements par neuf établissements de santé français (2015).pdf.
3. Article L5125-1-1 A - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886688/2020-01-01](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886688/2020-01-01)
4. <https://www.omedit-paysdelaloire.fr/wp-content/uploads/2020/08/2017-SFPC-modele-pharmacie-clinique-1.pdf>
5. Etudes et Résultats, Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé (2018) Numéro 1077.pdf.
6. Haute Autorité de Santé, Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées.pdf.
7. Etudes et Résultats, Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes (2017) Numéro 1036.pdf.
8. Agrinier N, Bloch Juliette. Etats des lieux, les maladies chroniques page 16 (2010).pdf.
9. Note d'analyse sur la chimiothérapie orale du cancer - Chimiothérapie [Internet]. [cité 27 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-traitements/Chimiotherapie2/Chimiotherapie-orale-du-cancer>
10. Article 51 : un dispositif pour favoriser l'innovation en santé | Agence régionale de santé PACA [Internet]. [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/index.php/article-51-un-dispositif-pour-favoriser-linnovation-en-sante?parent=6429>
11. Actions en région, Le développement sécurisé des chimiothérapies orales est poursuivi par une plus grande mobilisation des professionnels de santé et des patients.pdf.
12. Le projet Pharm'Observance <https://www.urps-pharmaciens-paca.fr/le-projet/>
13. Haute Autorité de Santé - Sécuriser la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé [Internet]. [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2574453/fr/securiser-la-prise-en-charge-medicamenteuse-en-etablissement-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2574453/fr/securiser-la-prise-en-charge-medicamenteuse-en-etablissement-de-sante)
14. Haute Autorité de Santé, Mettre en oeuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé (2018).pdf.
15. Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins - Description des résultats 2009 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 27 déc 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-etudes-et-recherche/article/enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins>

16. <http://droit-medical.com/wp-content/uploads/2012/05/eneis-2009.pdf>.
17. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide\\_conciliation\\_des\\_traitements\\_medicamenteux\\_en\\_etablissement\\_de\\_sante.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf)
18. 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. *Pharm Hosp Clin*. mars 2019;54(1):56-63.
19. Société française de pharmacie clinique, lexique de la pharmacie clinique.pdf.
20. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/ctm\\_hospitalisation\\_de\\_jour\\_en\\_oncogeriatric\\_institut\\_bergonie.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/ctm_hospitalisation_de_jour_en_oncogeriatric_institut_bergonie.pdf)
21. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/ctm\\_patients\\_allogreffes\\_sortie\\_et\\_suivi\\_du\\_patient\\_gh\\_sud\\_hcl.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/ctm_patients_allogreffes_sortie_et_suivi_du_patient_gh_sud_hcl.pdf)
22. <https://pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/view/954/615>.
23. Société française de pharmacie clinique, fiche mémo, préconisations pour la pratique de la conciliation des traitements médicamenteux (2015).pdf.
24. La conciliation médicamenteuse : déploiement nationale [Internet]. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/conciliation-medicamenteuse/article/la-conciliation-medicamenteuse-enquete-sur-son-deploiement-nationale>
25. Paumier C, Di Paolo J, Pilliez A, Pollet C. Conciliation des traitements médicamenteux dans un établissement de santé mentale : évaluation d'une nouvelle organisation. *Eur Psychiatry*. nov 2015;30(S2):S153-S153.
26. [https://www.prescrire.org/Docu/Rencontres2017/004\\_BonneauI\\_Poster\\_Conciliation.pdf](https://www.prescrire.org/Docu/Rencontres2017/004_BonneauI_Poster_Conciliation.pdf)
27. Déploiement de la conciliation des traitements médicamenteux (CTM) dans un service de Chirurgie : quelles sont les difficultés rencontrées ? :1.
28. Bauer D. Partage d'expériences régionales sur l'activité de conciliation médicamenteuse. :32.
29. [http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery\\_files/site/136/2953/4197/4829/7960/7973.pdf](http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/4197/4829/7960/7973.pdf)
30. Darcissac C, Herif K, Janoly-Dumenil A, Ricanet-Delannoy A, Moyenin Y, Pivot C. Mise en place de la conciliation médicamenteuse de sortie au sein d'un SSR gériatrique : favoriser le lien hôpital ville. *Pharm Hosp Clin*. mars 2017;52(1):e6-e6.
31. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0515370017300174?via%3Dihub>.
32. [http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery\\_files/site/136/2953/4222/4230.PDF](http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/4222/4230.PDF)
33. <https://www.omeditpacacorse.fr/wp-content/uploads/2018/04/R%C3%A9sultats-enquete-conciliation.pptx>.
34. <https://www.em-consulte.com/es/article/1437084/conciliation-medicamenteuse-a-l-entree-des-patient>.

35. Conciliation médicamenteuse et lien ville hôpital : expérience dans un service d'endocrinologie. D. Satori\*a (Mlle), M. Duvala (Dr), M. Mendjela (Dr), F. Fafia (Dr), C. Demichelisa (Dr), V. Di Costanza (Dr), S. Laoa (Dr) a Centre Hospitalier Intercommunal Toulon-La Seyne sur Mer, Toulon, FRANCE.

36.<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S221110421830153X?via%3Dihub>.

# ANNEXES

Annexe 1 : Attestation acceptation travaux congrès SFPC 2020



Marseille, le 29/01/2020

## ATTESTATION ACCEPTATION TRAVAUX CONGRES SFPC 2020

Je soussigné Benoit ALLENET, président du Conseil Scientifique de la SFPC, atteste que le travail de :

**LE TOHIC Sarah**  
**HIA Laveran**

et

**Mmadi DR. (1) ; Nguyen S. (1) ; Spadoni S. (1) ; Le Garlantezec P. (1) ; Le Tohic S. (1)**

**(1) Pharmacie hospitalière, Hôpital d'Instruction des Armées Laveran, Marseille**

Intitulé :

**Conciliation médicamenteuse de sortie : quels services éligibles à court terme ?**

A été retenu comme présentation affichée (poster) dans le cadre du congrès 2020 de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) Marseille.

Pour faire valoir ce que de droit.

Pr Benoit Allenet  
Président du Conseil Scientifique  
SFPC Marseille 2020

## Annexe 2. Fiche de recueil des informations par source pour concilier

NOM : Date de naissance : / / Nom du service : Date d'admission : / / Adresse : Téléphone :	Prénom : IPP : N° de chambre :	Personne à contacter : Médecin traitant : Pharmacia d'officine : Infirmier à domicile : EHPAD : Dossier Pharmacovigilance : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Allergies : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non / requêtes : Psychotropes : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non / requêtes : Automédication : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Crèmes/pommades : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Collyres : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Injections : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Patchs : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

Information donnée du		Patient		Pharmacia d'officine		Médecin traitant		Urgences		Ordonnance(s) avec laquelle/ lesquelles le patient est admis		Médicaments rapportés lors de l'hospitalisation	
Médicament Forme/Voie	Posologie	Posologie	Posologie	Posologie	Posologie	Posologie	Posologie	Posologie	Posologie	Posologie	Posologie	Posologie	Posologie
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

M : si l'information est incertaine, la noter entre parenthèses.

## Annexe 4. Fiche de conciliation des traitements à l'admission (FCT)

NOM : Prénom : Date de naissance : / / IPP :	Nom du service : Numéro de chambre :	Médecin traitant : Infirmier à domicile : Pharmacien d'officine : EHPAD :
---	---	--

Conciliation faite le	Bilan médicamenteux			Statut	entre*				et**			Processus de conciliation :			
	Nom/dosage/forme	Posologie/voie			Nom/dosage/forme	Ordonnance du			Existence d'une divergence	Divergence intentionnelle ou Erreur médicamenteuse	Décision médicale/ Erreur médicamenteuse	Commentaires			
		M	M			S	N	M					S	N	

\*Nom du concilieur 1 - \*\*Nom du concilieur 2  
 Rapport d'expérimentation du projet Med Rec – Annexe 4



## VOLET MÉDICAMENTEUX DE LA LETTRE DE LIAISON À LA SORTIE

Séjour hospitalier : du / / au / /

NOM (de naissance) : NOM (marital) : Prénom(s) : Sexe : Date de naissance : / / IPP :	Motif d'hospitalisation :	Nom du médecin hospitalier : Nom du service hospitalier : Téléphone : Nom du pharmacien hospitalier : Téléphone pharmacie hospitalière :	Médecin traitant : Pharmacien d'officine : IDE domicile :
--	---------------------------	--	---

Traitement médicamenteux pris avant hospitalisation ou bilan médicamenteux			Traitement médicamenteux à la sortie		Commentaires
Nom/dosage/forme	Posologie	Devenir du traitement	Nom/dosage/forme	Posologie	<small>(motif de changement entre bilan médicamenteux et traitement de sortie, cible thérapeutique et surveillance associée, durée de traitement calculée à partir de la date de rédaction du traitement de sortie)</small>

## Conciliation de sortie : quels services éligibles à court terme ?

Mmadi D., Le Tohic S., Nguyen S., Spadoni S., Galvez O., Le Garlantezec P.  
Service Pharmacie Hospitalière, HIA Laveran, 34 boulevard Laveran 13384 MARSEILLE Cedex 13

### INTRODUCTION

La conciliation médicamenteuse de sortie (CMS) prévient les erreurs médicamenteuses et garantit la continuité complète et exhaustive du traitement médicamenteux du patient à sa sortie d'hospitalisation. Elle vérifie que les traitements d'entrée soit prescrit sur l'ordonnance de sortie et que les ajouts, modifications et/ou arrêts de traitement soient justifiés et expliqués au patient. La CMS sécurise le parcours de soin du patient en renforçant le lien ville-hôpital. Son développement est principalement freiné par son caractère chronophage et des problèmes organisationnels.



### OBJECTIF



Etat des lieux des pratiques actuelles des services médico-chirurgicaux en termes de sortie du patient

↓  
Identifier le(s) service(s) le(s) plus éligible(s) à la mise en place de la CMS d'ici fin 2018

### MATERIELS ET METHODES

Audit prospectif, du 1<sup>er</sup> au 17 août 2018 (note de service)  
2 questionnaires, remis en mains propres par l'externe en pharmacie

#### Questionnaire médical

- Le patient sort-il avec une ordonnance de sortie ?
- A quel moment prescrivez-vous l'ordonnance de sortie ?
- Prescrivez-vous l'intégralité du traitement pris habituellement par le patient sur l'ordonnance de sortie ?
- Les traitements de sortie sont-ils expliqués au patient ?
- Etes vous favorable à la mise en place de la CMS dans votre service ?
- Pensez-vous qu'elle serait adaptée à vos pratiques actuelles ?
- Voyez-vous d'autres freins à la mise en place de la CMS ?

#### Questionnaire paramédical

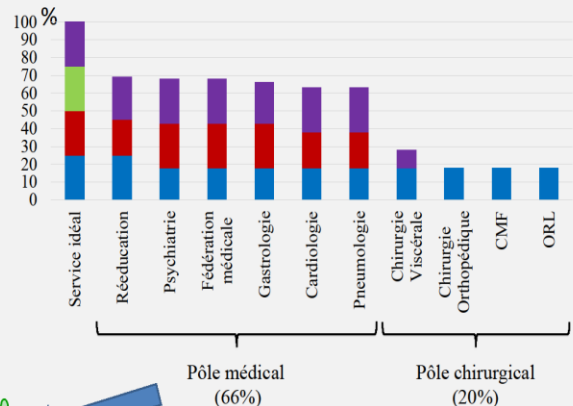
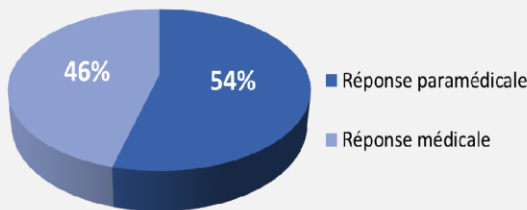
- A quel moment la sortie du patient est-elle programmée ?
- Le patient sort-il avec une ordonnance de sortie ?
- A quel moment l'ordonnance de sortie est-elle rédigée ?
- Voyez-vous des freins à la mise en place de la CMS ?

Pondération des réponses sur 100 points  
(25 points par thème)

Avis sur la mise en place  
Absence d'explication au patient  
Contenu de l'ordonnance  
Organisation et modalités de sortie

### RESULTATS ET DISCUSSION

10 services participants  
87 questionnaires remis → 72 retournés (83%)



Intégralité du traitement prescrit et expliqué au patient, sauf si son état ne le permet pas  
Sortie

- Programmée le jour-même dans 5 services sur 7
- Au cas par cas en psychiatrie
- Programmée 3 jours avant en rééducation

Ordonnance rédigée le jour-même, excepté le service de rééducation (la veille)

Médecins de 3 spécialités défavorables  
Ordonnance de sortie : traitements liés à la prise en charge post-opératoire uniquement

Inadaptée à leur pratique → Inéligibles

### CONCLUSION

La CMS ne sera pas envisagée dans le pôle chirurgical, car les pratiques n'y sont pas adaptées. L'ensemble du pôle médical de l'HIA Laveran est favorable à la mise en place de la CMS. Une réunion avec les différents services est maintenant nécessaire pour en désigner un seul.

A terme, la CMS sera déployée sur l'ensemble du pôle médical.



## Conciliation médicamenteuse de sortie (CMS) à l' HIA Laveran

1. 1. Depuis quand avez vous mis en place la conciliation médicamenteuse de sortie dans votre hôpital ?

---

2. 2. Dans quel(s) service(s) l'avez vous mis en place ?

---

3. 3. Combien de patient(s) conciliés depuis sa mise en place?

---

4. 4. Combien de divergences non intentionnelles avez vous recensées depuis son instauration?

---

5. 5. Et combien de divergences intentionnelles ?

---

6. 6. Combien d'erreurs corrigées grâce à celle-ci ?

---

7. 7. Le compte-rendu d'hospitalisation du patient sortant est systématiquement transmis à l'officine ?

---

8. 8. Les avantages de la CMS ?

---

9. 9. Ses inconvénients ?

---

10. 10. Qui s'occupe de la CMS dans votre hôpital ?

*Une seule réponse possible.*

- Pharmacien
- Étudiant en pharmacie
- Préparatrice en pharmacie

11. 11. Quels sont les rôles des personnes la pratiquant ?

---

12. 12. Combien de temps en moyenne mettez vous pour la réalisation de la conciliation pour chaque patient ?

---

---

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

## Continuité pharmaceutique entre la ville et l'hôpital

Je suis une jeune pharmacienne et dans le cadre de ma thèse d'exercice officinale, dirigée par le Docteur Félicia Ferrera (1), je cherche à établir un état des lieux de la pratique de la conciliation des traitements médicamenteux(2) dans la région PACA afin de proposer une solution et des outils permettant de réaliser cette nouvelle mission et de rémunérer le temps passé par les pharmaciens pour sécuriser les traitements du patient, éviter les ruptures de soins et assurer le bon usage des médicaments. Ce questionnaire prendra moins de cinq minutes. Merci du temps que vous allez consacrer à répondre à ce questionnaire.

Conformément au code de déontologie des organismes d'études et de sondages, les informations que vous nous confierez seront traitées de manière strictement confidentielles : elles seront analysées statistiquement et votre anonymat sera parfaitement respecté.

(1) Le Dr Félicia Ferrera est vice-présidente officine de la SFPC et coordonne le programme Pharm'Observance PACA dans le cadre des URPS Pharmaciens PACA.

(2) La conciliation des traitements médicamenteux (CTM) prévient les erreurs médicamenteuses et garantit

la continuité pharmaceutique complète et exhaustive du traitement médicamenteux du patient de son admission à sa sortie d'hospitalisation. Elle vérifie que les traitements d'entrée soient prescrits sur l'ordonnance de sortie et que les ajouts, modifications et/ou arrêts de traitement soient justifiés et expliqués au patient.

La CTM sécurise le parcours de soin du patient en renforçant le lien ville-hôpital.

**\*Obligatoire**

❖. Merci de bien vouloir renseigner votre département : \*

\_\_\_\_\_

❖. 1. Lorsqu'un de vos patients vous présente une ordonnance de sortie hospitalière, vous arrive-t-il de rencontrer des difficultés telles que des incertitudes sur une modification de traitement, un médicament habituel non prescrit, une posologie modifiée ?

*Une seule réponse possible.*

Oui

Non

3. 2. A l'occasion de vos formations ou dans le cadre de vos fonctions, avez-vous déjà entendu le terme de conciliation des traitements médicamenteux ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

3. 3. Vous arrive-t-il de constater des divergences entre l'ordonnance du médecin traitant avant l'hospitalisation et l'ordonnance de sortie du patient ?

*Une seule réponse possible.*

- Systématiquement  
 Souvent  
 De temps en temps  
 Jamais

3. 4. Est-ce que ces divergences non documentées vous posent des problèmes dans votre pratique ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

3. Si oui, pourquoi ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Perte de temps  
 Incertitude sur la délivrance du traitement

Autre :  \_\_\_\_\_

- ◆ 5. Le compte rendu d'hospitalisation où figurent les modifications du traitement du patient vous est-il systématiquement communiqué ?

*Une seule réponse possible.*

- Toujours  
 Souvent  
 Rarement  
 Jamais

- ◆ 6. Par quels moyens vous est-il communiqué ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Appel du pharmacien hospitalier  
 Appel du médecin traitant  
 Courrier/mail/fax du pharmacien hospitalier  
 Courrier/mail/fax du médecin traitant  
 Par le patient ou les aidants proches

Autre :  \_\_\_\_\_

- ◆ 7. Dans le cadre de l'exercice de vos fonctions, avez-vous eu l'occasion de recueillir l'intégralité des traitements médicamenteux et non médicamenteux de vos patients (conciliation des traitements médicamenteux) ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Pour réaliser un Bilan Partagé de Médication (BPM)  
 Sur demande d'un centre hospitalier dans le cadre de l'hospitalisation de l'un de vos patients  
 Pour documenter un service médical dans le cadre d'une chirurgie programmée

Autre :  \_\_\_\_\_

8. Pour recueillir l'intégralité des traitements médicamenteux et non médicamenteux de vos patients, quelles sources utiliser ou utiliseriez-vous ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Votre Logiciel de Gestion Officine (LGO)  
 Le patient  
 Les aidants proches  
 Le médecin généraliste  
 Les IDE

Autre :  \_\_\_\_\_

9. Selon vous, quels seraient les patients qui devraient bénéficier de cet acte pharmaceutique (conciliation des traitements médicamenteux) ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Patients âgés  
 Patients polymédiqués  
 Patients présentant des pathologies chroniques (quelque soit leur âge)  
 Patients avec une chirurgie programmée  
 Patients qui sortent de l'hôpital

Autre :  \_\_\_\_\_

10. Si vous étiez amené à réaliser la conciliation des traitements médicamenteux ou si vous la réalisez déjà, qui s'en occupe ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Pharmacien  
 Préparatrice en pharmacie  
 Etudiant en pharmacie

Autre :  \_\_\_\_\_



- ◆ 11. Vous arrive t-il de constater que le médecin traitant dans la rédaction de son ordonnance ne tient pas compte des modifications opérées à la suite de l'hospitalisation du patient ? (ex : arrêt d'une benzodiazépine, remplacement d'un antihypertenseur, suppression d'un IPP)

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

- ◆ Si oui, votre attitude face à cette situation ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Questions au patient  
 Appel au médecin traitant  
 Appel à l'hôpital

Autre :  \_\_\_\_\_

- ◆ 12. Pensez-vous que votre LGO soit susceptible de vous faciliter dans la réalisation de cet acte pharmaceutique (conciliation des traitements médicamenteux) ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

- ◆ 13. Pensez-vous que votre LGO soit une bonne interface de communication avec l'hôpital et les professionnels de ville?

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

13. Si non, auriez vous besoin que votre LGO vous facilite :

*Plusieurs réponses possibles.*

- La transmission d'information avec l'hôpital
- La transmission d'information avec le médecin

Autre :  \_\_\_\_\_

14. Quelles sont les principales raisons qui vous empêchent de pratiquer la conciliation des traitements médicamenteux dans votre officine ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Processus chronophage
- Peu de moyens (financiers, matériels, humains)
- Pas assez de formation
- Critères d'éligibilité difficiles
- Sans intérêt pour votre pratique

Autre :  \_\_\_\_\_

15. Quels sont vos besoins liés à la mise en place de la conciliation des traitements médicamenteux dans votre officine ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Temps
- Formation
- Personnel qualifié
- Connaissance/Relation avec hospitalier
- Organisation/Financement
- Logiciel adapté

Autre :  \_\_\_\_\_

- ◆ 16. Quels sont les avantages liés à la mise en place de la conciliation des traitements médicamenteux dans votre officine ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Sécurisation du traitement
- Information sur l'hospitalisation ainsi que la sortie hospitalière de vos patients
- Rôle renforcé du pharmacien dans le parcours de santé du patient en interpro et dans le lien ville hôpital
- Fidélisation de la patientèle chronique et âgées
- Financement d'une nouvelle mission pharmaceutique
- Resserrement des liens avec l'hôpital

Autre :  \_\_\_\_\_

- ◆ 17. Quels sont les inconvénients liés à la mise en place de la conciliation des traitements médicamenteux dans votre officine ?

\_\_\_\_\_

---

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

## La conciliation des traitements médicamenteux

Je suis une jeune pharmacienne et dans le cadre de ma thèse d'exercice officinale, dirigée par le Docteur Félicia Ferrera (1), je cherche à établir un état des lieux de la pratique de la conciliation des traitements médicamenteux (CTM) dans la région PACA, afin de proposer une solution et des outils permettant de réaliser cette nouvelle mission et de rémunérer le temps passé par les pharmaciens pour sécuriser les traitements du patient, éviter les ruptures de soins et assurer le bon usage des médicaments. Ce questionnaire prendra moins de cinq minutes. Merci du temps que vous consacrerez à répondre à ce questionnaire.

Conformément au code de déontologie des organismes d'études et de sondages, les informations que vous nous confierez seront traitées de manière strictement confidentielles : elles seront analysées statistiquement et votre anonymat sera parfaitement respecté.

(1) Le Dr Félicia Ferrera est vice-présidente officine de la SFPC et coordonne le programme Pharm'Observance PACA dans le cadre des URPS Pharmaciens PACA.

**\*Obligatoire**

◆ Merci de renseigner votre département : \*

---

◆ 1. Votre hôpital réalise-t-il la conciliation des traitements médicamenteux (CTM) ? \*

*Une seule réponse possible.*

Oui

Non *Passer à la question 19*

◆ 2. Dans quel(s) service(s) la proposez-vous ?

---

- ◆ 3. Qui a été à l'initiative de la mise en place de la conciliation des traitements médicamenteux dans ce(s) service(s) ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Pharmacien  
 Interne en pharmacie/Externe en pharmacie/Préparateur en pharmacie hospitalière  
 Médecin  
 Interne en médecine/Externe en médecine

Autre :  \_\_\_\_\_

- ◆ Si l'équipe pharmaceutique n'est pas à l'initiative de la mise en place, précisez pourquoi ?

---

---

---

---

---

- ◆ 4. A quel niveau avez-vous mis en place la CTM ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Admission  
 Sortie  
 Transfert

- ◆ 5. Quels sont vos critères d'éligibilité à la conciliation des traitements médicamenteux ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Patients âgés  
 Patients polymédiqués  
 Patients présentant des pathologies chroniques (quelque soit leur âge)  
 Patients avec une chirurgie programmée  
 Patients hospitalisés dans un service particulier (SSR,...)

Autre :  \_\_\_\_\_

6. Quel(s) support(s) utilisez-vous pour réaliser la conciliation des traitements médicamenteux ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Support papier  
 Informatisé et intégré au logiciel métier (qui communique avec le logiciel métier)  
 Informatisé et non interopérable avec le logiciel métier (qui ne communique pas avec le logiciel métier)

7. Les changements de traitements sont-ils systématiquement signalés aux professionnels de ville ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

- Si oui, par quels moyens ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Appel au médecin traitant  
 Appel au pharmacien d'officine  
 Courrier/mail/fax au médecin  
 Courrier/mail/fax au pharmacien d'officine

Autre :  \_\_\_\_\_

8. Avez vous des retours de pharmacien d'officine après avoir adresser les documents concernant la conciliation des traitements médicamenteux ?

*Une seule réponse possible.*

- Systématiquement  
 Souvent  
 De temps en temps  
 Jamais

9. Sur une échelle de 0 à 10 comment qualifiez-vous la fluidité du transfert d'information entre le pharmacien hospitalier et le pharmacien d'officine ?

*Une seule réponse possible.*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Quels seraient vos besoins pour améliorer la communication ?

*Plusieurs réponses possibles.*

Ressources informatiques

Ressources humaines

Autre :  \_\_\_\_\_

11. Pensez-vous que votre logiciel de gestion soit susceptible de vous faciliter dans la réalisation de la conciliation des traitements médicamenteux ?

*Une seule réponse possible.*

Oui

Non

12. Pensez-vous que votre logiciel de gestion soit une bonne interface de communication avec les pharmaciens d'officine et les professionnels de ville ?

*Une seule réponse possible.*

Oui

Non

- ◆ Si non, auriez vous besoin que votre logiciel de gestion vous facilite :

*Plusieurs réponses possibles.*

La transmission d'information avec les pharmaciens d'officine

La transmission d'information avec le médecin

Autre :  \_\_\_\_\_

- ◆ 13. Quels sont les inconvénients liés à la mise en place de la CTM dans votre hôpital ?

---

---

---

---

---

- ◆ 14. Quels sont les avantages liés à la mise en place de la CTM dans votre hôpital ?

*Plusieurs réponses possibles.*

Sécurisation du traitement

Rôle renforcé du pharmacien dans le parcours de santé du patient en interpro et dans le lien ville hôpital

Resserrement des liens avec les professionnels de ville

Financement d'une nouvelle mission pharmaceutique

Autre :  \_\_\_\_\_

19. 2. Envisagez-vous de la mettre en place ?

*Une seule réponse possible.*

Oui

Non



◆ Si oui, quels seraient vos critères d'éligibilité à la conciliation des traitements médicamenteux ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Patients âgés
- Patients polymédiqués
- Patients présentant des pathologies chroniques (quelque soit leur âge)
- Patients avec une chirurgie programmée
- Patients hospitalisés dans un service particulier (SSR,...)

Autre :  \_\_\_\_\_

◆ 3. Quelles sont les principales raisons qui vous empêchent de pratiquer la conciliation des traitements médicamenteux dans votre hôpital ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Processus chronophage
- Peu de moyens (financiers ,matériels, humains)
- Pas assez de formation
- Critères d'éligibilité difficiles
- Mission ne relevant pas de la PUI

Autre :  \_\_\_\_\_

◆ 4. Quels sont vos besoins liés à la mise en place de la conciliation des traitements médicamenteux dans votre hôpital ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Temps
- Formation
- Personnel qualifié
- Logiciel adapté

Autre :  \_\_\_\_\_

---

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

## 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.*