

# Le pharmacien d'officine : un professionnel de santé indispensable à la réalisation de la conciliation des traitements médicamenteux chez le patient hospitalisé en psychiatrie

Carla Delighazarian

▶ **To cite this version:**

Carla Delighazarian. Le pharmacien d'officine : un professionnel de santé indispensable à la réalisation de la conciliation des traitements médicamenteux chez le patient hospitalisé en psychiatrie. Sciences pharmaceutiques. 2021. dumas-03406079

**HAL Id: dumas-03406079**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03406079**

Submitted on 27 Oct 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



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

Faculté de Pharmacie
Aix*Marseille Université

# THESE

PRESENTEE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTE DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Le 9 Juillet 2021

PAR

Mlle Carla DELIGHAZARIAN

Née le 18 Avril 1995 à Aix-en-Provence.

EN VUE D'OBTENIR

LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

## Le pharmacien d'officine : un professionnel de santé indispensable à la réalisation de la conciliation des traitements médicamenteux chez le patient hospitalisé en psychiatrie.

## JURY :

Président : Professeur Stéphane HONORÉ

Membres : Docteur Coralie LO PRESTI
Docteur Chantal SIMON

Faculté de Pharmacie
Aix*Marseille Université

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

**ADMINISTRATION :**

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

**DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE**
Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

**PROFESSEURS**

| | |
|---|---|
| BIOPHYSIQUE | M. Vincent PEYROT<br>M. Hervé KOVACIC |
| GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE | M. Christophe DUBOIS |
| PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETIQUE | M. Philippe PICCERELLE |

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

| A.H.U. | |
|---|---|
| THÉRAPIE CELLULAIRE | M. Jérémy MAGALON |

| ENSEIGNANTS CONTRACTUELS | |
|---|---|
| ANGLAIS | Mme Angélique GOODWIN |

**DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE**
Responsable : Professeur Philippe CHARPIOT

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

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

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

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

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

| MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.) | |
|---|---|
| CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION | Mme Anne-Marie PENET-LOREC |
| CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES | M. Cyril PUJOL |
| DROIT ET ECONOMIE DE LA PHARMACIE | M. Marc LAMBERT |
| GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARMACOECONOMIE ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE, DROIT ET COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE ET GESTION DE LA PHARMAFAC | Mme Félicia FERRERA |

| A.H.U. | |
|---|---|
| CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION | M. Mathieu CERINO |

| ATER | |
|---|---|
| CHIMIE ANALYTIQUE | M. Charles DESMARCHELIER |
| CHIMIE THERAPEUTIQUE | Mme Fanny MATHIAS |

**DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE**
Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

| **PROFESSEURS** | |
|---|---|
| PHARMACIE CLINIQUE | Mme Diane BRAGUER<br>M. Stéphane HONORÉ |
| PHARMACODYNAMIE | M. Benjamin GUILLET |
| TOXICOLOGIE GENERALE | M. Bruno LACARELLE |
| TOXICOLOGIE DE L'ENVIRONNEMENT | Mme Frédérique GRIMALDI |

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

| **A.H.U.** | |
|---|---|
| PHARMACIE CLINIQUE | M. Florian CORREARD |
| PHARMACOCINETIQUE | Mme Nadège NEANT |

**CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE**

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

Mise à jour le 22 février 2018

# Remerciements

À **Stéphane Honoré**,
Je vous remercie d'avoir accepté de présider cette thèse. Je remercie également Stéphanie Honoré pour son aide dans l'encadrement de ce travail.

À **Coralie**,
Je te remercie pour tes idées, ta disponibilité, ton aide et ta précieuse collaboration du début à la fin de ce travail ainsi que pour toutes ces heures parfois tardives passées à m'aiguiller. Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, de m'avoir aidée et suivie durant sa réalisation. Merci de partager avec moi cette complicité qui nous lie depuis le début de notre rencontre.

À **Chantal,**
Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Tous tes conseils et remarques d'un point de vue personnel ou professionnel me sont précieux et m'aident à avancer au quotidien.

À toute l'équipe de la PUI du **Centre hospitalier Édouard Toulouse** où j'ai eu la chance de pouvoir réaliser cette thèse et d'y travailler en tant qu'externe pendant 6 mois. Merci à tous de m'avoir si bien accueillie parmi vous.

À toute l'équipe de la PUI du **Centre pénitentiaire des Baumettes** où j'ai eu la chance de pouvoir travailler en tant qu'externe avec mon binôme **Polo**. Merci pour votre gentillesse à notre égard. Mention spéciale pour ma sister **Agnès**.

À toute l'équipe de la **Pharmacie du Marché** à Tahiti en Polynésie Française dans laquelle j'ai eu la chance d'effectuer mon stage de 6ème année. Ce stage officinal fut l'opportunité la plus enrichissante et la plus épanouissante de toutes mes années de faculté.
Mauruuru roa pour votre bonne humeur, pour votre humour, et pour m'avoir aussi bien intégrée. Vous êtes une famille merveilleuse et ce fut un véritable plaisir de travailler avec chacun d'entre vous. À très vite.

À toute l'équipe de la **Pharmacie la Gratianne**, avec qui j'ai fait mon entrée dans la vie active. Merci de m'avoir si bien intégrée. Merci pour votre confiance dans mes premiers pas en tant que pharmacien, et merci pour votre bonne humeur permanente. J'ai trouvé de véritables amies en chacune de vous. Mention spéciale pour ma gaté **Mélanie**.

**À mes amis,**

À mon amie d'enfance, **Pauline**. Merci de me connaitre par cœur et d'avoir su me guider à chaque épreuve de ma vie depuis 25 ans. Merci pour ta simplicité, ta gentillesse, ta sincérité et pour tous ces moments passés et à venir. Merci de me comprendre, de me suivre dans tous mes choix et d'apporter cet équilibre dans ma vie. Tu es ma sœur. On a tous besoin d'une Popo dans sa vie, et j'ai eu la chance de trouver la mienne du premier coup.

À mon ami d'enfance **Victor**, qui m'a accompagnée durant toutes mes études, de la crèche au doctorat. Mon binôme de TP et plus simplement mon binôme de vie. Merci d'avoir été présent tout au long de ma vie depuis ces 25 dernières années. Tu es et resteras mon plus grand ami.

À mes amis du lycée, **Sarah, Mégane, Christo et Mama** qui par leur loyauté et leur joie de vivre rendent chaque instant meilleur à leurs côtés.

À toutes ces personnes rencontrées durant mes années de santé, devenues aujourd'hui mes amis. Mes alliées de PACES **Fiona** et **Caroline** sans qui cette première année aurait été encore plus anguleuse. À mes amis pharma présents à mes côtés depuis la L2 ; **Marouchka, Marie-Sixtine**, **Cécile, Martin Romain, Antho, Fiona, Florence...** Sans qui ces années de fac n'auraient pas été les mêmes. Merci pour ces moments précieux partagés avec vous durant toutes ces années inoubliables, ces fou-rires, ces soirées santé, ces moments de joie, et tous les moments qui restent à venir. Merci d'avoir fait de ces années de santé les plus belles que j'aurais pu vivre.

À mes **amis de Tahiti** et aux merveilleuses rencontres que j'ai pu faire en Polynésie Française. Merci de m'avoir accueillie comme si l'on se connaissait depuis toujours. To be continued…

À **Laurent** à qui je dédie cette thèse. Il n'y a pas un instant sans que je pense à toi.

**À ma famille,**

À **ma mère**, sans qui je ne serais pas la femme que je suis aujourd'hui. Merci de m'avoir élevée dans l'amour et la confiance. Merci d'avoir une si bonne capacité d'écoute et d'avoir toujours réussi à me redonner confiance en moi dans les moments de doutes. Tu es mon socle, mon fil d'Ariane, mon ange gardien, et ton soutien me pousse à donner le meilleur de moi-même.

À **mon père**, merci pour tes conseils et de m'avoir permis de réaliser mes études dans les meilleures conditions possibles. Puisse ce travail être le témoignage de la reconnaissance que je te porte.

À **mes frères**, qui sont les personnes les plus importantes dans ma vie. Toujours présents les uns pour les autres, au moindre inconvénient dans notre vie quotidienne, notre complicité et notre amour inconditionnel nous a mené aujourd'hui à avoir la plus belle des relations : frères par sang, et amis par choix. Je vous aime.

À **mes grands-parents**, qui m'apportent leur amour avec autant de pudeur que de bienveillance. Merci à vous deux d'avoir toujours eu confiance en moi. ես սիրում եմ քեզ.

**À ma marraine**, présente à mes côtés depuis mon premier jour.

**À ma belle-famille,**
Merci pour votre gentillesse et votre bienveillance à mon égard durant toutes ces années. Merci de m'avoir accueillie et reçue comme votre propre fille, et pour tout ce que vous faites pour nous au quotidien.

**À Adri,**
Qui partage mon quotidien et qui me comprend en un regard, je ne te remercierai jamais assez pour la bienveillance dont tu fais part à mon égard depuis toutes ces années. Je me réveille chaque matin comblée d'avoir trouvé ma moitié. Merci d'être la personne que tu es, de ton réconfort permanent, de ta patience et de ton soutien, quels que soient mes choix et mes envies. Merci de me rendre si heureuse, comblée et de chaque jour me faire me sentir aussi spéciale à tes côtés.
Peu importe où la vie me mènera tant que je sais que tu es avec moi.

***« 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. »***

# Sommaire

**INTRODUCTION ..... 20**

**I. Conciliation des traitements médicamenteux et lutte contre les erreurs de prescription ..... 22**

**A. La iatrogénie : un problème majeur de Santé Publique ..... 23**

1. Définitions ..... 23
1.1. La iatrogénie ..... 23
1.2. Erreur médicamenteuse ..... 24
2. Incidence en France ..... 25
3. Règlementation ..... 27
4. Lutte contre la iatrogénie dans les établissements de santé ..... 29
4.1. La certification des hôpitaux ..... 29
4.2. Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins ..... 29

**B. La conciliation des traitements médicamenteux ..... 30**

1. Définition et objectifs ..... 30
2. Principe ..... 31
3. Contexte international et national ..... 35
3.1. L'expérience Américaine et Canadienne ..... 35
3.2. Projet High 5S ..... 35
3.3. Projet Med'Rec ..... 36
4. Impact de la conciliation médicamenteuse associée à la révision des traitements dans la lutte contre l'iatrogénie ..... 37
5. Interface ville-hôpital : un risque majoré ..... 38

**II. Le patient psychiatrique : un patient à haut risque d'erreur ..... 40**

**A. Pathologies mentales ..... 41**

1. Schizophrénie ..... 41
1.1. Généralités ..... 41
1.2. Symptômes ..... 41
1.3. Composante génétique et environnementale ..... 42
1.4. Diagnostic complexe ..... 43
1.5. Traitement ..... 44

2. Troubles bipolaires ..... 48
2.1. Généralités ..... 48
2.2. Outils de diagnostic chez l'adulte ..... 48
2.3. Traitement ..... 48

**B. Comorbidités somatiques associées ..... 51**
1. Incidence de la mortalité ..... 51
2. Types de comorbidités rencontrées ..... 51
3. Pathologies et poly médication ..... 52
4. Facteurs de risque de développer une comorbidité ..... 53
4.1. Activité physique et sédentarité ..... 54
4.2. Régime alimentaire ..... 54
4.3. Dépendances ..... 54

**C. Comorbidités liées au traitement ..... 57**
1. Effets indésirables iatrogènes ..... 57
1.1. Types d'effets indésirables rencontrés ..... 57
1.2. Médicaments correcteurs ..... 58

**D. Un suivi médical difficile ..... 58**
1. Désinsertion sociale ..... 58
1.1. Nomadisme médical ..... 58
1.2. Un accès aux soins difficile ..... 59
2. Mauvaise observance thérapeutique ..... 59

**III. Expérience au centre hospitalier Édouard Toulouse dans deux unités pilotes ..... 62**

**A. Présentation du centre hospitalier Édouard Toulouse ..... 63**
1. Généralités ..... 63
1.1. Histoire du centre hospitalier Édouard Toulouse ..... 63
1.2. Organisation de l'établissement ..... 63
1.3. Modes d'hospitalisation en psychiatrie ..... 65
1.4. Rapport médical des activités de l'établissement ..... 65
2. Le circuit du médicament au Centre Hospitalier Édouard Toulouse ..... 66
2.1. Sécurisation du circuit du médicament ..... 66

2.2. Activités de pharmacie clinique ..... 66

**B. La conciliation des traitements médicamenteux associée à la révision de la thérapeutique au Centre Hospitalier Édouard Toulouse ..... 67**

1. Mode opératoire de la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission ..... 67
2. Mode opératoire de la CMS ..... 71
2.1. Comparaison du BMO avec l'ordonnance médicamenteuse de sortie ..... 71
2.2. Le lien hôpital-ville ..... 74
2.3. Entretien pharmaceutique de sortie ..... 74

**C. Matériel et méthode ..... 76**

1. Population étudiée ..... 76
2. Méthode ..... 76
3. Indicateurs ..... 80

**D. Résultats ..... 81**

1. Description de la population ..... 81
2. Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission ..... 81
3. Révision thérapeutique ..... 83
4. La conciliation médicamenteuse de sortie ..... 84
5. Évaluation de la satisfaction des pharmaciens d'officine ..... 84
6. Patients n'ayant pas bénéficié d'une conciliation des traitements médicamenteux à l'admission ..... 85
7. Proposition de pharmacien d'officine référent ..... 86

**E. Discussion ..... 86**

**Conclusion ..... 90**

## Index des documents

Annexe 1 : Fiche de recueil d'informations

Annexe 2 : Guide d'entretien pharmaceutique

Annexe 3 : Fiche de conciliation médicamenteuse à l'admission

Annexe 4 : Fiche de conciliation médicamenteuse à la sortie

Annexe 5 : Fiche de liaison hôpital-ville

Annexe 6 : Questionnaire de satisfaction à l'attention des pharmaciens d'officine

Annexe 7 : Fiche de proposition de pharmacien réfèrent à l'attention du patient

Annexe 8 : Fiche de proposition de pharmacien d'officine référent destinée au pharmacien d'officine

## Index des figures

Figure 1 : Évènement iatrogène, effet indésirable médicamenteux et erreur médicamenteuse

Figure 2 : La conciliation des traitements médicamenteux proactive

Figure 3 : La conciliation des traitements médicamenteux rétroactive

Figure 4 : Principe de conciliation médicamenteuse à l'admission

Figure 5 : Principe de conciliation médicamenteuse à la sortie.

Figure 6 : Principe de la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission et à la sortie

Figure 7 : Arbre décisionnel de la schizophrénie

Figure 8 : Arbre décisionnel concernant les troubles bipolaires

Figure 9 : Arrondissements de Marseille et Communes rattachés au Centre Hospitalier Édouard Toulouse

## Index des tableaux

Tableau 1 : Résumé du rapport final ENEIS

Tableau 2 : Résultat de l'étude MARQUIS.

Tableau 3 : Résultat de l'étude Med'Rec

Tableau 4 : Classification des neuroleptiques selon leur classe chimique

Tableau 5 : Classification des neuroleptiques selon leur durée d'action

Tableau 6 : Consommation de substances addictives des patients atteints de troubles psychiatriques et de la population générale

## Index des graphiques

Graphique n°1 : Types de comorbidités retrouvées

Graphique n°2 : Sources utilisées lors de la réalisation du bilan médicamenteux optimisé

Graphique n°3 : Les différents types d'erreurs médicamenteuses retrouvées

Graphique n°4 : Classes pharmacologiques des médicaments concernés par les erreurs médicamenteuses

Graphique n°5 : Les différents types d'interventions pharmaceutiques

Graphique n°6 : Classes pharmacologiques des médicaments concernés par les interventions pharmaceutiques

Graphique n°7 : Évaluation de la satisfaction des pharmaciens d'officine

Graphique n° 8 : Causes d'absence de conciliation médicamenteuse

## Liste des acronymes

**AFT** : Accueil Familial Thérapeutique

**AHRQ :** Agency for Healthcare Research and Quality

**AMM** : Autorisation de Mise sur le Marché

**APHM** : l'Assistance publique des Hôpitaux de Marseille

**BMO** : Bilan Médicamenteux Optimisé

**CAMSP** : Centre d'Action Médico-Social Précoce

**CAPES** : Contrat d'Amélioration des Pratiques en Établissements de Santé

**CAQES** : Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins

**CAQOS** : Contrat pour l'Amélioration de la Qualité et l'Organisation des Soins

**CATTP** : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

**CBU** : Contrat de Bon Usage

**CHET** Centre Hospitaliser Édouard Toulouse

**CMA** : Conciliation Médicamenteuse à l'Admission

**CMP** : Centres Médico-Psychologiques

**CMS** : Conciliation Médicamenteuse à la Sortie

**CSAPA** : Centre de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

**CTM** : Conciliation des Traitements Médicamenteux

**DCI** : Dénomination Commune Internationale

**DGOS :** Direction Générale de l'Offre de Soin

**DI** : Divergences Intentionnelles

**DIM** : Département d'Information Médicale

**DIN** : Délivrance Individuelle Nominative

**DMS** : Durée Moyenne de Séjour

**DNI** : Divergences Non Intentionnelles

**DP** : Dossier Pharmaceutique

**DPI** : Dossier Patient Informatisé

**EIG** : Évènement indésirable grave

**EIM** : Évènement Indésirable Médicamenteux

**EM** : Erreur médicamenteuse

**EMIR** : Effet indésirable des Médicaments, Incidence et Risques

**EMLPP** : Équipe Mobile de Liaison Psychiatrique Précarité

**ENEIS** : Évènements Indésirables graves liées au Soins

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HDJ** : Hopital De Jour

**HCSP** : Haut Conseil de la Santé Publique

**HPST** : Hôpital Patient Santé Territoire

**IDE** : Infirmier Diplomé d'État

**LAP-LAD** : Logiciel d'Aide à la Prescription et à la Dispensation médicale

**MARQUIS** : Multi-Center Medication Reconciliation Quality Improvement Study

**MAS** : Maison d'Accueil Spécialisée

**MED'REC** : Médication Reconciliation

**NESRAC** : National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions

**OMA** : Ordonnance Médicamenteuse à l'Admission

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PAPRAS** : Contrat de Pertinence des Soins

**PASS-PSY** : Permanence d'Accès aux Soins de Santé en milieu psychiatrique

**PEP** : Pratiques Exigibles Prioritaires

**PUI** : Pharmacie à Usage Intérieur

**PTI** : Protection du Travailleur Isolé

**RCP** : Résumés des Caractérisques du Produit

**RT** : Révision de la Thérapeutique

**SAMSAH** : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

**SFPC** : Société Française de Pharmacie Clinique

**SOP MED'REC :** Standard Operating Protocol Medication Reconciliation

**UHA** : Unité Hospitalière d'Addictologie

**UPS** : Unité inter sectorielle Préparation à la Sortie

**USIA** : Unité de Soins Intensifs pour Adolescents

**5AHU** : 5ème Année Hospitalo-Universitaire

# INTRODUCTION

Prévenir la iatrogénie médicamenteuse est un enjeu majeur de santé publique et a pour but de sécuriser la prise en charge du patient lors de son parcours de soins.
La démarche de conciliation des traitements médicamenteux (CTM) apparaît comme un axe important de sécurisation de la prise en charge, particulièrement en psychiatrie, du fait de parcours de soins complexes, de la diversité des intervenants et des difficultés inhérentes à la pathologie.

Ainsi, afin de garantir la sécurité de la prescription médicamenteuse et de prévenir les erreurs de prescriptions survenant aux points de transition (admission à l'hôpital, transfert entre services et sortie vers le domicile), deux activités de pharmacies cliniques au sein du Centre Hospitalier Édouard Toulouse (CHET) ont été mise en place en collaboration avec les médecins généralistes, médecins spécialistes et infirmiers. La CTM est effectuée dans deux unités de soins dès l'admission du patient et à sa sortie d'hospitalisation. Une révision de sa thérapeutique en collaboration avec les médecins y est également associée. Ces deux activités favorisent le lien ville-hôpital et la sécurisation de la prescription.

L'objectif de ce projet est de mesurer l'importance de la place du pharmacien d'officine dans la CTM et dans la révision de la thérapeutique (RT) chez le patient hospitalisé en psychiatrie.

Dans une **première partie**, nous définirons la iatrogénie médicamenteuse ainsi que la CTM et son rôle dans la prévention des erreurs de prescription.
Dans une **deuxième partie**, nous décrirons les particularités du patient atteint de pathologies psychiatriques qui en font un patient à haut risque d'erreurs médicamenteuses.
Enfin dans la **dernière partie**, nous présenterons les résultats de la CTM associée à la RT au CHET, ainsi que de la place du pharmacien d'officine dans cette démarche.

# I. CONCILIATION DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX ET LUTTE CONTRE LES ERREURS DE PRESCRIPTION

# A. La iatrogénie : un problème majeur de Santé Publique

## 1. Définitions

### 1.1. La iatrogénie

Le terme "iatrogénie" provient du grec "iatros" = médecin et "génos" = causes : il signifie donc "qui est provoqué par le médecin" [1].

La iatrogénie a été définie par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) en 1998 comme « les conséquences indésirables ou négatives sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqué ou prescrit par un professionnel habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé ».

Par extension, la iatrogénie médicamenteuse correspond à toutes les conséquences néfastes pour la santé, potentielles ou avérées associées aux soins, c'est-à-dire résultant de l'intervention médicale ou de l'utilisation d'un produit de santé.

Un évènement indésirable médicamenteux est donc un dommage nocif et non voulu survenant chez un patient et lié à l'utilisation d'un produit de santé dans les conditions normales d'emploi ou lors d'un mésusage [2].

On peut classer les évènements indésirables médicamenteux (EIM) en deux types, selon leur caractère évitable ou non :

- Les EIM inévitables surviennent dans des conditions normales d'utilisation du produit. C'est un effet indésirable répertorié dans les résumés des caractérisques du produit (RCP) suite aux expérimentations de pré-Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) découlant des propriétés pharmacologiques connues de la molécule. Si un EIM est inévitable, il résulte par définition d'un effet indésirable médicamenteux [3].
- Les EIM évitables, sont ceux dont la nature, la sévérité ou l'évolution ne correspondent pas aux informations contenues dans le résumé des caractéristiques du produit. Cet évènement indésirable ne serait donc pas survenu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de sa survenue [4]. Si un EIM est évitable, il résulte par définition d'une erreur médicamenteuse.

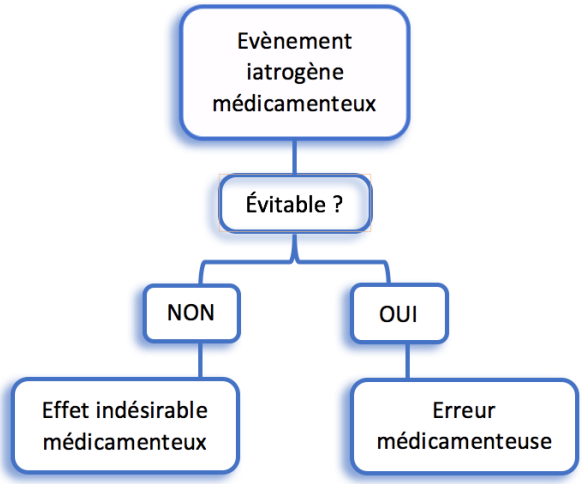



Figure 1 : Évènement iatrogène, effet indésirable médicamenteux et erreur médicamenteuse

## 1.2. Erreur médicamenteuse

Une erreur médicamenteuse (EM) se traduit par un risque ou un évènement indésirable pour le patient dû à l'omission ou à la réalisation d'un acte non intentionnel impliquant un médicament durant le processus de soins.

C'est l'écart par rapport à ce qui aurait dû être fait lors d'une prise en charge médicamenteuse optimale du patient. Cet écart est évitable et susceptible de provoquer ou d'induire un usage inapproprié du médicament ou de nuire au malade.

Différents dommages peuvent être générés par une EM, notamment l'aggravation de la pathologie, la survenue d'une nouvelle pathologie, l'altération d'une fonction de l'organisme ou encore l'absence d'amélioration attendue de l'état de santé [5].

On parle d'EM :

- Avérée : lorsqu'elle est parvenue jusqu'au patient sans avoir été interceptée ;
- Potentielle : si l'erreur est détectée et interceptée avant l'administration du produit au patient ;
- Latente : s'il s'agit d'une observation témoignant d'un danger potentiel pour le patient [6].

Malgré leur caractère évitable, l'incidence des EM reste importante.

## 2. Incidence en France

Les Enquêtes Nationales sur les Évènements Indésirables graves liées au Soins (ENEIS), sont deux études françaises menées en 2004 et en 2009 dont l'objectif était d'estimer l'incidence des évènements indésirables graves (EIG) liés aux soins pris en charge dans les établissements de santé publics et privés et d'en connaître la part évitable.

Ces études ont été réalisées selon les mêmes protocoles et méthodes, sur plusieurs centaines d'unités de soins et ont concerné plus de 8000 patients hospitalisés sur une période maximale de 7 jours.

Entre 2004 et 2009, il n'existait aucune différence significative concernant l'incidence des EIG totaux et des EIG évitables liés à une hospitalisation.

En 2004, parmi les EIG ayant causé une hospitalisation lors de ces études, il apparait que 48 % (58 % en 2009) de ces EIG sont en lien avec un produit de santé et même 37 % (42 % en 2009) concernent directement un médicament. A chaque fois, près de la moitié des EIG sont considérés comme évitables.

Pendant l'hospitalisation, il apparait que 28 % (39 % en 2009) de ces EIG sont en lien avec un produit de santé et 20 % (26 % en 2009) liés à un médicament. A chaque fois, plus de 40 % des EIG sont considérés comme évitables [7].

| EIG | Causant une hospitalisation | | Pendant l'hospitalisation | |
|---|---|---|---|---|
| | ENEIS 2004 | ENEIS 2009 | ENEIS 2004 | ENEIS 2009 |
| **Totaux**<br>**Évitables** | 195<br>86 (44 %) | 160<br>90 (56 %) | 255<br>95 (37 %) | 214<br>87 (41 %) |
| **En lien avec un produit de santé**<br>**Évitables** | 93 (48 %)<br>44 (47 %) | 92 (58 %)<br>53 (58 %) | 71 (28 %)<br>30 (42 %) | 83 (39 %)<br>41 (49 %) |
| **En lien avec un médicament**<br>**Évitables** | 73 (37 %)<br>37 (51 %) | 67 (42 %)<br>39 (58 %) | 52 (20 %)<br>22 (42 %) | 56 (26 %)<br>24 (43 %) |

Tableau 1 : résumé du rapport final ENEIS [7].

Ces enquêtes permettent donc de souligner que parmi les évènements indésirables graves en lien avec un produit de santé ou un médicament rencontrés lors de ces études, près de la moitié de ces évènements sont évitables. Les soins n'ont donc pas été conformes lors de la prise en charge des patients.

Le projet ENEIS 3 se déroulera sur la période 2017-2019, l'objectif sera le même que ENEIS 1 et 2 : évaluer l'importance des évènements indésirables rencontrés dans les établissements de santé en médecine de ville, dans le but d'améliorer la prévention et la gestion des EIG [8].

Dans la même lignée, l'étude EMIR (Effet indésirable des Médicaments, Incidence et Risques), menée en 2007 sur 63 services et sur plus de 2600 patients, estime que la survenue d'EIG occasionne plus de 140 000 hospitalisations par an en France [9].

Depuis 2004, l'évolution croissante de la réglementation est en faveur d'une diminution de l'incidence de ces EIM.

## 3. Règlementation

Depuis 2004, l'évolution du contexte règlementaire a permis de favoriser la mise en œuvre d'un plan de gestion des risques afin d'améliorer la prise en charge médicamenteuse.

### - Loi du 9 Aout 2004 relative à la politique de santé publique

Bien que la Conférence Nationale de Santé de septembre 1996 ait fait de la prévention de la iatrogénie médicamenteuse évitable l'un des dix objectifs prioritaires de santé publique [10], il a fallu attendre 2004 pour qu'une loi y soit dédiée, la loi du 9 août 2004. Cette loi est relative à la politique de santé publique résultant de la fragilité des actions de prévention concernant les évènements iatrogènes. Son objectif est de réduire la iatrogénie médicamenteuse entrainant une hospitalisation ainsi que la fréquence des prescriptions inadaptées chez la personne âgée [11].

### - Loi HPST Juillet 2009

La loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a pour but de réorganiser, de moderniser et d'améliorer l'ensemble du système de santé. Elle définit une nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale visant à une plus grande continuité des parcours de soins, une collaboration renforcée entre professionnels de santé et une optimisation du lien ville-hôpital [12].

### - Décret du 12 Novembre 2010

Ce décret, relatif à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé, précise les principales modalités selon lesquelles la sécurité des soins doit être appréhendée au sein de l'établissement en s'appuyant sur une gestion des risques optimale [13].

### - Arrêté du 6 Avril 2011

Cet arrêté introduit la notion de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé en favorisant la mise en place d'une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.
Il contribue à l'utilisation sécurisée, appropriée et efficiente du médicament dans le but de garantir la sécurité du patient au sein de l'établissement de santé que ce soit à l'admission ou à la sortie et donc de lutter contre la iatrogénie médicamenteuse. Pour cela une continuité de la prise en charge du patient

est nécessaire, notamment la prise en compte de son traitement personnel à l'admission ainsi que la coordination efficace à établir avec les professionnels de ville [14].

- **Instruction de la Direction Générale de l'Offre de Soin (DGOS) du 9 Mars 2015**

Cette instruction est relative au déploiement de la CTM dans les établissements de santé des secteurs publics et privés.
En mars 2015, la DGOS lançait une enquête nationale auprès des établissements de santé afin d'établir un état des lieux de la mise en œuvre de la CTM. Sur les établissements ayant répondu à l'enquête, seulement 22 % ont déclaré avoir déjà déployé l'activité de conciliation médicamenteuse, réalisée dans 95 % des cas à l'entrée du patient et dans 68 % des cas à sa sortie [15].

- **Ordonnance du 15 décembre 2016**

L'ordonnance n°2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur (PUI) précise dans son article 1er que « Les pharmacies à usage intérieur répondent aux besoins pharmaceutiques des personnes prises en charge par l'établissement, service ou organisme dont elles relèvent, ou au sein d'un groupement hospitalier de territoire ou d'un groupement de coopération sanitaire dans lequel elles ont été constituées. A ce titre, elles ont pour missions [...] de mener toute action de pharmacie clinique, à savoir de contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficience du recours aux produits de santé mentionnés au 1° et de concourir à la qualité des soins, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins mentionnée à l'article L. 1110-12, et en y associant le patient » [37].

- **Décret du 20 juillet 2016**

Ce décret est relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels sur les champs social et médico-social des patients ainsi qu'à l'accès aux informations de santé à caractère personnel. Il va donc permettre aux professionnels de santé participant à la prise en charge d'un même patient de pouvoir communiquer, partager et échanger les informations relatives à ce patient permettant ainsi une fluidité du parcours de soins dans les différents secteurs [16].

## 4. Lutte contre la iatrogénie dans les établissements de santé

### 4.1. La certification des hôpitaux

La certification est un dispositif d'évaluation externe dont l'objectif est de porter une appréciation indépendante de la qualité des soins des hôpitaux et cliniques en France. Elle a été mise en œuvre par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour tout établissement de santé et est effectuée tous les 4 à 6 ans par des professionnels de santé mandatés par la HAS, experts visiteurs. Son but est d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés dans les établissements de santé [17].

Dans le manuel de certification des établissements de santé de l'HAS V2014, le critère 20a indique que la maitrise de la prise en charge médicamenteuse est l'un des critères majeurs de sécurité des patients.

Ce critère fait partie des pratiques exigibles prioritaires (PEP) de la V2014, c'est-à-dire qu'il porte sur un thème pour lequel un niveau d'exigence renforcé est attendu et est considéré comme essentiel pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il souligne que la continuité du traitement médicamenteux doit être organisée de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus, à la bonne posologie, selon la bonne voie, dans les bonnes conditions et au meilleur coût, permettant ainsi une diminution de la iatrogénie.

La mise en place d'une démarche qualité concertée de ce processus systémique complexe et pluri professionnel concourt à la prévention de la iatrogénie médicamenteuse évitable [18].

Le système de santé évolue, les attentes des patients et professionnels de santé également. Ainsi, afin de s'adapter aux mouvements d'évolutions réglementaires, d'opportunités médicales et du nouvel environnement technologique, la 5ème version de la certification, la V2020, s'appliquera à partir de 2020 avec des démarches, des procédures, des méthodes d'évaluations et des outils qui seront simplifiés . Avec cette nouvelle démarche de certification, on va poursuivre les valeurs de la V2014 et les porter dans un nouveau référentiel avec 3 grands axes d'orientation :

- Médicaliser et mieux prendre en compte les résultats de la prise en charge ;
- Simplifier l'ensemble du dispositif de certification ;
- S'adapter aux regroupements d'établissements publics et privés [19, 20].

### 4.2. Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins

Le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins (CAQES) a été créé afin de simplifier et fusionner dans un contrat unique l'ensemble des contrats existants entre les établissements de santé, l'ARS et l'assurance maladie :

- Contrat de Bon Usage (CBU)
- Contrat pour l'Amélioration de la Qualité et l'Organisation des Soins (CAQOS)
- Contrat de Pertinence des Soins (PAPRAS)
- Contrat d'Amélioration des Pratiques en Etablissements de Santé (CAPES).

Son objectif est d'améliorer les pratiques en matière de régulation des prescriptions médicamenteuses, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins avec un focus fort sur le médicament et les produits de santé [21].

La notion de CTM a fait son apparition dans l'arrêté du 27 avril 2017 relatif au CAQES notifiant que « l'établissement s'engage à développer des pratiques pluridisciplinaires (...) en vue de garantir la continuité de la prise en charge thérapeutique du patient tout au long de son parcours de soins. Il conçoit et met en œuvre un plan de déploiement de la pharmacie clinique intégré à la politique de management de la prise en charge médicamenteuse et de la CTM ».

Avec le CAQES, la pharmacie clinique et plus particulièrement la CTM deviennent des obligations générales des établissements de santé via le développement des pratiques pluridisciplinaires, permettant ainsi de faciliter la concertation entre les établissements de santé, l'ARS et l'assurance maladie. Ce contrat s'inscrit donc dans une démarche globale d'amélioration de la qualité et de l'efficience de soins permettant une lutte contre la iatrogénie.

## B. La conciliation des traitements médicamenteux

### 1. Définition et objectifs

Selon la HAS, la CTM est un processus formalisé pluri professionnel associant le patient et les professionnels de santé, membres de l'équipe de soin : médecins, pharmaciens, préparateurs en pharmacie et les infirmiers.

Cette démarche repose sur le partage d'informations complètes et exactes des traitements pris et à prendre du patient aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts entre services de soin ou établissements de santé, dans le but de prévenir la iatrogénie médicamenteuse.

Il existe deux types de CTM :

- La CTM proactive réalisée avant la rédaction de la prescription permettant de prévenir la survenue d'EM.
- La CTM rétroactive permettant d'intercepter et de corriger d'éventuelles EM sur l'ordonnance en cours.

Le mode proactif est à privilégier car plus sécuritaire : il permet de prévenir la survenue d'EM, alors que le mode rétroactif, plus tardif, permet de les intercepter et de les corriger. Quelque soit le mode

de CTM réalisée, celle-ci doit l'être le plus rapidement possible après l'admission du patient afin d'éviter la survenue d'une EM avérée [22].

## 2. Principe

La CTM est un processus pluridisciplinaire qui s'organise en 4 séquences :

- Séquence 1 : Recherche active d'informations sur les traitements que prenait habituellement le patient avant son admission.

Le but est de recenser la liste complète et exhaustive des traitements pris et à prendre, sur prescription ou non (automédication, compléments alimentaires, crèmes, collyres), à l'admission du patient à l'hôpital, à partir d'au moins 3 sources différentes :

- Ordonnance(s) du médecin traitant ou des médecins spécialistes datant de moins de 3 mois
- Courrier du médecin traitant
- Compte rendu de précédente(s) hospitalisation(s)
- Médicaments apportés par le patient
- Pharmacien d'officine habituel
- Dossier pharmaceutique (DP)
- Entretien avec le patient et/ou la famille et/ou l'entourage
- Document de liaison d'un EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)

- Séquence 2 : Rédaction du bilan médicamenteux optimisé (BMO).

Il correspond à la liste exhaustive des traitements pris par le patient avant son hospitalisation, établie grâce à la combinaison des différentes sources d'information.
Ce bilan peut être établi avant rédaction de la première prescription, c'est-à-dire en proactif ; le médecin hospitalier va donc prendre le bilan en compte lors de sa première prescription ce qui permettra de prévenir la survenue d'EM.

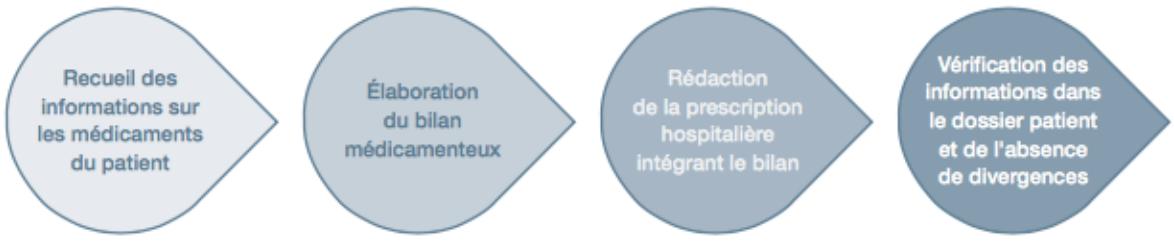



Figure 2 : La conciliation des traitements médicamenteux proactive [23].

Toutefois, le bilan peut aussi être établi et pris en compte après la rédaction de la prescription à l'admission, c'est à dire en rétroactif, afin d'intercepter et de corriger d'éventuelles EM.

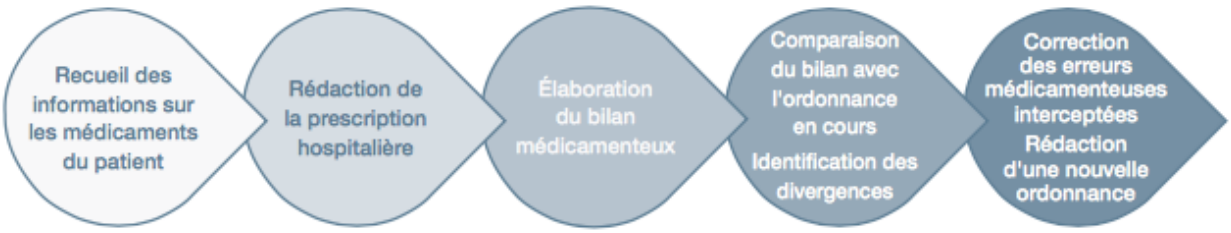



Figure 3 : La conciliation des traitements médicamenteux rétroactive [23].

- Séquence 3 : Comparaison du BMO avec l'ordonnance médicamenteuse à l'admission (OMA).

Toute différence entre le BMO et l'OMA est une divergence et peut concerner la spécialité elle-même, son dosage, sa posologie, sa forme galénique ou son mode d'administration.
Il existe deux types de divergences :

- Les divergences intentionnelles (DI) : correspondant à une modification volontaire du traitement par le médecin.
- Les divergences non intentionnelles (DNI) : correspondant à des erreurs médicamenteuses.

Une collaboration médico-pharmaceutique permettra de différencier les DI des DNI.

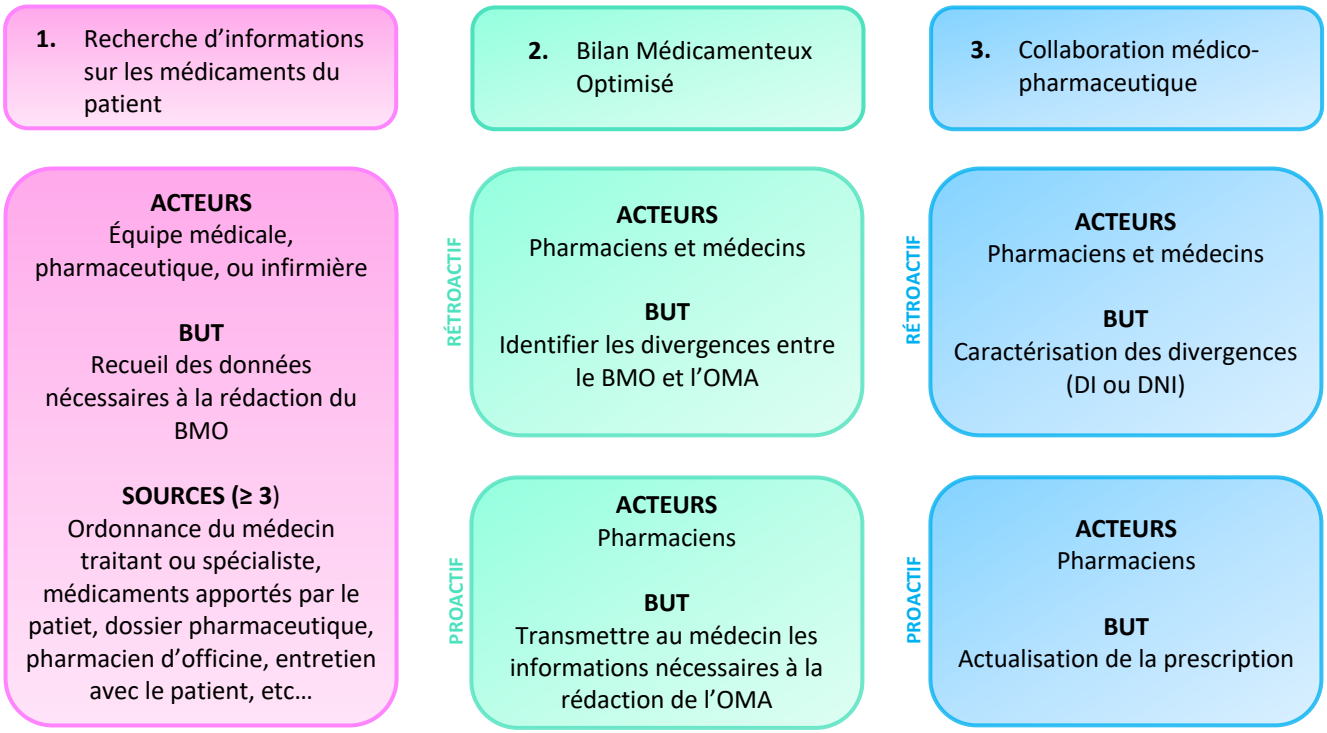



Figure 4 : Principe de conciliation médicamenteuse à l'admission (CMA).

- Séquence 4 : Conciliation médicamenteuse à la sortie (CMS)

Afin de garantir la continuité des soins au moment de la sortie du patient, une démarche de CMS peut être mise en place. La CMS est un processus pluri-professionnel garantissant la continuité du traitement à la sortie du patient hospitalisé.

Le pharmacien identifie les divergences entre le BMO établi à l'admission et la prescription de sortie (OMS). Les DNI sont corrigées avec le médecin et les DI justifiées. Une fiche de liaison est adressée au médecin traitant et au pharmacien d'officine, afin de les informer du traitement prescrit à la sortie et de justifier les changements de traitement réalisés pendant l'hospitalisation.

La CMS permet donc de garantir la continuité de la prescription médicamenteuse du patient hospitalisé lors de son retour à domicile.

Cette CMS se fait en deux étapes :

- Comparaison de l'OMS avec le BMO
- La transmission des modifications de traitements au patient et aux professionnels de santé de ville [22, 23].

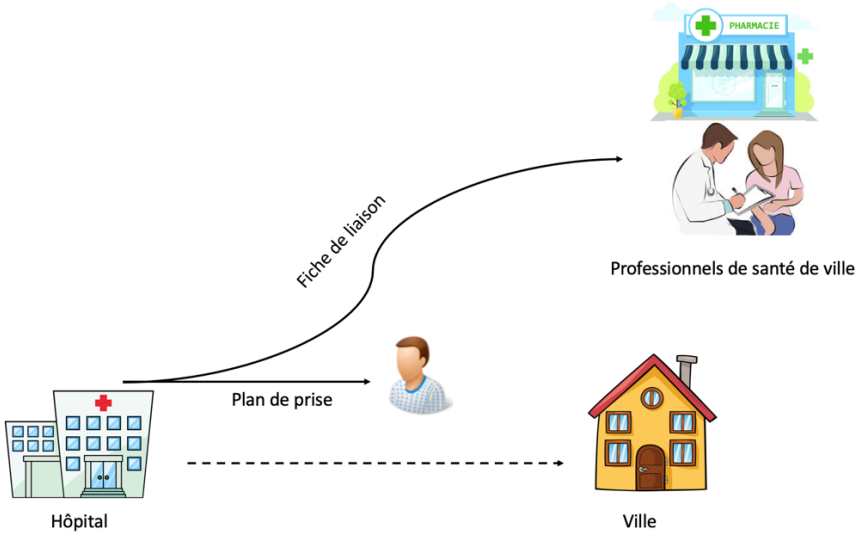



Figure 5 : Principe de conciliation médicamenteuse à la sortie.

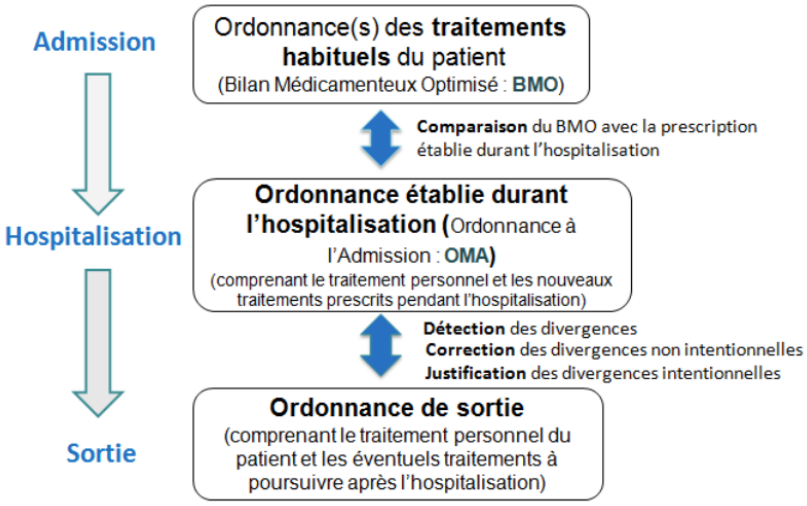



Figure 6 : Principe de la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission et à la sortie.

# 3. Contexte international et national

## 3.1. L'expérience Américaine et Canadienne

L'expression « Medication Reconciliation » est apparue aux États Unis en 2001 et la politique de santé américaine tend vers une systématisation de la CTM aux points de transitions que sont l'admission, les transferts et la sortie d'hospitalisation. De nombreux travaux ont été publiés et ont aidé les établissements français à comprendre le processus de CTM et son intérêt [24].

En 2012, une évaluation a été faite sur le rapport entre le coût de la production pharmaceutique de l'acte de conciliation et le coût d'une EM pouvant avoir de graves conséquences pour le patient. L'étude MARQUIS (Multi-Center Medication Reconciliation Quality Improvement Study) conduite par l'agence américaine de la qualité, the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), a évalué le retour sur investissement de la CTM dans les pratiques hospitalières.

| | |
|---|---|
| **Nombre de patients conciliés à l'admission** | 35 000 |
| **Nombre d'EM interceptées** | 70 000 |
| **Nombre d'EM graves interceptées** | 473 |
| **Coût moyen d'une EM grave interceptée** | 4 655 $ |
| **Économies réalisées pour tous les établissements** | 2 199 488 $ |
| **Coût total conciliation** | 1 033 594 $ |

Tableau 2 : Résultat de l'étude MARQUIS.

Les économies réalisées grâce à la conciliation médicamenteuse sont donc considérables et s'expriment en millions de dollars [25].

Au Canada, depuis 2006, le « Bilan comparatif des médicaments » correspondant au terme CTM utilisé en France est rendu obligatoire par l'organisme Agrément Canada. Cet organisme à but non lucratif a pour mandat de veiller à améliorer la qualité, la sécurité et l'efficience des soins offerts aux patients. Il évalue tous les 4 ans chaque établissement de santé afin de s'assurer de leur évolution dans l'implantation du bilan médicamenteux comparatif [24].

## 3.2. Projet High 5S

L'initiative « High 5s Agir pour la sécurité des patients » est un projet international lancé par l'OMS et coordonné par la Joint Commission International en 2006. Ce projet réunit l'Australie,

l'Allemagne, le Pays Bas, le Canada, les États-Unis, Singapour, la République de Trinité-et-Tobago et la France.

Le nom de High 5S découle de la volonté de réduire de manière significative, soutenue et mesurable, cinq problèmes majeurs de sécurité pour le patient, identifiés comme prioritaires par l'OMS en évaluant 5 solutions standardisées déployées au sein d'établissements de santé volontaires pendant 5 ans et notamment :

- La sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins
- Les défauts de communication au cours du transfert des patients [26].

## 3.3. Projet Med'Rec

C'est en 2009 que la France décide de rejoindre le projet High 5s qui sera décliné sous la forme de CTM ou de Médication Reconciliation en anglais (Med'Rec) coordonné par la HAS avec le soutien du Ministère de la santé.

Neuf établissements de santé se sont impliqués dans le projet, de Février 2010 à Octobre 2014 et il leur a été demandé de mettre en œuvre et d'évaluer le protocole opérationnel standardisé intitulé Standard Operating Protocol Medication Reconciliation (SOP Med'Rec).

En se fondant sur une communauté d'apprentissage international, l'objectif final du projet Med'Rec est de contribuer à améliorer la sécurité du patient concernant la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins ainsi que de parvenir à standardiser une méthodologie relative à la CTM en généralisant cette pratique à tous les établissements de santé français.

À la suite de ce projet, de nombreux établissements ont mis en place une CTM à l'entrée et/ou à la sortie, convaincus de son impact positif de la conciliation dans la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et dans la sécurisation de la prise en charge des patients à l'hôpital [27].

| | |
|---|---|
| **Nombre de patients conciliés à l'admission** | 22 863 |
| **Nombre d'EM interceptées** | 21 320 |
| **Nombre d'EM graves interceptées** | 1215 |
| **Coût moyen d'une EM grave interceptée** | 4 189,5€ |
| **Économies réalisées pour tous les établissements** | 5 090 200 € |
| **Coût total conciliation** | 896 100 € |

Tableau 3 : Résultat de l'étude Med'Rec

Ici aussi on peut voir que la conciliation médicamenteuse a permis de faire des économies s'exprimant en millions d'euros [25].

Ce programme a donc impulsé le déploiement de la démarche de conciliation au niveau national et a été la première expérimentation à grande échelle en France.

## 4. Impact de la conciliation médicamenteuse associée à la révision des traitements dans la lutte contre l'iatrogénie

Ces dernières années, plusieurs études ont montré les risques d'erreurs pouvant survenir aux étapes de transitions que sont l'admission, le transfert et la sortie du patient, constituant des points critiques dans la continuité des traitements médicamenteux. Ces erreurs peuvent survenir à la suite d'informations incomplètes, erronées ou absentes.

En 2005, Cornish et al. ont évalué à plus de 50 % les patients ayant eu une DNI à l'admission, dont 40 % des cas avec un impact clinique significatif [33].
Dans l'étude de Vira et al., 60 % des patients avaient au moins une DNI à l'admission ou à la sortie dont 18 % avec un impact clinique sévère [34].
Tam et al. ont réalisé une revue de la littérature de 1966 à 2005 dans différentes bases (MEDLINE, EMBASE et CINAHL) et mettent en avant que 27 à 54 % des patients présentaient au moins une erreur dans les antécédents médicamenteux et que 19 à 75 % des divergences étaient involontaires [35].
Tim Dornan et al. ont montré un taux d'erreur de prescription de 8,9 %, avec un risque d'erreur de prescription augmenté de 70 % lors de l'admission [36].

D'autres études ont démontré l'intérêt de la CTM dans la lutte contre la iatrogénie dans les établissements de santé Français.
Dans une étude réalisée à l'admission au centre hospitalier de Cambrai, sur 828 patients, 969 DNI ont été identifiées lors de la comparaison de la liste des médicaments pris au domicile et la prescription à l'admission [28].
Une étude a été réalisée au CHU de Grenoble chez 34 patients, 1 à 4 mois après la sortie d'hospitalisation pour connaître les changements apportés aux 209 prescriptions réalisées à l'hôpital. Après la CMS, 88,5 % des changements ont été maintenus [29].
Une étude a démontré que la révision des prescriptions réalisée à l'hôpital de Hautepierre, chez 257 patients hospitalisés dans un service de rhumatologie, avait entrainée 182 interventions pharmaceutiques (IP), dont 93 % ayant conduit à une modification de la prescription [30].

L'étude française de Pourrat and al. a évalué l'impact de la conciliation de sortie avec la transmission d'information au pharmacien d'officine. Les résultats montrent que pour les patients hospitalisés ou âgés de moins de 75 ans, les interventions sont significativement bénéfiques [76].

Ces études démontrent l'intérêt de la CTM associée à la RT dans la mise en évidence des DNI lors des étapes de transition et donc son rôle dans la lutte contre la iatrogénie.

La CTM permet de sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient tout au long de son parcours de soin grâce à un décloisonnement ville/hôpital.
Elle permet aussi d'intercepter et prévenir les EM (potentiellement iatrogènes) afin de contribuer à une maitrise des dépenses et coûts de santé liés à une potentielle ré-hospitalisation non prévue [31, 32].

## 5. Interface ville-hôpital : un risque majoré

En 2009, la loi HPST a mis l'accent sur l'importance de la transmission des informations de suivi d'un patient hospitalisé, induisant ainsi une coopération entre les professionnels de santé [12].
Les EM survenant aux étapes de transition (entrée, transfert et sortie d'hospitalisation) seraient dues à des défauts de transmission d'informations entre les professionnels de santé de ville et à l'hôpital susceptibles de transmettre des informations sur les médicaments des patients.
Un plan de communication formalisé entre l'établissement de santé, les acteurs de ville et le patient permettrait de rendre la CTM effective avec une optimisation du lien ville-hôpital.
Cette continuité de prescription aux étapes de transitions serait nécessaire afin de sécuriser la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient à l'entrée comme à la sortie [24].

# II. LE PATIENT PSYCHIATRIQUE : UN PATIENT À HAUT RISQUE D'ERREUR

## A. Pathologies mentales

# 1. Schizophrénie

## 1.1. Généralités

Le terme « schizophrénie » provient du grec « σχίζειν » (schizein), signifiant fractionnement et « φρήν » (phrèn), désignant l'esprit. Il a été proposé pour la première fois en 1911, par Eugen Bleuler, un psychiatre zurichois qui renvoie à la principale caractéristique de la schizophrénie, la dissociation [38].

Décrite il y a 100 ans, la schizophrénie reste l'une des maladies psychiatriques les plus mystérieuses et l'une des plus graves par son retentissement et tous les professionnels de santé peuvent contribuer à améliorer sa prise en charge.
Sévère, complexe et chronique, on la retrouve dans le monde entier, dans toutes les cultures et sous toutes les latitudes, mais elle semble plus fréquente en milieu urbain et chez les migrants [39].

600 000 personnes en France et 0,7 % de la population mondiale sont concernés par cette maladie qui se déclare le plus souvent à l'adolescence entre 15 et 25 ans.
Dans 35 % à 40 % des cas, elle se manifeste par des débuts aigus, avec des bouffées délirantes. Une hospitalisation est souvent nécessaire lors du premier épisode [40].

## 1.2. Symptômes

Les symptômes de la schizophrénie sont très hétérogènes d'un patient à l'autre et évoluent souvent au cours de la maladie.

Les cliniciens les classent en trois groupes :

- Les **symptômes positifs** : ainsi dénommés parce qu'ils « s'ajoutent » aux perceptions ordinaires, ils regroupent les idées délirantes (persécution, mégalomanie, transmission de la pensée ou encore culpabilité) ainsi que les hallucinations (auditives, olfactives, gustatives, tactiles, visuelles ou cénesthésiques).

Vécus comme réels, ces symptômes sont souvent très angoissants et sources de souffrances considérables.

- Les **symptômes négatifs** : correspondent à un appauvrissement affectif et émotionnel avec une mise en retrait par rapport à la famille et la société. Ils s'expriment par la réduction de l'ensemble

des activités et peuvent ainsi se traduire par un manque d'énergie, une difficulté à mener une action, à se concentrer et à mémoriser.

Les patients présentent une atténuation de leurs émotions : les cliniciens parlent souvent d' « émoussement » de l'émotivité (pouvant aller jusqu'à une indifférence affective), de la communication, de la volonté. Les patients s'isolent, présentent une perte d'intérêt, une difficulté à entreprendre des actions et ont du mal à avoir une vie sociale (isolement, difficulté à nouer des relations) [39].

La présence de symptômes positifs facilite le diagnostic de la maladie. A l'inverse, des symptômes négatifs peuvent être associés à une dépression, retardant parfois le diagnostic de plusieurs années.

- La **désorganisation de la pensée**, des paroles, des émotions et des comportements :

Les patients évoquent des sentiments contradictoires dans une même discussion, tiennent des discours incohérents. La désorganisation de la pensée a pour conséquences l'apparition d'un discours flou, parfois incompréhensible, voire incohérent et l'utilisation de termes étranges. Extrêmement invalidante, elle peut s'accompagner de troubles de l'organisation du comportement (attitudes sans but précis,). Auxquels s'ajoutent très souvent une baisse de l'attention, de la concentration, de la mémoire ou encore de la compréhension. Cela se traduit notamment par une incapacité à planifier des tâches simples, comme faire son travail ou des courses, sources d'un handicap majeur dans la vie quotidienne [40].

## 1.3. Composante génétique et environnementale

La schizophrénie est une maladie complexe dont la survenue repose sur la présence d'éléments génétiques et environnementaux.

- **Composante génétique de la maladie**

Dans la population générale environ 1 personne sur 100 souffre de schizophrénie.
Chez les adultes dont 1 des parents est malade, 7 % risquent d'être atteints contre 27 % lorsque les deux parents sont atteints. Pour les frères, sœurs et faux jumeaux des patients schizophrènes qui n'ont que la moitié de leurs gènes en commun, le risque est de 10 %, alors qu'il atteint 50 % chez les vrais jumeaux, possédant un génome identique.
Mais le fait que le risque de devenir schizophrène chez les vrais jumeaux soit de 50 % et non de

100 % montre également que la schizophrénie n'est pas une maladie héréditaire au sens commun de ce terme : être porteur de cette composante génétique ne signifie pas que l'on deviendra nécessairement schizophrène, cela signifie que l'on a une susceptibilité ou une vulnérabilité particulière vis-à-vis de cette maladie : on parle de gènes dits « de vulnérabilité ». [41].
Au total, près de 10 % de la population serait porteuse de certains facteurs de vulnérabilité à la schizophrénie, mais même en présence de variants génétiques à effet majeur, la génétique n'explique pas à elle seule la survenue de la maladie : elle dépend également de l'environnement [40].

- **Composante environnementale de la maladie**

Parmi les facteurs non génétiques augmentant le risque de schizophrénie, certains interviennent très précocement, dès la vie fœtale ou la naissance. Le poids réel des facteurs environnementaux est encore mal connu, mais des travaux suggèrent que le risque est ainsi augmenté chez les personnes nées d'une mère ayant souffert d'une maladie infectieuse ou métabolique, d'un état de malnutrition ou de stress excessif durant la grossesse, ou ayant eu un accouchement difficile à l'origine d'une hypoxie de l'enfant ; ces facteurs étant cependant en cause que dans un petit nombre de cas.
Des traumatismes psychologiques graves survenant dans l'enfance sont également incriminés.
L'isolement social consécutif à l'urbanisation et à l'immigration peut aussi contribuer au développement de la maladie.
Enfin, il est aujourd'hui établi que la consommation de substances psychogènes, comme le cannabis, serait un facteur de risque plus tardif de déclencher la maladie. Et ceci d'autant plus que la consommation est importante et qu'elle débute tôt dans l'adolescence [41].

## 1.4. Diagnostic complexe

La schizophrénie est caractérisée par :

- La présence d'au moins deux manifestations suivantes pendant au moins 1 mois : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement désorganisé ou catatonique, symptômes négatifs (émoussement affectif, alogie, perte de volonté), d'évolution épisodique ou continue.
- Un dysfonctionnement social concernant un ou plusieurs domaines majeurs tels que le travail, les relations interpersonnelles ou les soins personnels depuis 6 mois au moins et concomitant des symptômes précédemment cités [42].

## 1.5. Traitement

En l'absence de consensus et de recommandations, le traitement des patients psychiatriques est complexe et difficile à équilibrer.

La stratégie thérapeutique est donc adaptée à chaque patient, selon la phase d'évolution de la maladie et en fonction du contexte clinique, biologique et social. La prise en charge globale vise autant les symptômes, que l'insertion sociale, familiale et affective.

Elle repose sur :

- L'instauration d'un traitement médicamenteux afin de stabiliser ou d'atténuer la symptomatologie
- La réadaptation individuelle par la psychothérapie ou psychoéducation
- L'aide à la formulation d'un projet de vie personnel compte tenu du handicap.

Les médicaments utilisés contre la schizophrénie et les psychoses sont les médicaments antipsychotiques.

Il en existe 2 grands groupes :

- Les neuroleptiques de 1ère génération ou neuroleptiques dits classiques : développés dans les années 50.
- Les neuroleptiques de 2de génération, plus récents dits atypiques.

La classification des neuroleptiques est représentée dans les tableaux 1 et 2.

Les neuroleptiques atypiques sont prescrits en première intention. En cas d'échec, une association avec un deuxième neuroleptique atypique ou bien avec un neuroleptique classique est instaurée et en cas de résistance à deux antipsychotiques bien conduits, la clozapine peut être initiée.

L'arbre décisionnel de la prise en charge de la schizophrénie est représenté sur la figure 7.

| Neuroleptiques de première génération | Neuroleptiques de seconde génération |
|---|---|
| **Phénothiazines :**<br>- chlorpromazine : LARGATIL®<br>- cyamémazine : TERCIAN®<br>- lévomépromazine : NOZINAN®<br>- propériciazine : NEULEPTIL®<br>- fluphénazine decanoas : MODÉCATE®<br>- pipotiazine palmitate : PIPORTIL® L4 | **Dibenzodiazépines et dibenzothiazépines :**<br>- olanzapine : ZYPREXA®, ZYPADHERA®<br>- clozapine : LEPONEX®<br>- quétiapine : XEROQUEL® |
| **Butyrophénones :**<br>- halopéridol : HALDOL®<br>- pimozide : ORAP®<br>- pipampérone : DIPIPERON® | **Benzisoxaloles :**<br>- risperidone : RISPERIDAL®, RISPERIDAL CONSTA ®<br>- paliperidone : TREVICTA®, XEPLION® |
| **Benzamides :**<br>- sulpiride : DOGMATIL®<br>- tiapride : TIAPRIDAL® | **Benzamides :**<br>- amilsupride : SOLIAN® |
| **Thioxanthenes :**<br>- flupentixol : FLUANXOL®<br>- zuclopenthixol : CLOPIXOL® | **Dihydroquinolones :**<br>- aripiprazole : ABILIFY®, ABILIFY® MAINTENA |

Tableau 4 : Classification des neuroleptiques selon leur classe chimique [75].

| Neuroleptiques de première génération | Neuroleptiques de seconde génération |
|---|---|
| **Antipsychotiques à courte durée d'action** :<br>chlorpromazine : LARGATIL®<br>cyamémazine : TERCIAN®<br>flupentixol : FLUANXOL®<br>halopéridol : HALDOL®<br>lévomépromazine : NOZINAN®<br>loxapine : LOXAPAC®<br>penfluridol : SÉMAP®<br>pimozide : ORAP®<br>pipampérone : DIPIPERON®<br>propériciazine : NEULEPTIL®<br>sulpiride : DOGMATIL®<br>tiapride : TIAPRIDAL®<br>zuclopenthixol : CLOPIXOL®<br><br>**Antipsychotiques à durée d'action prolongée :**<br>flupentixol decanoate : FLUANXOL® AP<br>fluphénazine decanoas : MODÉCATE®<br>halopéridol decanoate : HALDOL DECANOAS ®<br>pipotiazine palmitate: PIPORTIL® L4<br>tiapride : TIAPRIDAL® AP<br>zuclopenthixol acetate : CLOPIXOL® ASP<br>zuclopenthixol decanoate : CLOPIXOL® AP | **Antipsychotiques à courte durée d'action :**<br>amilsupride : SOLIAN®<br>aripiprazole : ABILIFY®<br>clozapine : LEPONEX®<br>paliperidone : TREVICTA®, XEPLION®<br>quétiapine : XEROQUEL®<br>risperidone : RISPERIDAL®<br>olanzapine : ZYPREXA®<br><br>**Antipsychotiques à durée d'action prolongée :**<br>aripiprazole : ABILIFY MAINTENA®<br>olanzapine : ZYPADHERA®<br>risperidone : RISPERIDAL CONSTA® |

Tableau 5 : classification des neuroleptiques selon leur durée d'action [43].

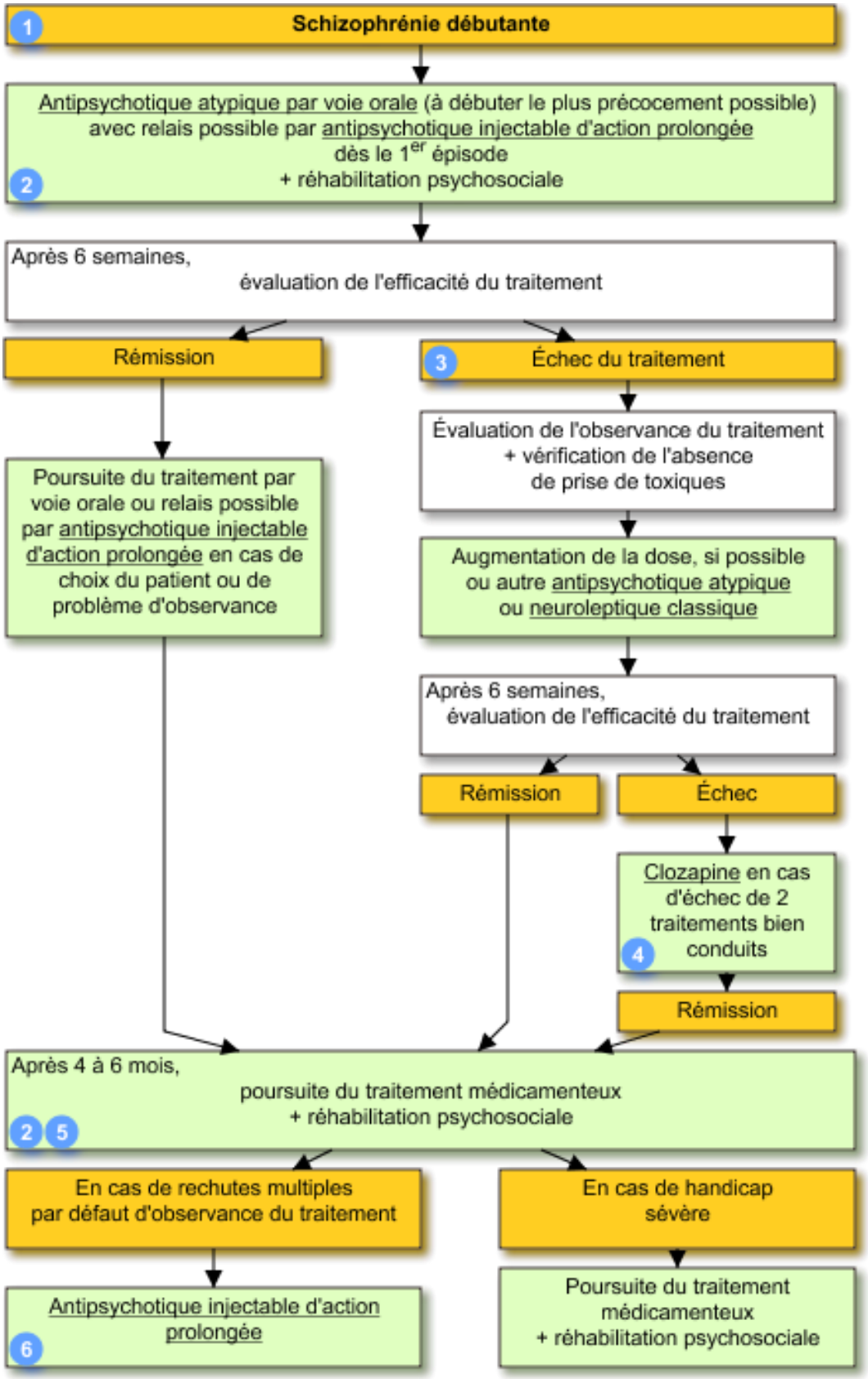



Figure 7 : Arbre décisionnel de la prise en charge de la schizophrénie [44]

# 2. Troubles bipolaires

## 2.1. Généralités

Le trouble bipolaire (ou maladie maniaco-dépréssive) est un trouble récurrent de l'humeur. C'est une pathologie chronique débutant chez l'adulte jeune dont le handicap est très important se caractérisant par une alternance de phases d'expansion de l'humeur avec une augmentation de l'énergie et des activités (épisodes maniaques ou hypomaniaques) et des baisses de l'humeur avec diminution de l'activité, de l'énergie et la survenue d'épisodes dépressifs. Ces deux phases sont séparées par des intervalles libres plus ou moins longs.

Le trouble bipolaire entraîne pour le patient une vulnérabilité chronique, en raison des oscillations de l'humeur plus ou moins permanentes. Durant les épisodes aigus, l'humeur du patient, son comportement et ses activités peuvent être significativement perturbés.

90 % des patients qui ont présenté un épisode maniaque présenteront d'autres épisodes thymiques, ce qui nécessite une prise en charge à vie [45].

## 2.2. Outils de diagnostic chez l'adulte

Le diagnostic de troubles bipolaires se fait au cours d'un examen clinique psychiatrique réalisé par un médecin à partir de symptômes rapportés, de signes observés et de l'histoire de la maladie qui vont permettre d'appuyer le diagnostic. Néanmoins, les médecins ne disposent pas actuellement de biomarqueurs (caractéristiques biologiques mesurables) qui permettraient de confirmer ce diagnostic. Le psychiatre va alors identifier deux grands syndromes : le syndrôme dépressif et le syndrôme maniaque. Agissant en alternance, le premier se traduit par une diminution de l'énergie et des activités et le second à contrario, est caractérisé par une hyperactivité motrice. Ces syndrômes doivent répondre à des critères de durée et de retentissement, pour être qualifiés de « dépressif » et de « maniaque » par le psychiatre [46].

## 2.3. Traitement

Les traitements les plus souvent prescrits dans le cadre d'un trouble bipolaire sont appelés thymorégulateurs ou régulateurs de l'humeur. Ces traitements permettent de réduire la fréquence, la durée et l'intensité des épisodes et d'améliorer la qualité des intervalles libres.

Concernant le choix de la molécule, le plus ancien des thymorégulateurs, le lithium (sels de lithium), reste le traitement de référence. Les antiépiléptiques ont également fait la preuve de leur efficacité

thymorégulatrice : le valpromide, le divalproate de sodium, la carbamazépine et enfin la lamotrigine apparue plus récemment dans l'arsenal thérapeutique du trouble bipolaire.
Les nouveaux antipsychotiques atypiques ont initialement été proposés dans le traitement de certaines maladies psychotiques chroniques comme la schizophrénie, développée précédemment, mais il s'est avéré qu'ils ont aussi des propriétés de régulation de l'humeur leur permettant d'être prescrits dans ce sens.
Le choix entre ces trois groupes de médicaments (lithium, antiépiléptiques, antipsychotiques) dépend de l'histoire de chaque patient, de ses antécédents et contre-indications, de la situation clinique, des comorbidités, des habitudes et des choix du prescripteur et du patient [47].

L'arbre décisionnel de la prise en charge des troubles bipolaires est représenté sur la figure 8.

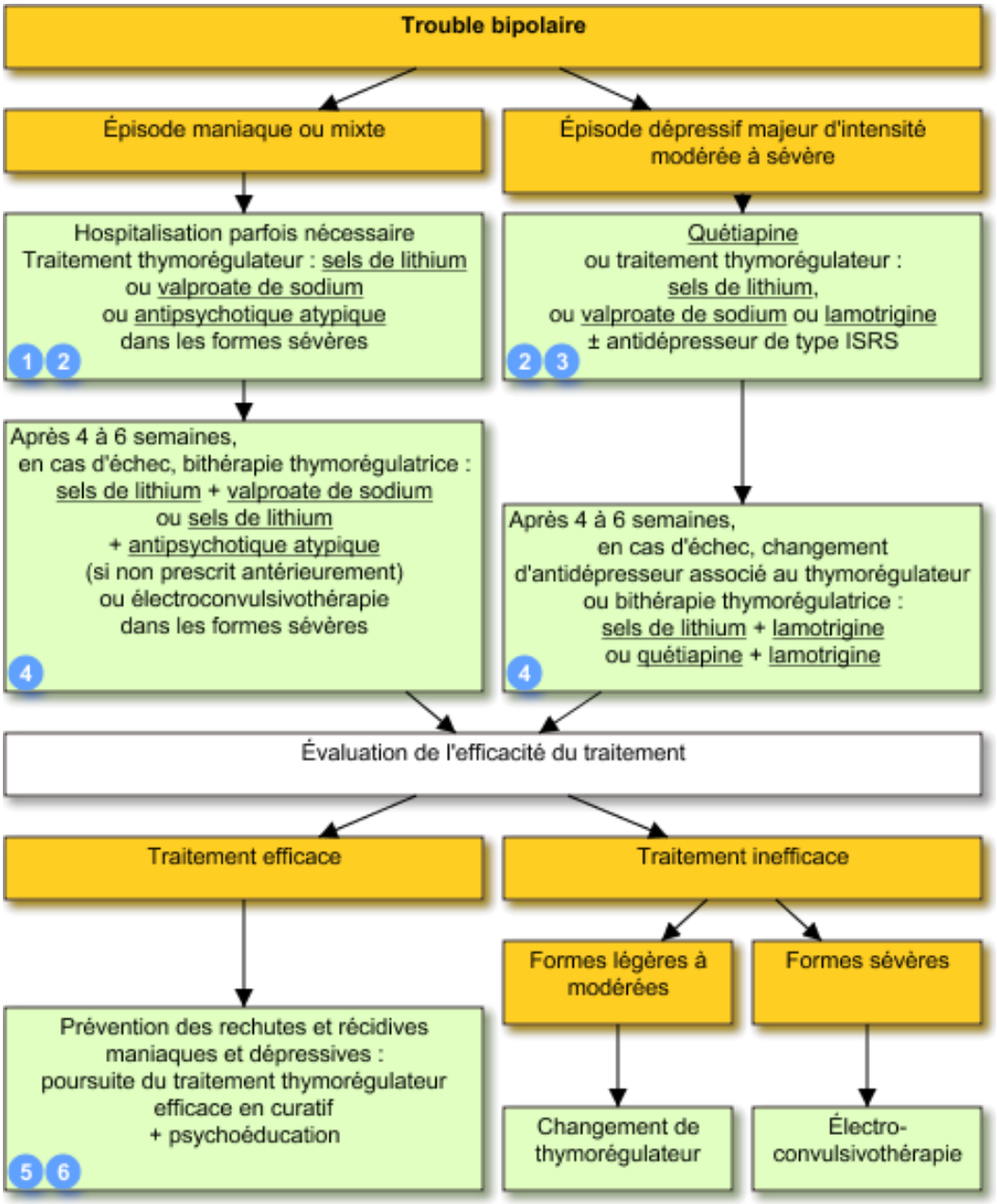



Figure 8 : Arbre décisionnel de prise en. charge des troubles bipolaires [48]

## B. Comorbidités somatiques associées

### 1. Incidence de la mortalité

Les maladies psychiatriques font partie des affections les plus préoccupantes du 21ème siècle. [58]. La surmortalité des personnes ayant des troubles psychiques sévères est connue depuis les années 1930 et s'aggrave de manière continue, alors que l'espérance de vie de la population générale augmente. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il y aurait 8 millions de morts prématurées dans le monde liées aux troubles psychiatriques [49].

Leur taux de mortalité est 1,6 à 3 fois plus élevé que la population générale avec une espérance de vie diminuée de 25 ans. 60 % des décès en psychiatrie sont liés à une maladie somatique associée et 40 % par suicide et mort accidentelle [58]. Ainsi, par rapport à la population générale, l'espérance de vie des personnes vivant avec des troubles psychiques est écourtée de 10 à 20 ans [49].

Une étude a été menée auprès de patients consultant aux urgences psychiatriques du CHU Hassan II à Fès. Sur les 80 patients inclus dans l'étude, 32 % d'entre eux avaient une affection somatique associée à leurs troubles psychiatriques. Les affections somatiques chez les patients consultants ou hospitalisés en psychiatrie sont donc très fréquentes, souvent méconnues et leur prise en charge n'est pas toujours aisée [60].

La morbidité somatique est plus élevée chez les sujets souffrant d'un trouble mental que dans le reste de la population et ce sur-risque est d'autant plus important qu'il s'agit d'une pathologie mentale sévère [50].

### 2. Types de comorbidités rencontrées

Les comorbidités les plus retrouvées sont :

- **L'obésité** : le risque est multiplié par 2,8 à 3,5 pour les patients atteints de troubles psychiatriques.

- **Le syndrome métabolique** : c'est-à-dire l'ensemble des signes physiologiques qui accroissent le risque de diabète de type 2 et de mortalité coronaropathique [50].

  Dans la revue de **Vancampfort et al.** on retrouve un syndrome métabolique chez plus de 30% des patients atteints de troubles psychiatriques [66].

- **Le diabète** : d'incidence croissante dans les pays développés, le diabète est 3 à 6 fois plus fréquent chez les patients atteints de troubles psychiatriques. Le risque d'acidocétose

diabétique est 10 fois plus élevé chez les patients schizophrènes que dans la population générale.

- **Les maladies cardiovasculaires** : le risque cardiovasculaire est 2 à 4 fois plus élevé chez les patients atteints de pathologies mentales sévère.

- **Les maladies infectieuses** : les patients atteints de troubles mentaux sont associés à un risque élevé de maladies infectieuses virales (VIH, hépatite B ou C) ou encore bactériennes (tuberculose) [50].

- **Comorbidités digestives** : l'accélération de la fréquence gastrique chez les patients schizophrènes serait significativement corrélée à la sévérité des hallucinations et à une sensation de crampes abdominales. De plus, la relation entre la schizophrénie et la maladie cœliaque a déjà été évoquée.

- **Comorbidités respiratoires** : les pathologies respiratoires représentent une cause de mortalité importante chez les patients schizophrènes avec 17 % de décès. On a également une diminution du VEMS pour 89,6 % des patients atteints de troubles psychiatriques.

Le risque de développer des comorbidités somatiques graves représente un véritable enjeu thérapeutique, tant sur le plan de l'individu qu'en terme de santé publique [59].

## 3. Pathologies et poly médication

Les antipsychotiques sont des médicaments dont le but est de réduire les symptômes psychotiques, de prévenir les rechutes et d'améliorer la qualité de vie. Une prescription en fonction de la balance bénéfice/risque permet l'utilisation d'une dose de médicament minimale efficace afin d'éviter la survenue de ces effets indésirable.

Néanmoins, de part la complexité des troubles psychiatriques et la difficulté de stabiliser les patients avec une monothérapie, la polymédication est souvent utilisée malgré le risque d'effets indésirables graves. Ainsi, cette polymédication antipsychotique est un sujet controversé depuis plus de 40 ans.

Certains arguments sont en faveur de la polymédication ; parmis les patients traités par antipsychotiques de seconde génération, 30 à 60 % répondent de manière insuffisante. L'exacerbation de la pathologie ou encore l'agitation chez certains patients en cas de non recours à la polymédication sont également mises en évidence [61].

En Belgique, selon l'étude réalisée sur 1 215 patients par **De Hert et al.,** 30,6 % des patients psychotiques hospitalisés reçoivent deux antipsychotiques, 9,8 % trois, et 2,2 % quatre ou plus [67].
Une autre étude réalisée au Royaume-Uni par **Lelliot et al.** relate que sur 3 576 patients inclus, 50,5 % reçoivent au moins 2 anti psychotiques pendant au moins un jour [68].
En dépit des recommandations générales d'utilisation de la monothérapie antipsychotique dans le traitement de la schizophrénie et autres troubles psychotiques, l'utilisation d'une association d'antipsychotiques est largement appliquée dans la pratique clinique. Toutefois, les données cliniques sur l'efficacité de cette attitude comparativement à la monothérapie sont rares et les recommandations la placent donc en dernier recours.

## 4. Facteurs de risque de développer une comorbidité

Le risque de développer une comorbidité peut être majoré par de nombreux facteurs pouvant être associés :

- Les facteurs de risque non modifiables, tels que l'âge, le sexe, les antécédents médicaux familiaux, les facteurs génétiques ainsi que le contexte ethnique.
- Les facteurs de risques modifiables tels que :
  - Les facteurs médicaux personnels sont à prendre en compte notamment les troubles lipidiques (hypercholestérolémie), l'hypertension artérielle ou encore les facteurs de risque cardiovasculaires.
  - Les facteurs comportementaux tels que l'hygiène alimentaire, les addictions (tabac, alcool, autres drogues etc.), l'activité physique insuffisante ou encore le surpoids.

Le déséquilibre alimentaire lié à certains symptômes notamment les symptômes négatifs, la désorganisation, les symptômes dépressifs ainsi qu'aux traitements de ces troubles. Certains psychotropes peuvent entrainer une forte prise de poids (clozapine, olanzapine, chlorpromazine, lithium, divalproate de sodium etc.).
La fréquence des abus de substances et des comportements sexuels à risque ainsi que le manque d'informations sur le risque de transmission de l'infection des patients contribuent à l'augmentation du risque de maladies infectieuses.
Les symptômes négatifs de la schizophrénie semblent avoir un effet sur la consommation de nicotine, favorisant ainsi la survenue de maladies respiratoires liées au tabagisme.

- Les facteurs environnementaux tels que la précarité ou l'isolement social [49].

## 4.1. Activité physique et sédentarité

Seules 25,7 % des personnes souffrant de schizophrénie ont une activité physique régulière contre 50,2 % chez la population générale [59] et ces patients présentent donc un risque accru de surpoids ou d'obésité.

Les raisons expliquant une telle sédentarité ne sont pas clairement établies, mais des éléments tels que l'effet sédatif de certains traitements ou encore le manque de motivation chez ces patients peuvent en être une raison.

## 4.2. Régime alimentaire

Il est communément admis que les patients souffrant de schizophrénie ont un régime alimentaire plus riche en lipides et en sucres, alors que les apports journaliers en fibres, fruits et légumes sont en deçà des recommandations actuelles.

Les patients traités par antipsychotiques développeraient un comportement alimentaire particulier lié à une modification de l'appétit, à l'origine d'une augmentation de la sensation de faim [59].

## 4.3. Dépendances

La personnalité antisociale est historiquement le premier trouble dont le lien avec les addictions ont été mis en évidence [50], notamment grâce à plusieurs études.

Dans l'étude National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESRAC) réalisée sur 43 000 sujets, le taux de dépendance dans la population générale est de
4,07 % et celui chez les personnes atteintes de troubles bipolaires de 20,3 %. Sur 295 hommes admis pour traitement d'un abus d'une substance, 30. % ont présenté un trouble bipolaire [53].

L'étude naturaliste de Zurich compare les consommations des patients atteints de troubles psychiatriques avec la population générale (tableau 2).

| | **Patients atteints de troubles psychiatriques** | **Population générale** |
|---|---|---|
| **Tabac** | 48,7 % | 33,9 % |
| **Alcool** | 23,1 % | 7,6 % |
| **Cannabis** | 19,7 % | 7,8 % |

Tableau 6 : Consommation de substances addictives des patients atteints de troubles psychiatriques et de la population générale [54].

### ➢ Tabac

Les personnes atteintes d'un trouble schizophrénique présentent le niveau de tabagisme le plus haut parmi l'ensemble des personnes atteintes de troubles psychiatriques qu'elles soient hospitalisées ou suivies en ambulatoire : entre 60 et 70 %, soit deux à trois fois plus que dans la population générale [50].

Le tabagisme, très prévalent chez les patients souffrant de schizophrénie, constitue un problème de santé publique important. La diminution de l'espérance de vie constatée chez ces patients, du fait d'affections cardiovasculaires, de troubles respiratoires ou encore de nombreux cancers, est en grande partie liée à la consommation de tabac.

L'addiction tabagique peut être considérée comme une automédication de certaines anomalies cognitives, expliquant les difficultés des patients à arrêter leur consommation.

Le taux d'arrêt du tabac est environ deux fois plus faible chez les patients schizophrènes qu'en population générale, lié aux troubles cognitifs existant dans la schizophrénie [55].

Une étude menée par DELÉON dans un hôpital en Pennsylvanie démontre une prévalence du tabagisme de 85 % chez les schizophrènes [70].

D'après l'étude NERSAC, 21 à 31 % des personnes dépendantes à la nicotine, ont un trouble psychiatrique [50].

### ➢ Alcool

L'étude Epidemiological Catchment Area nous montre que parmi des patients bipolaires, 43,6 % présentent un trouble addictif à l'alcool [53].

L'étude NESRAC révèle 54 % de trouble addictifs lié à l'alcool chez les sujets bipolaires [56].

Les relations entre l'alcoolisme et la bipolarité restent évidemment discutées quant à savoir si l'alcoolisme est secondaire aux troubles bipolaires ou s'il s'agit d'une comorbidité partageant des facteurs étiologiques communs. L'existence d'une comorbidité alcoolique a d'importantes implications dans la vie des patients atteints de troubles psychiatriques, une prise en charge thérapeutique est donc indispensable afin d'obtenir un sevrage et une abstinence [54].

### ➢ Cannabis

Les schizophrènes seraient particulièrement sensibles au cannabis, en effet, la probabilité de développer un trouble de consommation de cannabis est environ six fois plus élevée chez le patient schizophrène que dans la population générale [57].

L'étude NESRAC montre que pour 1905 sujets présentant des abus ou dépendance au cannabis, 7 % d'entres eux présentent des troubles psychiatriques contre 1,2 % en population générale [56].

Le cannabis ou encore les opiacés peuvent induire certains troubles psychiatriques comme un syndrome amotivationnel ou encore des troubles délirants. Le cannabis étant un facteur de risque de schizophrénie, notamment en cas de consommation avant l'âge de 15 ans [50].
L'augmentation du risque de schizophrénie chez les usagers de cannabis pourrait indiquer qu'une consommation de cannabis peut constituer un marqueur du développement ultérieur de la maladie, notamment par l'aggravation du processus dissociatif. Il indiquerait également, que les patients présentant des troubles psychiatriques l'utilisent comme automédication afin de réduire leurs angoisses. En réalité, cette consommation aura des conséquences négatives sur l'évolution du trouble avec l'accélération de l'apparition des symptômes, l'augmentation de l'intensité des crises et des rechutes plus fréquentes.

### ➢ Autres drogues

Parmi les patients présentant un mésusage ou une dépendance à un traitement psychotrope prescrit, la proportion de ceux traités pour une affection psychiatrique, est supérieure à celle retrouvée en population générale. La fréquence de ces comportements de dépendance varie entre 15 et 50 %. Cette prévalence peut être expliquée par une plus grande sensibilité des patients souffrant de troubles psychiatriques

Une étude italienne a évalué 108 patients suivis dans un centre psychiatrique et ayant présenté des symptômes psychotiques. Parmis eux, 14 patients (13 %) avait un diagnostic d'abus ou de dépendance aux sédatifs de type benzodiazépines [65].

Les classes de médicaments pour lesquelles une dépendance est le plus fréquemment mise en évidence sont les sédatifs, les stimulants et les antalgiques opiacés [71].

Les patients suivis pour des affections psychiatriques présentent généralement des prévalences de dépendance aux médicaments psychotropes les conduisant à recourir au nomadisme médical.

C. Comorbidités liées au traitement

## 1. Effets indésirables iatrogènes

### 1.1. Types d'effets indésirables rencontrés

Avant la mise en place d'un traitement par neuroleptiques ou normothymiques, il est nécessaire de réaliser des examens complémentaires pour éviter certaines complications. Sauf en cas de psychose aiguë, le traitement par un neuroleptique est mis en place progressivement. Chaque patient réagit différemment à ces substances et il faut du temps pour identifier la dose minimale efficace qui provoquera le moins d'effets indésirables à long terme.
Les antipsychotiques, et en particulier ceux dits classiques, ont de nombreux effets indésirables :

- Les troubles neurologiques notamment sédation, somnolence, les dystonies, les akathisies, le parkisonisme, les dyskinésies tardives
- Les effets cardiologiques notamment l'allongement de l'espace QT avec risque de survenue de torsades de pointe.
- Les effets anticholinergiques notamment une sècheresse buccale, une constipation, une sècheresse oculaire, une dysurie
- Les troubles gastro-intestinaux : des nausées, des vomissements, des diarrhées.
- Les troubles psychiatriques : une agitation, une anxiété, une insomnie.
- Les troubles endocriniens et métaboliques notamment une prise de poids, une augmentation du glucose sanguin, des troubles hormonaux, une soif intense, troubles du métabolisme lipidique et glucidique, hyperprolactinémie avec notamment un risque de gynécomastie, de galactorrhées, de dysménorrhées ou d'aménorrhées, de dysfonction sexuelle et de prédisposition à l'ostéoporose.
- Le syndrome malin : hyperthermie, sueurs profuses, pâleur, obnubilation, troubles de la tonicité musculaire, rigidité extrapyramidale, déshydratation, hypotension orthostatique, tachycardie.
- Les perturbations hématologiques notamment une leucopénie [62] [72]

L'utilisation concomitante de plusieurs antipsychotiques majore ce risque de manière significative.
L'objectif est d'obtenir un équilibre favorable au patient entre le traitement somatiques de ses troubles psychiques et les éventuels effets indésirables des traitements, afin d'améliorer la sécurité, la qualité de vie et la santé globale du patient [49].

### 1.2. Médicaments correcteurs

On appelle « correcteurs » les médicaments utilisés pour corriger certains effets iatrogènes induits principalement par la prise de neuroleptiques, d'antidépresseurs et de thymorégulateurs lorsque les règles hygiéno diétiques ont été insuffisantes.
La sécheresse buccale pourra être compensée par des traitements correcteurs pouvant être prescrits tels que l'anéthotrithione en comprimés (Sulfarlem®), l'Artisial® en spray buccal ou encore Æquasyal® en spray hydratant non médicamenteux à vaporiser dans les joues.
Une hypersalivation en début de traitement neuroleptique pourra être améliorée par la scopolamine (Scopoderm®), utilisée hors AMM afin de réduire les excès salivaires.
La sécheresse oculaire peut être améliorée par un collyre adapté, type larmes artificielles.
Les effets neurologiques tels que les tremblements, dyskinésies peuvent être corrigés par des antiparkinsoniens : trihexyphénidyle (Artane® ou Parkinane LP®), tropatépine (Lepticur®) et bipéridène (Akineton®).
L'hypotension orthostatique peut être corrigée par midodrine (Gutron®), l'etiléfrine (Effortil®) [72].
La constipation peut être traitée et prévenue par des laxatifs tels que les laxatifs osmotiques.
La prescription de ces médicaments correcteurs et leur durée d'utilisation doivent être réévaluées, car ils ne sont pas toujours nécessaires et peuvent eux même entrainer des effets indésirables [63].

## D. Un suivi médical difficile

### 1. Désinsertion sociale

#### 1.1. Nomadisme médical

Le nomadisme médical d'un patient se définit comme la multiplication de consultations chez des praticiens différents pour un même objet, dans une période de temps rapprochée sans l'avouer aux praticiens qui le suivent.

Le patient peut donc consulter plusieurs médecins successivement, ou alternativement et il donne ainsi l'illusion à chaque praticien d'être en charge de son suivi.

L'une des raisons poussant les patients au nomadisme médical est l'obtention de prescriptions de certains médicaments en quantité plus importante, chaque praticien consulté ignorant qu'une prescription a déjà été faite par un confrère. Ces médicaments pourront être utilisés pour un usage personnel ou revendus dans la rue.

Les risques encourus sont un surdosage médicamenteux, ou encore la survenue d'effets indésirables graves dans le cas ou les traitements prescrits interagiraient entre eux [64].

### 1.2. Un accès aux soins difficile

Certains troubles psychiques, tels que les troubles de la perception et du cours de la pensée, le déni de la maladie et les idées délirantes, conduisent parfois la personne à négliger des symptômes physiques. De plus les perceptions des symptômes somatiques peuvent être genés par une altération du schéma corporel ou une plus grande tolérance à la douleur.
Par ailleurs les modifications du comportement social, les troubles cognitifs, le repli sur soi et l'isolement social sont autant d'obstacles à des soins médicaux appropriés
La coordination somatique-psychiatrie est parfois difficile pour les patients atteints de troubles psychiatriques et les patients n'informent pas toujours leur médecin traitant de leurs troubles psychiques pouvant être liés à leurs troubles somatiques [49].

Parmis ces patients, une large proportion est exclue du parcours de soin. Le terme « exclue » regroupe une population hétérogène par son « statut social » : sans domicile fixe, sans résidence stable, sans résidence fixe, démuni, sans abri, errant etc.
Une étude sur la santé mentale des adultes sans domicile fixe a été menée auprès de 859 personnes au Centre hospitalier Ste Anne à Paris. Les résultats de cette enquête montrent que 32 % des personnes rencontrées présentent un trouble psychiatrique sévère et 21 % présentent un trouble de la personnalité et / ou du comportement. Parmi ces personnes présentant un trouble psychiatrique, 25 % d'entre eux n'ont jamais eu recours aux soins et 75 % n'ont plus eu de suivi au moment de la rencontre [50].
D'une façon générale, en situation de précarité l'accès aux soins est difficile, les soins ambulatoires compliqués à mettre en place et une observance pas toujours respectée.
Lors d'états psychotiques aigus, l'indication d'hospitalisation est rarement remise en question, cependant, de nombreux schizophrènes se retrouvent exclus de leur famille, de leur lieu de vie, de leur milieu professionnel quand ils en ont un et cette situation est plus souvent liée au rejet qu'à une réelle démarche personnelle.

## 2. Mauvaise observance thérapeutique

L'observance thérapeutique se définit comme la parfaite concordance entre la conduite du patient, la prescription du médecin et les conseils des autres professionnels de santé. Elle peut être nulle, partielle

ou totale. La mauvaise observance est un problème fréquent pendant la prise en charge des troubles psychiatriques.

De plus, elle entraine une augmentation du nombre d'hospitalisations, de recrudescence de la maladie et une diminution de la qualité de vie des patients.

Weiden et Olfson estiment que la mauvaise observance du traitement est responsable de 40 % des rechutes survenant dans l'année qui suit une hospitalisation et l'instauration d'un traitement. Une revue de 24 études montre que les patients schizophrènes traités par antipsychotiques prennent en moyenne seulement 58 % des doses prescrites [51].

Plusieurs causes peuvent expliquer la non-observance notamment :

- Les effets indésirables du traitement notamment les effets sédatifs, la prise de poids, l'akathisie, les troubles extrapyramidaux ou encore les dysfonctionnements sexuels.
- Le manque de croyance en l'efficacité du traitement ainsi que des compétences du médecin par le patient
- Le délai d'action des traitements, notamment avec les antidépresseurs
- La complexité du traitement pour le patient [52]
- La chronicité de la maladie.

# III. EXPÉRIENCE AU CENTRE HOSPITALIER ÉDOUARD TOULOUSE DANS DEUX UNITÉS DE SOINS PILOTES

# A. Présentation du centre hospitalier Édouard Toulouse

## 1. Généralités

### 1.1. Histoire du centre hospitalier Édouard Toulouse

En 1962, face à l'accroissement régulier des patients atteints de troubles psychiatriques hospitalisés à l'hôpital de la Timone, un hôpital destiné à desservir les quartiers nords de Marseille est construit : le Centre Hospitaliser Édouard Toulouse (CHET). Cet établissement de santé doit son nom au psychiatre Marseillais Édouard Toulouse (1865-1947)**.**

### 1.2. Organisation de l'établissement

Implanté sur un domaine de 17 hectares, avec une aire géographique couvrant les 1er, 2ème, 3ème, 13ème, 14ème, 15ème, 16ème arrondissements de Marseille ainsi que les communes de Septèmes-les-Vallons et des Pennes-Mirabeau, le CHET dispose de plusieurs structures cliniques et se compose de plusieurs pôles :

- 3 pôles de psychiatrie adulte composés chacun d'une Unité inter sectorielle Préparation à la Sortie (UPS) ainsi que de deux secteurs comprenant chacun un service d'hospitalisation à temps plein, une Unité de Préparation à la Sortie (UPS), une unité d'Hospitalisation De Jour (HDJ) et des structures ambulatoires (Centres Médico-Psychologiques (CMP), Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel etc.).
- Un pôle Accueil – Urgence comprenant la Permanence Accueil, le CAP72 (urgences psychiatriques Nord implantées sur le centre hospitalier Nord à l'Assitance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM)) et une Equipe Mobile de Liaison Psychiatrique Précarité (EMLPP).
- Un pôle de Psychiatrie Infanto Juvénile comprenant un centre d'action médico-social précoce (CAMSP), 4 HDJ, 7 CMP, une unité de consultation pour adolescent, une unité pour soins précoces, une unité parents/bébé, ainsi qu'une unité de soins intensifs pour adolescents (USIA).
- Un pôle Addictions et Pathologies Associées comprenant un Centre de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et une Unité Hospitalière d'Addictologie (UHA).
- Un pôle Médico Technique et Somatique comprenant la PUI, un laboratoire de biologie médicale, une Permanence d'Accès aux Soins de Santé en milieu PSYchiatrique (PASS-

PSY), les consultations somatiques, la médecine du travail, le Département d'Information Médicale (DIM) implanté dans le 16ème arrondissement de Marseille.

- Un pôle transversal de réhabilitation comprenant une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), le service des sports, les ateliers thérapeutiques, un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), un Accueil Familial Thérapeutique (AFT), un club cafétéria, un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) et 2 ateliers thérapeutiques.

Le CHET accueille des patients présentant tous types de pathologies psychiatriques et participe à des réseaux de prise en charge avec d'autres établissements.

L'admission en psychiatrie est fonction du secteur géographique du domicile du patient, on parle de « sectorisation », mais aussi, elle tient compte naturellement de la pathologie et de la disponibilité des lits au sein des unités de soins. Le CHET comprend 6 secteurs de psychiatrie correspondant aux arrondissements et communes présentés ci-dessous :

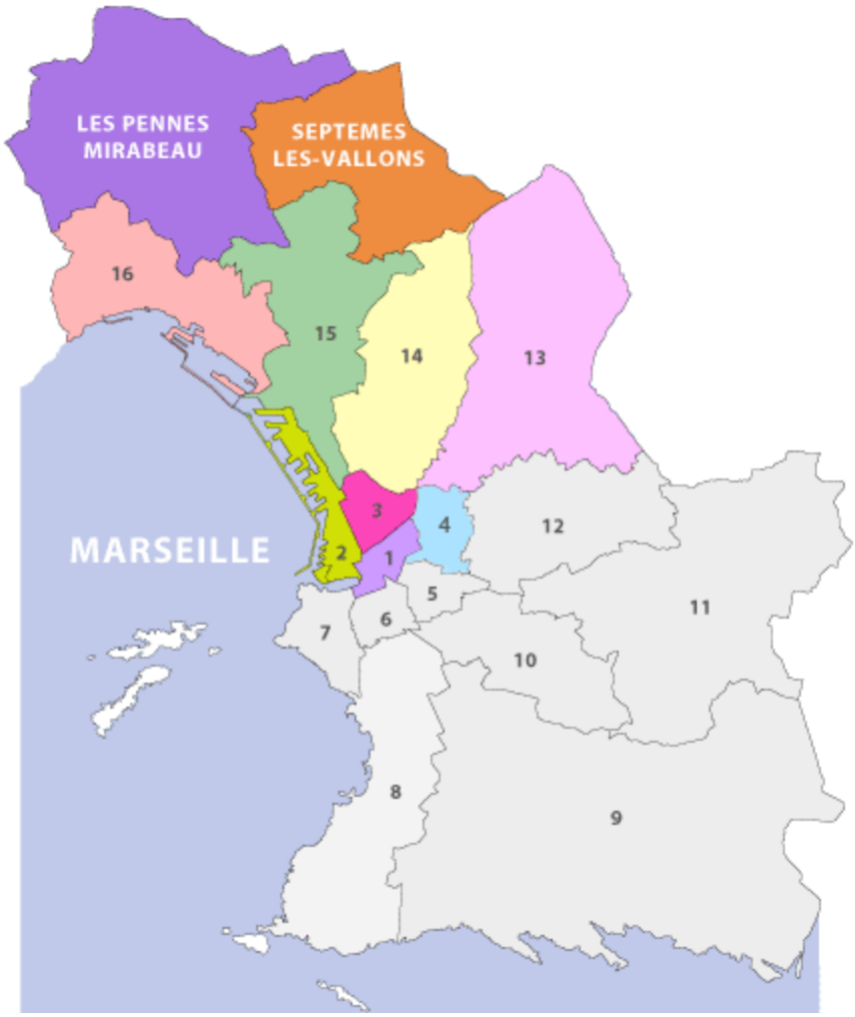



Figure 9 : Arrondissements de Marseille et Communes rattachés au Centre Hospitalier Édouard Toulouse [73].

## 1.3. Modes d'hospitalisation en psychiatrie

- Les hospitalisations libres : elles se déroulent avec le consentement du patient, qui va disposer des mêmes droits, de la même liberté que des patients hospitalisés dans un établissement de santé non psychiatrique.

- Les hospitalisations à temps complet dans le cadre de soins sans consentement : elles sont caractérisées par une période d'observation et de soins de 72 heures (impliquant 2 certificats médicaux rédigés par un psychiatre, un dans les 24 heures, l'autre dans les 72 heures), un contrôle systématique du juge des libertés et de la détention pour des hospitalisations complètes de plus de 15 jours et un programme de soins élaboré par le psychiatre dès lors que le patient n'est plus hospitalisé à temps complet, remis à la fois au patient et au préfet.

Il existe deux types d'hospitalisations sans consentement :

- Les hospitalisations à la demande d'un tiers : ce mode d'hospitalisation nécessite l'intervention d'une autre personne que le patient dont les troubles rendent impossible son consentement. Dans ce cas, l'hospitalisation est justifiée par la demande formulée par le tiers ainsi que deux certificats médicaux circonstanciés dans l'intérêt du patient. Le maintien de l'hospitalisation est soumis à la production de certificats médicaux à échéances précises. A défaut, la levée de la mesure est automatique. Le médecin décide de la date de sortie qui peut également être réclamée par la famille ou la personne ayant demandé l'hospitalisation.

- L'hospitalisation d'office : elle concerne les personnes nécessitant des soins en raison des troubles mentaux qui compromettent la sureté des personnes, ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public. L'hospitalisation est justifiée dans ce cas par un certificat médical circonstancié qui constate le péril imminent, l'état mental, la maladie et la nécessité de soins et se fait sur décision du représentant de l'état [73].

## 1.4. Rapport médical des activités de l'établissement

La capacité d'accueil de l'hôpital est de 274 lits et la file active d'hospitalisation recensée sur l'année 2018 est de 1474 patients. La durée moyenne de séjour (DMS) est de 29 jours.
Le taux de patients admis pour des soins psychiatriques libres au cours de l'année 2018 est de 803 patients, celui des patients admis sans consentements est de 550 patients.

Il y a également eu 286 patients à l'isolement au cours de l'année 2018 [74].

## 2. Le circuit du médicament au Centre Hospitalier Édouard Toulouse

### 2.1. Sécurisation du circuit du médicament

La PUI du centre hospitalier Édouard Toulouse est composée de 4 pharmaciens, 1 interne en pharmacie hospitalière, 1 étudiant en 5ème année hospitalo-universitaire (5AHU), 1 cadre de santé, 5 préparateurs en pharmacie hospitalière, 2 aides de pharmacie et de 2 adjoints administratifs chargés de la comptabilité et du secrétariat.

Les prescriptions sont rédigées informatiquement sur un logiciel d'aide à la prescription et à la dispensation médicale (LAP-LAD).

Toutes les prescriptions sont analysées et validées quotidiennement par les pharmaciens et l'interne en pharmacie : une Délivrance Individuelle Nominative (DIN) est assurée par les préparateurs en pharmacie sous le contrôle effectif du pharmacien et une validation de l'administration par les infirmiers diplômés d'état est réalisée informatiquement et en temps réel.

Le dossier patient est informatisé (Cariatide®) et permet une consultation de tous les documents qui y sont intégrés par les professionnels de santé (compte rendu d'hospitalisation, prescriptions antérieures etc.), prenant en charge le patient : médecin, Infirmiers Diplomés d'État (IDE), pharmaciens.

### 2.2. Activités de pharmacie clinique

La pharmacie clinique est définie selon la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) comme étant « 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, à la pertinence et à l'efficience du recours aux produits de santé. Le pharmacien exerce en collaboration avec les autres professionnels impliqués, le patient et ses aidants. »

Parmi les activités de pharmacie clinique réalisées au CHET, la CTM et la RT ont pour objectif d'améliorer la prise en charge médicamenteuse du patient en favorisant la pertinence de la prescription, l'observance du patient et en diminuant le risque de survenue d'effets indésirable, le tout via une collaboration pluridisciplinaire.

La CTM au CHET est réalisée au sein de deux unités temps plein adulte : TRIESTE et NEF desservant respectivement le secteur 12 (2ème et 3ème arrondissements de Marseille) et le secteur 16 (16ème arrondissement). La CTM a été initiée en Mars 2017 au pavillon TRIESTE. En Octobre 2018 le pavillon NEF a été intégré dans cette démarche. La CTM est réalisée à l'admission et à la sortie pour tous les patients adultes admis au sein de ces deux unités et dépendant de ces secteurs.

## B. La conciliation des traitements médicamenteux associée à la révision de la thérapeutique au Centre Hospitalier Édouard Toulouse

### 1. Mode opératoire de la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission

- **Séquence 1 : Recherche active d'informations**

L'étudiant en 5AHU s'assure chaque matin des nouveaux patients admis dans les deux unités concernées et effectue des recherches dans le DPI Cariatides®. Ce recueil d'informations à partir du dossier patient se fait à l'aide d'une fiche facilitant le regroupement des données recueillies (annexe 1).

Les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge médicamenteuse du patient sont contactés afin d'obtenir des informations concernant le traitement du patient pris avant son hospitalisation (médecin traitant, médecin spécialiste, CMP, pharmacien d'officine, infirmier libéral etc.)

L'entourage du patient peut également être contacté à cet effet.

C.H. Edouard Toulouse

## FICHE DE RECUEIL D'INFORMATIONS

Nom :
Prénom :
Age :

Structure :
Date d'admission :
Modalité d'admission :

| | Coordonnées | Informations sur le traitement |
|---|---|---|
| **Médecin traitant :** | | |
| **Psychiatre / CMP :** | | |
| **Médecin Spécialiste :** | | |
| **Infirmier libéral :** | | |
| **Pharmacie d'officine :** | | |
| **Hospitalisation récente :** | | |
| **Entourage :** | | |

Savez-vous si ce patient a une maladie chronique ? Une allergie ?

Annexe 1 : Fiche de recueil d'informations

Après avoir recherché et contacté toutes les sources disponibles, l'étudiant en 5AHU procède à l'entretien patient, si l'état clinique de ce dernier le permet. Avant de faire cet entretien, l'avis des soignants est indispensable et nous renseigne sur les précautions à prendre vis-à-vis du patient, sur son état clinique (interrogeable ou non) et sur la nécessité ou non de prendre un dispositif de Protection du Travailleur Isolé (PTI).

Cet entretien se déroule selon un guide d'entretien pharmaceutique (annexe 2).
L'objectif de ce document est de faciliter l'entretien pharmaceutique réalisé avec le patient et comprend une première partie sur les traitements médicamenteux pris par le patient avant son admission à l'hôpital, la connaissance et l'observance vis-à-vis de celui-ci, ainsi que les éventuels EI ressentis.
La deuxième partie permet de recenser les différents professionnels de santé connus par le patient afin de compléter la fiche de recueil d'informations.

L'étudiant abordera avec le patient son traitement actuel en vérifiant l'existence ou non d'éventuelles automédications, d'allergies ou intolérances médicamenteuses et de pathologies chroniques. Ces informations contribuent à optimiser la qualité des données recueillies.

De plus, le patient peut également fournir les courriers médicaux, prescriptions et traitements qu'il aurait en sa possession ainsi que sa carte vitale à l'aide de laquelle nous pouvons, avec son consentement, consulter le DP grâce au lecteur disponible à la PUI. Cependant il est important de ne pas se limiter à la dernière prescription, mais de prendre connaissance des données sur les 6 mois précédents afin de pouvoir être le plus exhaustif possible.

C.H. Edouard Toulouse

## Guide d'entretien pharmaceutique

Nom :
Prénom :
Age :

Structure :
Date d'admission :
Modalité d'admission :

| | **Nom/dosage/forme/fréquence/observance** | **Connaissance** *Savez-vous à quoi servent ces médicaments ?* | **Effets indésirables** |
|---|---|---|---|
| **Médicament prescrit**<br><br>*-Avez-vous votre ordonnance de ville sur vous ? Vos médicaments ? Votre carte vitale ?* | | | |
| **Automédication**<br><br>*- Prenez-vous des médicaments sans ordonnance ?*<br>*- Compléments alimentaires ?*<br>*-Collyres ? Crèmes ? Pommades ? Patchs ?* | | | |

Avez-vous une autre pathologie ? Une pathologie chronique ? Des allergies ?

| | **Qui ?** *Nom* | **Où ?** *Adresse* | **Quand ?** *L'avez-vous vu récemment ?* | **Coordonnées** *Téléphone* |
|---|---|---|---|---|
| **Médecin traitant** | | | | |
| **Psychiatre / CMP** | | | | |
| **Médecin Spécialiste** | | | | |
| **Infirmier libéral** | | | | |
| **Pharmacie d'officine** | | | | |
| **Hospitalisation récente** | | | | |
| **Domiciliation** *EPHAD, LHSS, CHRS…* | | | | |
| **Famille / Educateur/Tuteur** | | | | |

Annexe 2 : Guide d'entretien pharmaceutique

- **<u>Séquence 2</u> : Rédaction du BMO**

Après avoir recueilli les informations fournies par les sources lors de la séquence 1, l'étudiant en 5AHU rédige le BMO sur la fiche CMA, validé *in fine* par le pharmacien référent de l'unité (annexe 3).

Le BMO correspond à la liste exhaustive des traitements pris par le patient avant son hospitalisation et à poursuivre et comporte les médicaments en Dénomination Commune Internationale (DCI), leur dosage, leur forme galénique, leur voie d'administration et leur posologie.

- **<u>Séquence 3</u> : Identification des divergences**

L'ordonnance médicamenteuse à l'admission disponible informatiquement sur le logiciel LAP-LAD et de dispensation Génois® est reportée sur la fiche CMA par l'étudiant en 5AHU. Une comparaison entre le BMO et l'OMA permet d'identifier les divergences.

- **<u>Séquence 4</u> : Collaboration avec le médecin et identification des DNI**

Une collaboration entre le pharmacien et le médecin permettra d'identifier les divergences, de corriger celles qui sont non intentionnelles et de justifier celles qui sont intentionnelles.
La fiche CMA est ensuite intégrée dans le DPI dans un onglet dédié afin d'être consultable par les différents professionnels de santé prenant en charge le patient.

## 2. Mode opératoire de la CMS

### 2.1. Comparaison du BMO avec l'ordonnance médicamenteuse de sortie

Les patients ayant bénéficié d'une CMA, peuvent bénéficier d'une CMS à leur sortie.
La fiche CMS, réalisée sur le même modèle que la fiche de CMA est rédigée par l'étudiant en 5AHU (annexe 4).
Cette fiche permet une comparaison entre l'ordonnance médicamenteuse de sortie et les traitements du patient avant son hospitalisation. Elle permet d'identifier les divergences grâce à une collaboration pharmacien-médecin et de corriger celles qui sont non intentionnelles.

Annexe 3 : Fiche de conciliation médicamenteuse à l'admission

## FICHE DE CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX A L'ADMISSION

| INFORMATIONS PATIENT | INFORMATIONS PROFESSIONNELS DE SANTE | AUTRES |
|---|---|---|
| **Nom** :<br>**Prénom** :<br>**Date de naissance** :<br>**Structure** :<br>**Date d'admission** :<br>**Modalité d'admission** : | **Médecin traitant** :<br>**Psychiatre** :<br>**Autre spécialiste** :<br>**Pharmacie d'officine :**<br>**IDE Libéral** : | **Allergies – Intolérance** :<br>**Antécédents :**<br>**Usage externe** :<br>**Traitement ponctuel - Automédication :**<br>**Comorbidités :** |

| RECUEIL DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX | | | | COMPARAISON BMO ET OMA | | | | ANALYSE DES DIVERGENCES | COMMENTAIRES / DECISIONS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Source 1** | **Source 2** | **Source 3** | **Bilan médicamenteux optimisé (BMO)** | **STATUT** | **Ordonnance médicamenteuse à l'admission (OMA) du :** | | **DI / DNI** | |
| Spécialité | Posologie | Posologie | Posologie | Posologie | | Spécialité | Posologie | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Légende posologie : Ma : matin/ Mi : Midi / S : Soir/ C : Coucher/ G : Gouter<br>Légende statut : C : continuité en l'état ; M : MODIFIE ; A : Arrêt définitif ; S : Suspendu ; Sub : Substitué, Aj : Ajouté<br>Légende correct/divergent : DNI : Divergence non intentionnelle DI : Divergence intentionnelle<br>Légende des sources :<br>MS(spé) : Courrier ou ordo médecin spécialiste EP : ENTRETIEN Patient<br>MT : Courrier ou ordo médecin traitant Ph : Pharmacie<br>DP : dossier pharmaceutique DM : Dossier Médical<br>AP : Apporté par le patient | Entretien avec le patient effectué le :<br>Conciliation n° :<br>**Commentaires** : |

Annexe 4 : Fiche de conciliation médicamenteuse à la sortie

## FICHE DE CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX A LA SORTIE

| INFORMATIONS PATIENT | INFORMATIONS PROFESSIONNELS DE SANTE | AUTRES |
|---|---|---|
| **Nom** :<br>**Prénom** :<br>**Date de naissance** :<br>**Structure** :<br>**Date d'admission** :<br>**Modalité d'admission** : | **Médecin traitant** :<br>**Psychiatre** :<br>**Autre spécialiste** :<br>**Pharmacie d'officine :**<br>**IDE Libéral** : | **Allergies – Intolérance** :<br>**Antécédents :**<br>**Usage externe** :<br>**Traitement ponctuel - Automédication :**<br>**Comorbidités :** |

| ANALYSE DES DIVERGENCES | | | | | COMMENTAIRES / DECISIONS | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **BMO** | | **STATUT** | **OMS du :** | | **DI / DNI** | |
| Médicaments | Posologie | | Médicaments | Posologie | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Légende posologie : Ma : matin/ Mi : Midi / S : Soir/ C : Coucher/ G : Gouter
Légende statut : C : continuité en l'état ; M : MODIFIE ; A : Arrêt définitif ; S : Suspendu ; Sub : Substitué, Aj : Ajouté
Légende correct/divergent : DNI : Divergence non intentionnelle DI : Divergence intentionnelle
Légende des sources :
MS(spé) : Courrier ou ordo médecin spécialiste EP : ENTRETIEN Patient
MT : Courrier ou ordo médecin traitant Ph : Pharmacie
DP : dossier pharmaceutique DM : Dossier Médical
AP : Apporté par le patient

Entretien avec le patient effectué le :

Conciliation n° :

**Commentaires** :

## 2.2. Le lien hôpital-ville

Lorsque la CMS est réalisée, une fiche de liaison hôpital-ville (annexe 5) est rédigée et a pour but d'informer les professionnels de santé en ville des modifications de traitement réalisées pendant l'hospitalisation et de les justifier.

Cette fiche est envoyée par fax au pharmacien d'officine par l'étudiant en 5AHU. L'envoi au médecin généraliste, au médecin spécialiste et au CMP est réalisé par le secrétariat de l'unité de soin *via* le compte rendu d'hospitalisation.

## 2.3. Entretien pharmaceutique de sortie

À la sortie, l'entretien réalisé par le pharmacien permet d'informer le patient des modifications de traitement réalisées pendant son hospitalisation et de les lui expliquer.

Cet échange permet ainsi de faciliter la compréhension du traitement et de ses modifications et de répondre aux éventuelles questions du patient.

C.H. *E*DOUARD *T*OULOUSE

Pharmacie à Usage Intérieur
Tél : 04.91.96.98.62 / Fax : 04.91.96.97.85
Dr Stéphanie HONORE
Pharmacien Gérant de la PUI

Pavillon
Tel :
Dr.
Médecin chef de service

Marseille, le
A l'attention du médecin généraliste
et du pharmacien d'officine

**Objet : Fiche de liaison Hôpital – Ville dans le cadre de la conciliation des traitements médicamenteux**

Le patient né le

Cher confrère,

Lors de son séjour au Centre hospitalier Edouard Toulouse, votre patient a bénéficié d'une démarche de conciliation médicamenteuse qui permet d'assurer la continuité du traitement du patient à l'admission, d'optimiser le traitement médicamenteux au cours du séjour, et de communiquer l'information relative aux changements de traitement réalisés au cours de l'hospitalisation aux différents professionnels de santé prenant en charge ce patient.

Veuillez trouver ci-dessous son traitement de sortie d'hospitalisation :

| **Synthèse des traitements avant l'admission** | | **Nature de la modification** Continuité (C) Modifié (M) Arrêt (A) Suspendu (S) Substitué (Sub) Ajouté (Aj) | **Prescription à la sortie** | | **Commentaire** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Spécialité (DCI, dosage, forme)** | **Posologie** | | **Spécialité (DCI, dosage, forme)** | **Posologie** | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Confraternellement,

Pharmacien Dr. Psychiatre Dr.

Annexe 5 : Fiche de liaison hôpital-ville

## C. Matériel et méthode

### 1. Population étudiée

Les patients inclus étaient âgés de plus de 18 ans et admis dans les deux unités concernées par la CTM : NEF et TRIESTE.
Les patients exclus étaient les patients mineurs, ainsi que les patients hébergés d'un autre service.

### 2. Méthode

Une étude rétrospective monocentrique a été réalisée entre le 1er Avril et le 15 Août 2019, pendant 20 semaines, du lundi au vendredi, au sein du Centre Hospitalier Édouard Toulouse.
Des analyses descriptives et comparatives ont été réalisées à partir de bases de données Excel à l'aide du logiciel LAP-LAD.

Le BMO était réalisé à partir d'au moins 3 sources d'informations. Les erreurs médicamenteuses qui, si elles n'avaient pas été détectées, auraient pu entrainer une augmentation de la durée d'hospitalisation ou un décès, ont été considérées comme majeures. La satisfaction des pharmaciens d'officine sollicités lors de la CMA a été évaluée par téléphone à l'aide d'un questionnaire de satisfaction (annexe 6).

Les patients n'ayant pas pu bénéficier d'une CMA par nombre de sources insuffisant (< 3) et notamment par l'absence d'un pharmacien d'officine connu, ont également bénéficié d'un entretien pharmaceutique à leur sortie d'hospitalisation.
Lors de cet entretien, la proposition de définir un pharmacien d'officine référent leur était faite, en fonction de l'adresse de leur domicile du patient et de leurs habitudes. Un document leur était fourni (annexe 7) afin de préciser par écrit le nom et les coordonnées de la pharmacie choisie.
Le document était également transmis au pharmacien d'officine afin de l'en informer (annexe 8).

Un mois après, un appel auprès du pharmacien d'officine était effectué afin de savoir si le patient s'était rendu à la pharmacie choisie.

C.H. Edouard Toulouse

**Questionnaire de satisfaction à destination des pharmaciens d'officine dans le cadre de la conciliation des traitements médicamenteux**

1. La conciliation des traitements médicamenteux permet d'éviter les erreurs de prescription à l'admission à l'hôpital en contactant au moins 3 sources, notamment le pharmacien d'officine. Cette démarche favorise un lien entre la ville et l'hôpital. Qu'en pensez-vous ?

Très intéressant Intéressant Peu intéressant Inintéressant

2. Dans la majorité des cas le pharmacien d'officine est une source privilégiée mais le nomadisme médical de certains patients ne permet pas toujours de retrouver celui ayant effectué la dernière dispensation. Que pensez-vous d'une proposition de pharmacien d'officine référent au patient afin d'améliorer son suivi ?

Très intéressant Intéressant Peu intéressant Inintéressant

3. À la sortie, la conciliation médicamenteuse consiste à envoyer à la pharmacie d'officine un document de liaison concernant les traitements d'un ou plusieurs patients précisant et justifiant les modifications de traitement réalisées à l'hôpital. Qu'en pensez-vous ?

Très intéressant Intéressant Peu intéressant Inintéressant

Annexe 6 : Questionnaire de satisfaction à l'attention des pharmaciens d'officine

C.H. *E*DOUARD *T*OULOUSE

Pharmacie à Usage Intérieur
Tél : 04.91.96.98.62 / Fax : 04.91.96.97.85
Dr Stéphanie HONORE
Pharmacien Gérant de la PUI

Pavillon
Tel :
Dr
Médecin chef de service

Marseille, le
A l'attention du patient

**Objet : Fiche de liaison Hôpital – Ville dans le cadre de la conciliation des traitements médicamenteux**

Madame, Monsieur,

Vous avez récemment été hospitalisé au sein de l'hôpital Edouard Toulouse.

En vue de votre sortie, nous vous proposons de vous orienter vers la pharmacie la plus proche de chez vous afin de faciliter votre suivi médical :

Le traitement à poursuivre par la suite sera communiqué à la pharmacie ci-dessus.

Cordialement,

Dr.

Annexe 7 : Fiche de proposition de pharmacien référent à l'attention du patient

C.H. *E*DOUARD *T*OULOUSE

Pharmacie à Usage Intérieur
Tél : 04.91.96.98.62 / Fax : 04.91.96.97.85
Dr Stéphanie HONORE
Pharmacien Gérant de la PUI

Pavillon
Tel
Dr
Médecin chef de service

Marseille, le
À l'attention du pharmacien d'officine

**Objet : Proposition de pharmacien d'officine référent**

Cher confrère,

À sa sortie du Centre hospitalier Edouard Toulouse, le patient
né le a bénéficié d'un entretien pharmaceutique afin de lui apporter des précisions concernant son traitement.
Afin de faciliter son suivi médical, nous vous avons proposé comme pharmacien référent de part la proximité entre votre officine et le domicile du patient.

Vous trouverez ci-dessous son traitement de sortie qui ne fait pas office de prescription :

| **Traitement à la sortie** | | **Commentaire** |
|---|---|---|
| **Spécialité (DCI, dosage, forme)** | **Posologie** | |
| | | |
| | | |
| | | |

Confraternellement,

Dr. , pharmacien.

Annexe 8 : Fiche de proposition de pharmacien d'officine référent destinée au pharmacien d'officine

## 3. Indicateurs

Les critères analysés lors de l'étude étaient :

- Liés au patient :
  - Âge
  - Sexe
  - Nombre et type de comorbidités.

- Liés à la CMA :
  - Nombre et types de sources d'informations consultées
  - Nombre de CMA réalisées
  - Causes de CMA non réalisées
  - Nombre et type de DNI et médicaments incriminés
  - Nombre et types d'IP et médicaments concernés.

- Liés à la CMS :
  - Nombre de CMS réalisées
  - Nombre de DNI
  - Nombre d'EP.

- La satisfaction des pharmaciens d'officine.

- La proposition du pharmacien référent :
  - Nombre de patients en ayant bénéficié
  - Nombre de patients s'étant rendus dans la pharmacie proposée.

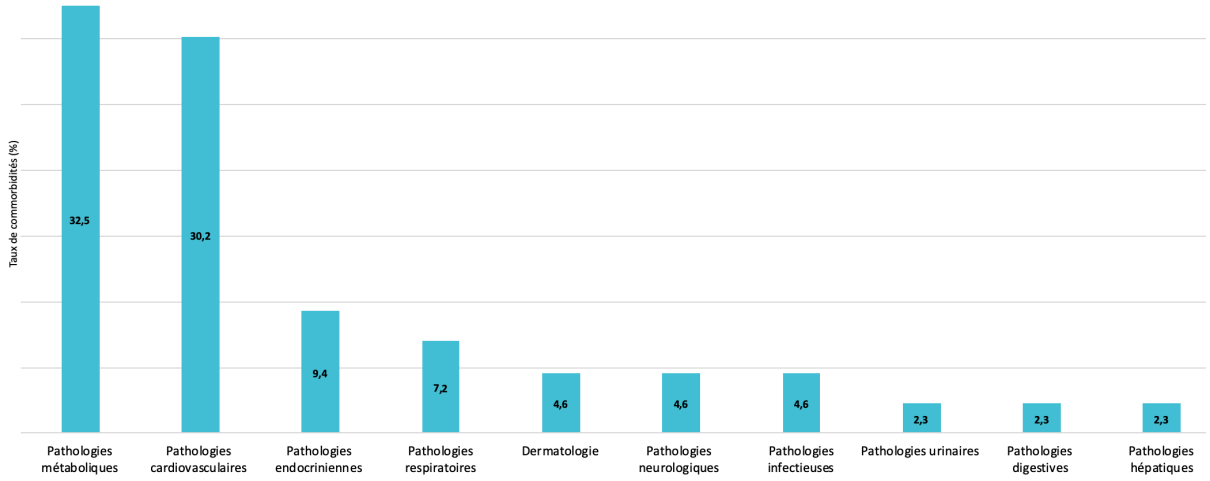
## D. Résultats

### 1. Description de la population

114 patients ont été inclus dans l'étude entre le 1er Avril et le 15 Août 2019 comprenant 30,7 % de femmes, soit un sexe ratio H/F de 2,3. Leur âge moyen était de 41,6 ± 14,6 ans.
Les patients étaient traités en moyenne par 5 médicaments et 75 % d'entre eux présentaient au moins une addiction.

### 2. Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission

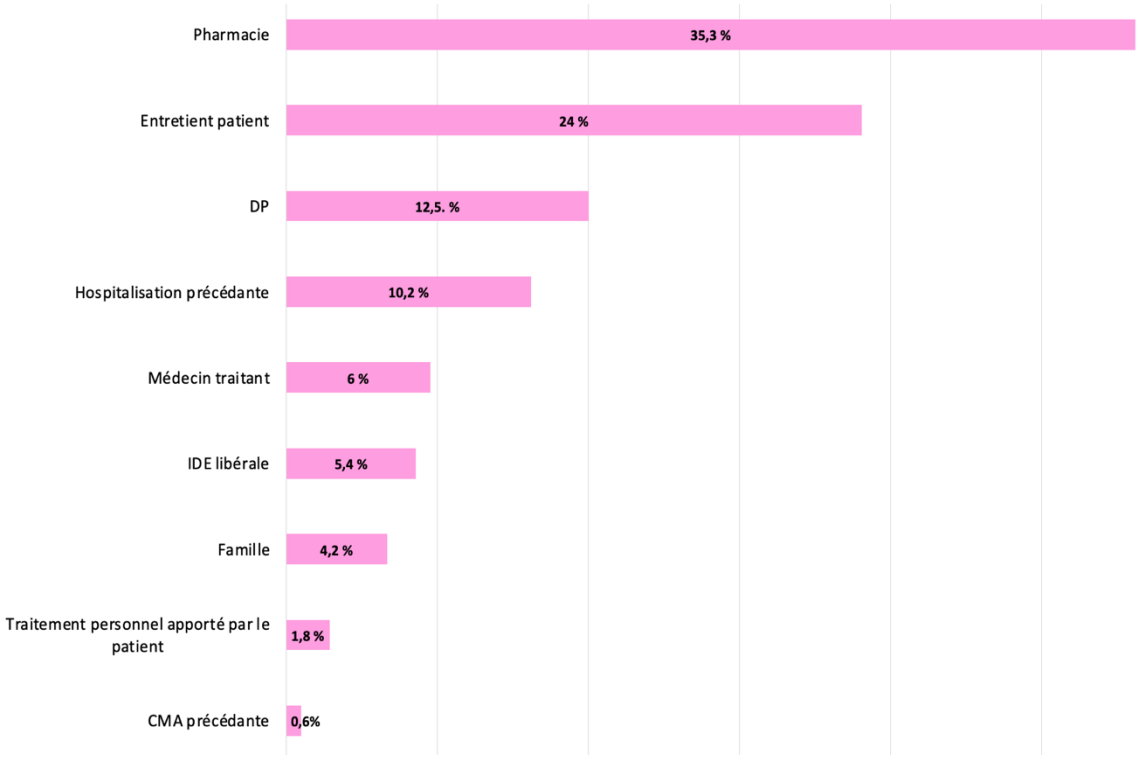
Le BMO a pu être rédigé pour 58 patients, à partir de 3,4 sources en moyenne, soit 50,9 % de patients qui ont bénéficié d'une CMA et 70 % d'entre eux présentaient au moins une comorbidité. Ces dernières sont détaillées dans le graphique 1 et nous notons que la majorité des comorbidités étaient métaboliques et cardiovasculaires.




Graphique n°1 : Types de comorbidités retrouvées

Les patients n'ayant pu bénéficier d'une CMA sont les patients ayant fugué, n'ayant pas d'antécédent médicamenteux, transféré dans un autre établissement ou encore sans 3 sources fiables.

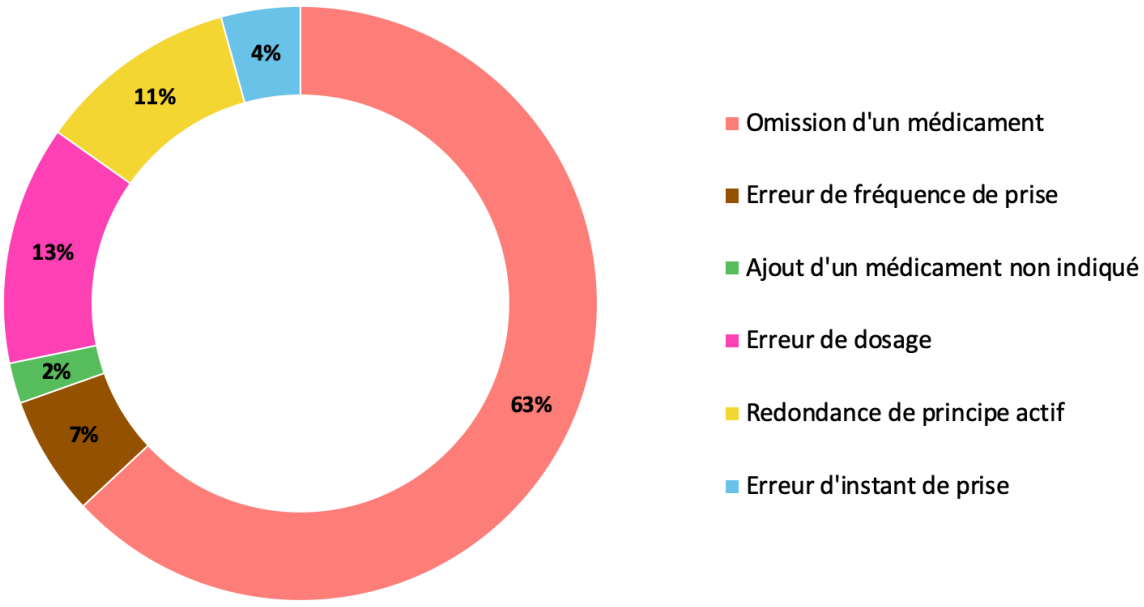
Lors de la rédaction du BMO, le pharmacien d'officine faisait partie des sources dans 91 % des cas et représentait plus d'un tiers des sources utilisées.



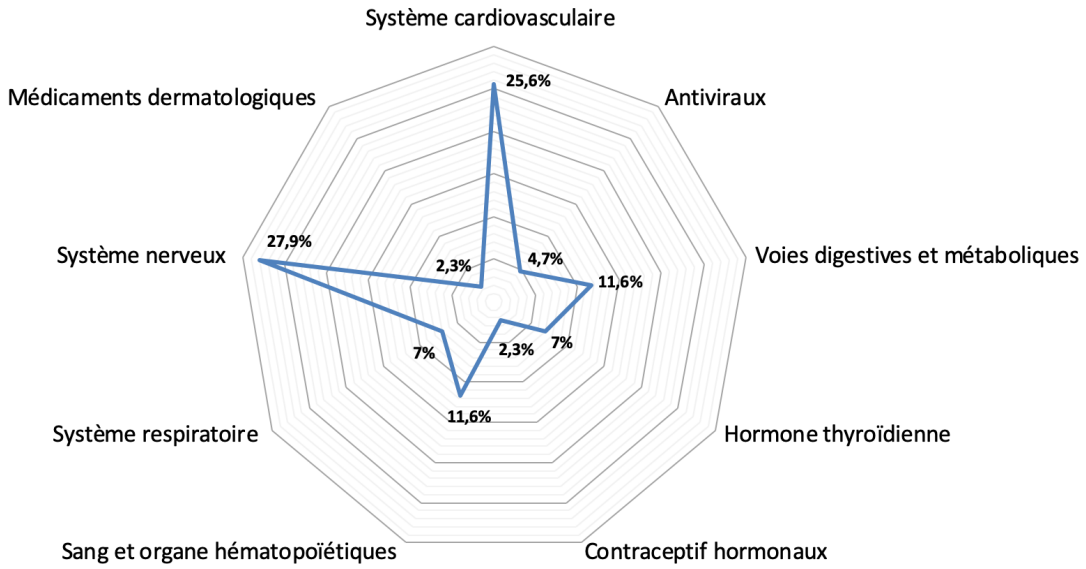

Graphique n°2 : Sources utilisées lors de la réalisation du bilan médicamenteux optimisé

La CMA a permis d'intercepter 47 DNI soit 0,8 DNI / patient.

17 % de ces DNI ont été considérées comme majeures et 76,6 % des médicaments concernés par ces DNI étaient des médicaments autre que psychiatriques (somatiques). L'omission était la DNI la plus retrouvée. Les différents types d'erreurs retrouvées sont représentées sur le graphique n°3 et les différentes classes pharmacologiques des médicaments concernés représentées sur le graphique n°4.




Graphique n°3 : Les différents types d'erreurs médicamenteuses retrouvées

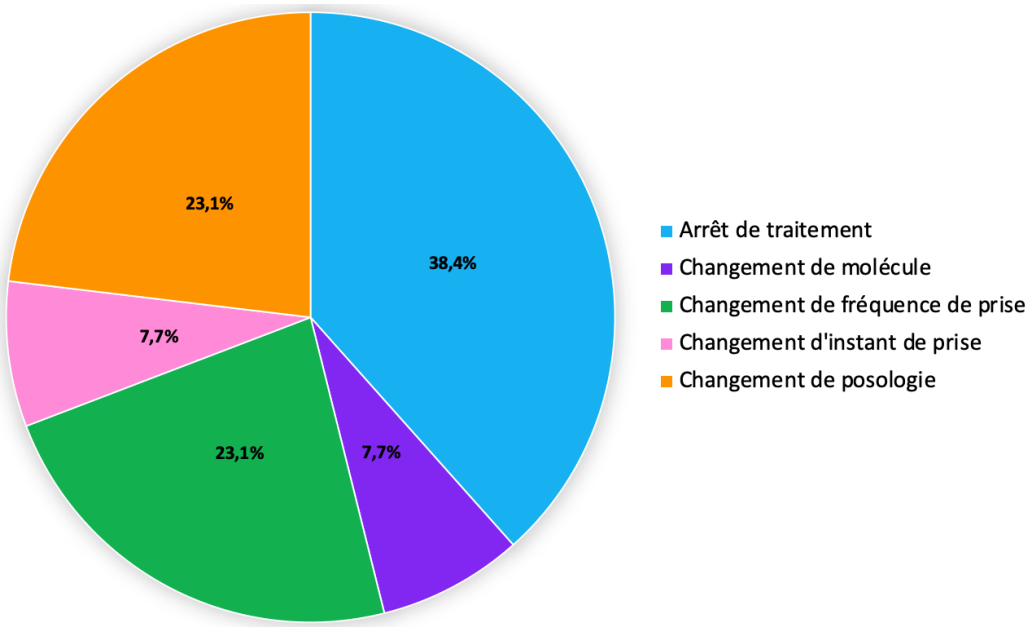



Graphique n°4 : Classes pharmacologiques des médicaments concernés par les erreurs médicamenteuses

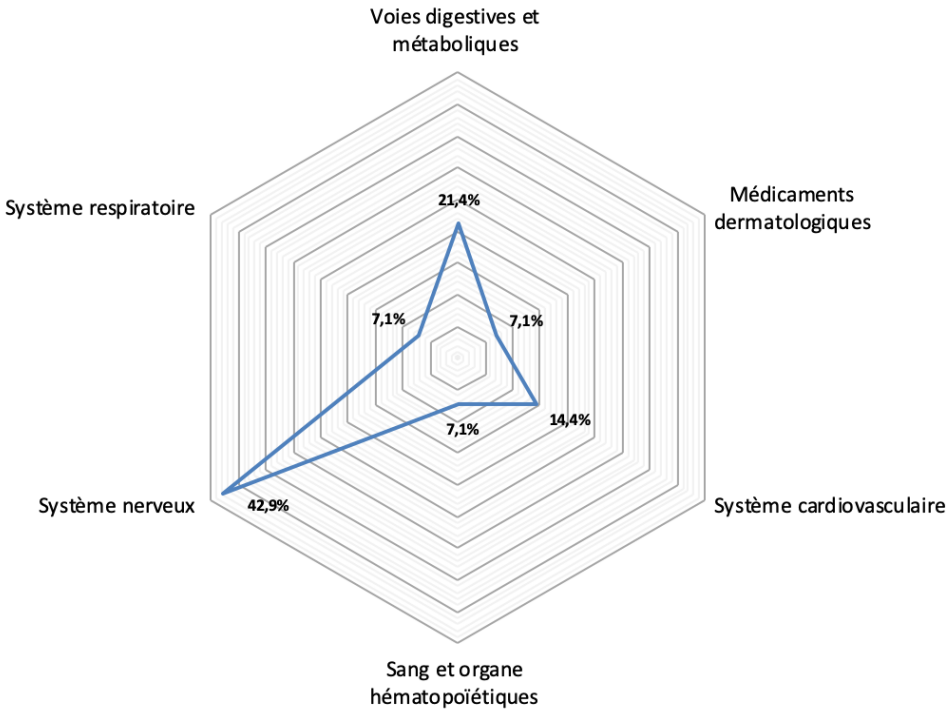
## 3. Révision thérapeutique

Lors de la RT, 13 IP ont été proposées par les pharmaciens, soit 1 prescription sur 4 et 84,6 % d'entre elles ont été acceptées par les médecins.

Les différents types d'IP sont représentées sur le graphique n°5 et les classes pharmacologiques des médicaments concernés par ces IP sont représentées sur le graphique n°6.




Graphique n°5 : Les différents types d'interventions pharmaceutiques




Graphique n°6 : Statistique des différents médicaments concernés par les interventions pharmaceutiques

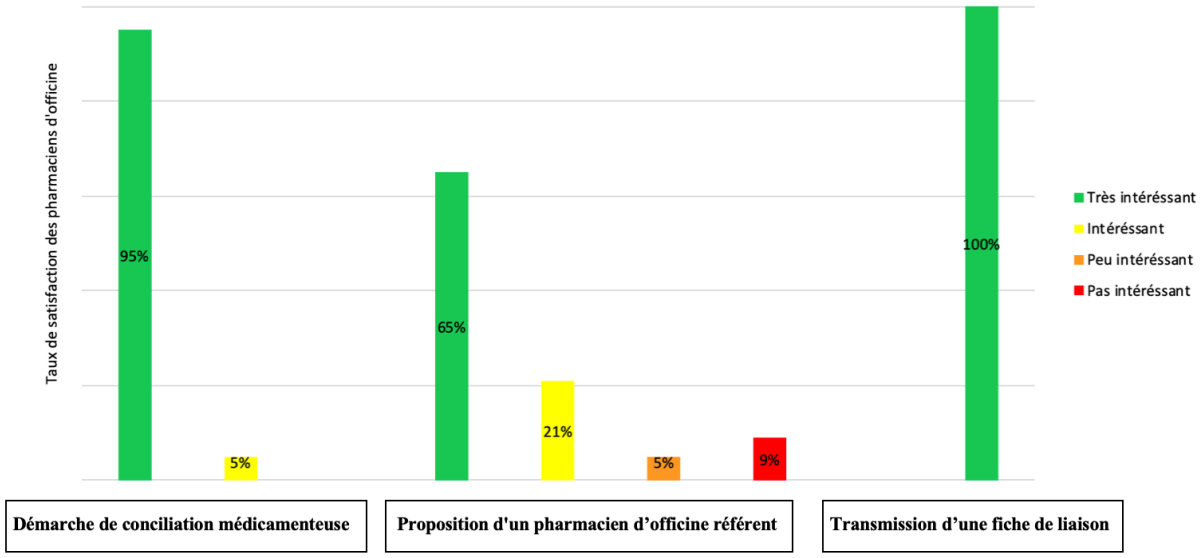
## 4. La conciliation médicamenteuse de sortie

30 CMS ont pu être réalisées dans notre étude, représentant 51,7 % des patients ayant bénéficié d'une CMA. Parmi eux seulement 8 ont pu bénéficier d'un entretien pharmaceutique de sortie soit 26,7 % des patients.

## 5. Évaluation de la satisfaction des pharmaciens d'officine

17 pharmaciens d'officine contactés lors de la réalisation des CMA ont été rappelés afin de recueillir leur avis à l'aide d'un questionnaire de satisfaction quant à la démarche de conciliation des traitements médicamenteux.

Ces résultats sont représentés sur le graphique n°7.

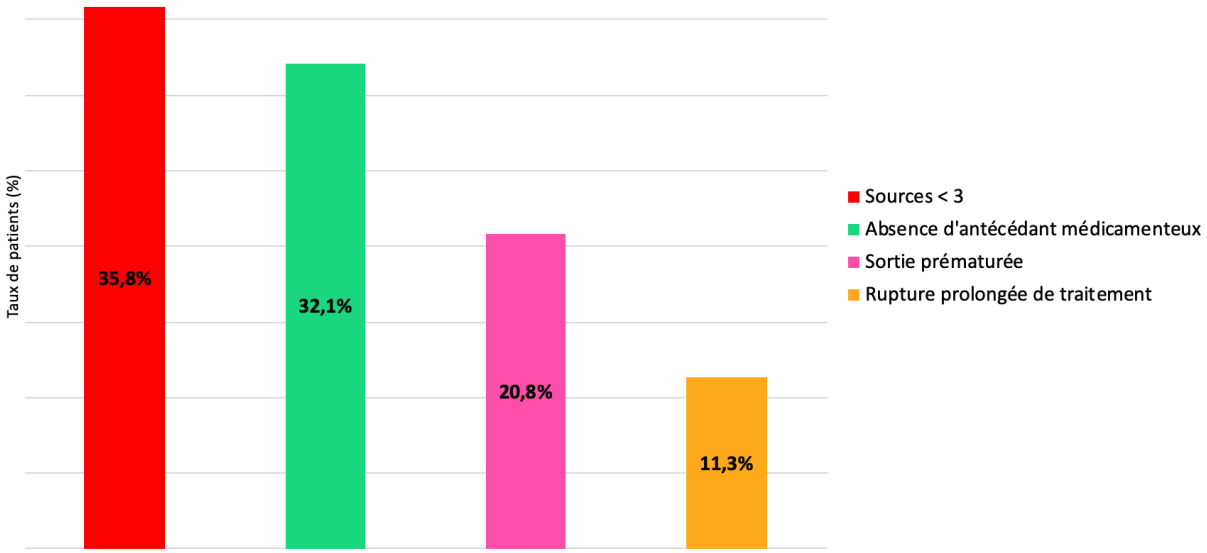



Graphique n°7 : Évaluation de la satisfaction des pharmaciens d'officine

## 6. Patients n'ayant pas bénéficié d'une conciliation des traitements médicamenteux à l'admission

Les causes de l'absence de réalisation d'une CMA pour 49,1 % des patients sont reportées dans le graphique n°8.

En cas d'absence de conciliation médicamenteuse liée à un nombre de sources insuffisant, le pharmacien d'officine était non connu et donc non contacté dans 99 % des cas.




Graphique n° 8 : Causes d'absence de conciliation médicamenteuse

### 7. Proposition de pharmacien d'officine référent

Parmi les patients n'ayant pas bénéficié d'une CMA, 5 ont bénéficié d'une proposition de pharmacien d'officine référent pendant l'entretien pharmaceutique de sortie. La semaine suivant la sortie des patients, un appel téléphonique auprès des pharmaciens d'officine a pu confirmer la venue du patient dans la pharmacie proposée pour 4 d'entre eux (80 %).

## E. Discussion

Lors de cette discussion nous allons dans un premier aborder le rôle du pharmacien d'officine dans la réalisation de la CTM. Ensuite nous examinerons les intérêts et limites de la CTM et enfin nous évoquerons les perspectives et nouvelles idées à mettre en place afin d'effectuer une mise en œuvre de la CTM de façon pérenne en psychiatrie.

Selon notre étude, 3 sources principales d'informations se distinguent : le pharmacien d'officine, l'entretien avec le patient et la consultation du dossier patient. Dans 91 % des cas, le pharmacien d'officine est la source la plus utilisée pour la réalisation du BMO et dans plus de 99 % des cas, l'absence de ce professionnel de santé entraine la non-réalisation de la CMA, soulignant la réelle importance de ce professionnel de santé dans la bonne réalisation des CTM.

La CTM a permis de participer activement à la lutte contre la iatrogénie avec près d'1 DNI/patient detectée lors de la réalisation du BMO dont 17 % ont été considérées comme majeures. Parmi les DNI repérées, environ 2/3 sont dues à l'omission d'un médicament. Les médicaments du système nerveux et cardiovasculaires représentent plus de la moitié des classes pharmacologiques des médicaments concernés par les erreurs médicamenteuses. Une étude menée dans un hôpital psychiatrique Français en Mai 2020 a révélé des résultats similaires avec un nombre moyen de 0,97 DNI/conciliation dont 23,7 % de DNI de gravité majeure [77].

Parmi les IP rédigées pour 25 % des patients, représentées majoritairement par un arrêt de traitement, plus de 84 % ont entrainé une modification de la prescription par les médecins et plus de 40 % concernent des médicaments du système nerveux central. La collaboration du pharmacien hospitalier avec les professionnels de santé en ville dont le pharmacien d'officine favorise l'amélioration de la prise en charge par la RT.

Les patients n'ayant pu bénéficier d'une CMA par un nombre insuffisant de sources ont pu bénéficier d'une proposition de pharmacien d'officine réfèrent et 80 % d'entre eux se sont rendus

dans la pharmacie d'officine choisie avec le pharmacien hospitalier. Ces premiers résultats sont encourageants : le pharmacien d'officine pourrait améliorer considérablement le suivi médical et favoriser la réalisation de la CTM lors d'hospitalisations ultérieures.

L'enquête de satisfaction réalisée auprès des pharmaciens d'officine par téléphone, démontre un réel intérêt de la démarche de CTM afin de faciliter la communication entre l'hôpital et l'officine, ainsi que le suivi médical des patients.
Ils évoquent aussi que le lien ville-hôpital peut encore être amélioré avec notamment la mise en place de CTM de façon systématique dans le but d'améliorer le parcours de soin du patient et son suivi.
Les 3/4 d'entre eux trouvent également intéressant l'idée d'avoir un pharmacien d'officine référent garant de la sécurité du circuit médicamenteux et facilitant le suivi du patient et plus particulièrement du patient atteint de troubles psychiatriques pour lequel le traitement de sortie est souvent mal compris par le patient et nécessite un suivi et des conseils par le pharmacien. Enfin la CMS permet d'anticiper l'approvisionnement en médicaments particuliers afin d'éviter une rupture de traitement.

Par ailleurs, le décret n°2021-685 du 28 mai 2021 rend désormais possible la désignation par le patient d'un pharmacien correspondant dans le cadre d'une structure d'exercice coordonné. Ce dernier pourra donc renouveler un traitement, et le cas échéant, en ajuster la posologie en accord avec le prescripteur [79].
Un quart des pharmaciens interrogés confirment la nécessité de conserver le choix du pharmacien référent par le patient.

100 % des pharmaciens d'officine contactés considèrent qu'il est important d'avoir une fiche de liaison hôpital-ville afin d'éviter des erreurs de dispensation en cas de changement de traitement et de présentation d'une ancienne prescription par le patient. Cela peut avoir des conséquences importantes pour le patient, notamment avec les traitements psychiatriques, entrainant une possible rechute. Ce document permet également d'informer les professionnels en ville des modifications de traitements réalisées pendant l'hospitalisation afin de faciliter le suivi.
Ce taux important de satisfaction de la part des pharmaciens d'officine montre que cette activité est à poursuivre et à développer.

Certaines difficultés ont été rencontrées notamment celles liées à la psychiatrie avec la libre circulation des patients sur l'ensemble de l'établissement, caractéristique de la psychiatrie. Le patient déambule dans l'unité ou dans le parc de l'établissement, à l'exception des patients en chambre

d'isolement ou en zone fermée. Cette libre circulation peut être un frein à la CTM tant à l'entrée qu'à la sortie du patient, avec une difficulté de réalisation des entretiens.

À l'admission, l'état psychique du patient peut également constituer un obstacle à la réalisation de l'entretien, et par conséquent, de la CTM. Si le patient est agité, confus, agressif, délirant, en refus de soins ou dans le déni de sa pathologie, l'entretien n'est pas possible. C'est le cas également pour les patients en chambre d'isolement ou en zone fermée, ainsi le patient ne peut pas donner d'informations sur son traitement habituel. Il ne peut également communiquer le nom de son pharmacien habituel ainsi que celui de son médecin traitant. Dans ce cas-là, il est impossible de les contacter.

Le faible nombre de CMS est dû à une difficulté d'anticipation des sorties des patients présentant des troubles psychiatriques. Les patients rentraient chez eux sans que le pharmacien ait pu être informé ou que la CMS soit rédigée. Bien que la démarche de CMA soit intégrée et mise en place systématiquement dans l'établissement, il est vrai qu'une meilleure coordination entre les unités de sorties et la PUI serait favorable pour les patients afin de pouvoir bénéficier d'un entretien avec le pharmacien hospitalier avant sa sortie. La sortie constituant un moment clé pour le patient, le retour à domicile après une hospitalisation est un temps de vulnérabilité en ce qui concerne la continuité des soins, notamment en raison des changements de traitements engendrés.

L'entretien de sortie permet de rendre le patient acteur de sa prise en charge et ainsi de faciliter son adhésion aux traitements.

Seuls 5 patients parmi ceux n'ayant pu bénéficier d'une CMA par manque de sources et notamment l'absence de pharmacien d'officine, ont pu bénéficier d'une proposition de pharmacien d'officine réfèrent. Ce faible chiffre est expliqué par une activité débutée récemment ainsi que par la difficulté à réaliser des entretiens à la sortie.

Au vu des résultats obtenus au CHET, des actions d'amélioration ont put être identifiées afin de faciliter la réalisation de la CTM au sein de l'établissement.

Cette activité pourrait s'étendre à l'ensemble de l'établissement en priorisant les partients à risque.
Une étude réalisée récemment sur l'établissement a permis d'identifier des critères de priorisation des patients à savoir : l'âge > 65 ans, au moins une comorbidité autre que psychiatrique ou une prescription avec plus de 5 médicaments [78].

La participation du pharmacien aux staff médicaux hebdomadaires avec un appel quotidien dans l'unité pourrait être bénéfique pour cette activité de conciliation, notamment en facilitant la connaissance des patients sortants.

# CONCLUSION

La réalisation de la CTM au sein de deux unités d'hospitalisation a permis de corriger des EM avec 47 erreurs retrouvées lors de cette étude, dont 17% sont considérées comme majeures. La CTM sécurise ainsi la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son hospitalisation et garantit la continuité des traitements tout au long du parcours de soins du patient.

Cette étude montre que parmi les sources principales d'informations nécessaires, le pharmacien d'officine est la source indispensable à la réalisation du BMO. En effet, l'absence du pharmacien d'officine parmi les sources n'a pas permis la réalisation de la CTM dans 95 % des cas.

Lors de l'hospitalisation des patients, l'implication et la participation de l'ensemble des équipes des unités de soins et la coordination avec les professionnels de santé de ville et notamment le pharmacien d'officine sont essentielles à la réussite d'une telle activité, renforçant le rôle de ce dernier dans l'optimisation et la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients.

Les freins à cette étude sont notamment sa courte durée de 5 mois et le fait que seules deux unités de soin soient concernées.

Un élargissement de la CTM à l'ensemble de l'établissement est réalisé depuis Mars 2020 avec de par l'aspect chronophage de cette activité, une priorisation des patients les plus à risque (âge $\geq$ à 65 ans, plus de 5 médicaments prescrits ou la présence d'au moins une comorbidité autre que psychiatrique).

Le bilan de ce travail a permis de mettre en avant le rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge des patients hospitalisés, le rendant ainsi plus visible dans le parcours de soin, en introduisant la notion de pharmacien d'officine référent. Une généralisation du statut de pharmacien d'officine référent en France, sur le même modèle que le médecin traitant mérite d'être développé davantage dans l'ensembles des structures pratiquant des CTM de façon à intégrer le pharmacien d'officine dans le parcours de soin et officialiser sa plus-value dans la PEC médicamenteuse des patients.

# Bibliographie


1. Medecine Key - Fastest Medicine Insight Engine.
   Disponible sur https://clemedicine.com/liatrogenie-medicamenteuse/
2. Glossaire des vigilances de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).
   Disponible sur https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/669b2151e254e27ff9b48ba1cdabf78f.pdf
3. CSP - Article R5121-152.
   Disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000028083982 &cidTexte=LEGITEXT000006072665
4. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
5. SFPC. Dictionnaire Français de l'Erreur Médicamenteuse.
   Disponible sur http://optimiz-sih-circ-med.fr/Documents/Dictionnaire_SFPC_EM.pdf
6. Guichet Erreurs Médicamenteuses: Présentation et bilan depuis la mise en place. AFS-SAPS. 2009.
   Disponible sur http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/b19d8337d620d33327dfaee94c166d9b.pdf.
7. Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA).ENEIS Enquêtes Nationales sur les Evénements Indésirables graves associés aux Soins. Rapport final Comparaison des deux études ENEIS 2004 et 2009. Mars 2011
8. Ministère des affaires sociales et de la santé - INSTRUCTION N° DGOS/PF2/DGS/PP/DGCS/2016/372 du 2 décembre 2016 relative à un appel d'offre spécifique pour la réalisation d'une enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins.
   Disponible sur : http://www.cpias.fr/nosobase/Reglementation/2016/instruction/02122016.pdf
9. Castot A, Haramburu F, Kreft-Jaïs C. Hospitalisations dues aux effets indésirables des médicaments : résultats d'une étude national. AFSSAPS. 2008.
   Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/EMIR.pdf
10. Conférence Nationale de Santé de septembre 1996.
    Disponible sur : http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Crs_Prs/CNS/1996/rapport.pdf.

11. Loi du 9 Aout 2004 relative à la politique de santé publique.
Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078
12. Loi HPST – 21 Juillet 2009– Réforme de l'hôpital et relatif aux patients, a la santé et aux territoires.
Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id
13. Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé**.**
Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/11/12/SASH1017107D/jo
14. Arrêté 6 avril 2011 : relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2011/4/6/ETSH1109848A/jo
15. Ministère des solidarités et de la santé - La conciliation médicamenteuse : enquête sur son déploiement nationale.
Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/la-conciliation-medicamenteuse/article/la-conciliation-medicamenteuse-enquete-sur-son-deploiement-nationale?fbclid=IwAR3XVM3M9aVukYZ14EMuH9m4eL8xupwsNo9jRjfmFOXoKtz3tnQ9gJEm8Jo
16. Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.
Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032922455&categorieLien=id
17. La HAS – certification des établissements de santé.
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_411173/fr/mieux-connaitre-la-certification-des-etablissements-de-sante
18. Manuel certification des établissements de santé de l'HAS – Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03manuel_v2010_janvier 2014.pdf
19. La HAS – developpement de la certification V2020.
Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-05/developpement_de_la_certification_v2020.pdf

20. La HAS – la certification V2020 : où en est-on ?
Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2859685/fr/la-certification-v2020-ou-en-est-on
21. ARS – le contrat d'amélioration de l qualité et de l'efficience des soins.
Disponible sur https://www.paca.ars.sante.fr/le-contrat-damelioration-de-la-qualite-et-de-lefficience-des-soins-caqes
22. La HAS, Annexe 1. Mode opératoire de la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission.
Disponible sur **:** https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/annexe_1_mode_operatoire_de_la_conciliation_des_traitements_medicamenteux_a_ladmission.pdf
23. La HAS - Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé - Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins.
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf
24. HAS. Conciliation médicamenteuse – Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé – Guide. Février 2018
25. Centre hospitalier de Lunéville – Octobre 2016 - Sécuriser le parcours de soins par la coopération des structures, des outils et des hommes - La conciliation des traitements médicamenteux.
Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/exemple _de_support_de_formation_a_la_conciliation.pdf
26. La HAS - Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé - Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins.
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf
27. La HAS : Initiative des HIGH 5s  Medication Reconciliation - Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français .

Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/rapport_dexperimentation_sur_la_mise_en_oeuvre_conciliation_des_traitements_medicamenteux_par_9_es.pdf

28. Annales Francaises de médecin d'urgence - Volume 5, Numéro 4, Septembre 2015 - Activité de conciliation médicamenteuse aux urgences
29. Mélanie Mounier rivière – Mémoire - Conciliation médicamenteuse de sortie en gériatrie : impact de la transmission hôpital-ville d'un bilan médicamenteux sur le maintien des optimisations thérapeutiques – Mai 2014
30. Revue du rhumatisme – Volume 82, issue 6. Pages 402-407- Étude de l'impact d'un processus de conciliation thérapeutique dans un service de rhumatologie hospitalo-universitaire : rôle et intérêt d'un pharmacien clinicien dans une équipe soignante
31. Ministère des solidarités et de la santé – La conciliation médicamenteuse.
    Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/la-conciliation-medicamenteuse/article/la-conciliation-medicamenteuse
32. Société française de pharmacie clinique – fiche memo – préconisations pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux .
    Disponible sur : http://sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/1608-sfpc-memo-conciliation-v2016/0.html
33. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. Arch Intern Med. 2005 Feb 28;165(4):424-9.
34. T Vira, M Colquhoun, and E Etchells.Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. Qual Saf Health Care. 2006 Apr; 15(2): 122–126.
35. V. Tam, S. Knowles, P. Cornish, et al. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review.
    JAMC • 30 AOÛT 2005; 173
36. Tim Dornan, Darren Ashcroft, Heather Heathfield, et al. An in depth investigation into causes of prescribing errors by foundation trainees in relation to their medical education.
37. Ordonnance du 15 décembre 2016.
    Disponible sur :
    https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033616692&categorieLien=id
38. La schizophrénie – Wikipedia.
    Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/wiki/Schizophrénie
39. Schizophrénie – Fondation Fondamental.

Disponible sur : https://www.fondation-fondamental.org/les-maladies-mentales/schizophrenie

40. Schizophrénie. – Inserm.
    Disponible sur : https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrenie
41. La schizophrénie est-elle héréditaire – Santé le Figaro.
    Disponible sur : http://sante.lefigaro.fr/actualite/2010/06/13/10268-schizophrenie-est-elle-hereditaire
42. Le Vidal – Schizophrénie.
    Disponible sur : https://www.vidal.fr/recommandations/1620/schizophrenie/diagnostic/
43. Le Vidal – Schizophrénie.
    Disponible sur : https://eurekasante.vidal.fr/maladies/psychisme/schizophreniepsychoses.html?pb= medicaments
44. Le Vidal – Schizophrénie.
    Disponible sur : https://www.vidal.fr/recommandations/1620/schizophrenie/prise_en_charge/
45. La HAS - Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en. Charge initiale e n premier recours.
    Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-10/fiche_memo_rapport_elaboration_trouble_bipolaire_mel.pdf
46. Comment diagnostiquer le trouble bipolaire ? - Fondation Fondamental.
    Disponible sur : https://www.fondation-fondamental.org/comment-diagnostiquer-le-trouble-bipolaire
47. Le Vidal – Bipolarité.
    Disponible sur : https://www.vidal.fr/recommandations/1568/trouble_bipolaire/traitements/
48. Le Vidal – Bipolarité.
    Disponible sur : https://www.vidal.fr/recommandations/1568/trouble_bipolaire/prise_en_charge/
49. Soins somatiques en psychiatrie – Psycom – Avril 2018
50. Manuel de psychiatrie – Julien Daniel GUELFI, Frédéric ROUILLON – ELSEVIER
51. Observance du. Traitement en psychiatrie- 37-860-A-60 – encyclopédie médico-chirurgicale – E. CORRUBLE, P/ HARDY
52. L'observance thérapeutique – Dr. D. MISDRAHI –
    Disponible sur : https://www.lareponsedupsy.info/ObservanceTherapeutique

53. L'encéphale – P. GORWOOD- Y. LESTRAT – M ; WOHL – Comorbidité addictive des troubles bipolaires
54. L'encéphale - JP KAHN - Commorbidités et troubles bipolaires
55. Comorbidités schizophrénie et tabagisme – caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques – Mathieu HAJBI, Siham THARI
56. Comorbidités addictions/trouble bipolaire : quel impact pour la PEC ? – A. DERVAUX, X. LAQUEILLE
57. Schizophrénie et cannabinoïdes.
Disponible sur : https://www.erudit.org/en/journals/dss/2004-v2-n2-dss718/008536ar/abstract/
58. Prise en charge des soins somatiques des patients souffrant de troubles psychotiques – Dr Adeline Nicolas, Dr Stéphanie Honoré – Juin 2018
59. Comorbidités somatiques et schizophrénie : une interaction multifactorielle complexe – O. LORABI, L. SAMALIN, P.M. LLORCA – Novembre 2010
60. Sciences direct - Affections somatiques chez les patients en psychiatrie : étude transversale sur 24 mois.
Disponible sur. : https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003448714000572
61. Supplément à neurone 2008 Vol 13 - La polymédication antipsychotique dans la schizophrénie
62. Bien utiliser les médicaments antipsychotiques.
Disponible sur : https://eurekasante.vidal.fr/maladies/psychisme/schizophrenie-psychoses.html?pb=bien-utiliser-medicaments-antipsychotiques
63. Les médicaments psychotropes – Psychiatrie et santé mentale – Édition 2014
64. MACSF - Comment gérer le nomadisme médical de son patient ?
Disponible sur : https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Humanisme-deontologie/ nomadisme-medical-patient
65. Pharmacodépendances et mésusages en population psychiatrique.
Disponible sur : http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/2072/?sequence=26
66. World psychiatrie - Vancampfort et al - Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. Disponible sur : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4592657/

67. De Hert M, Wampers M, Peuskens J. Pharmacological treatment of hospitalised schizophrenic patients in Bel- gium. Int J Psychiatry Clin Practice 2006;10(4):285-90.
68. Lelliott P, Paton C, Harrington M, Konsolaki M, Sensky T, Okocha C. The influence of patient variables on polypharmacy and combined high dose of antipsy- chotic drugs prescribed for in-patients. Psychiatr Bull 2002;26:411-414.
69. Vancampfort D, Knapen J, Probst M et al. Considering a frame of reference for physical activity research related to the cardiometabolic risk profile in schizophrenia. Psychiatry Res 2010;30;177:271-9.
Disponible sur : https://www.em-consulte.com/en/article/653240
70. Revue Drogues, santé et société, Volume 6, Numéro 1, 2007, p. 143–17 - Tabagisme et schizophrénie : impacts sur la maladie et son traitement.
Disponible sur : https://www.erudit.org/fr/revues/dss/2007-v6-n1-dss1891/016946ar.pdf
71. ANSM – Médicaments à risque d'usage détourné ou de dépendance –
Disponible sur : https://www.ansm.sante.fr/Activites/Surveillance-des-stupefiants-et-des-psychotropes/ Medicaments-a-risque-d-usage-detourne-ou-de-dependance/(offset)/0
72. Médicaments utilisés en psychiatrie – Janvier 2018 – Denis RICHARD et Nemat JAAFARI.
73. Site officiel du centre Hospitalier Édouard Toulouse –
Disponible sur : https://www.ch-edouard-toulouse.fr/
74. Docteur Jean Charles Olivier - Rapport médical des activités 2018 – Tome I – Rapport du DIM – Centre hospitalier Édouard Toulouse
75. Pr J.L. SENON - Les neuroleptiques – Université de poitiers –
Disponible sur : https://senon.pagesperso-orange.fr/Documentation/telechargement/2cycle/moduleD/neuroleptiques.pdf
76. HAS – guide de conciliation des traitement médicamenteux en établissement de santé – Février 2020
77. Annales Pharmaceutiques Françaises (volume 78, Issue 3) - La conciliation médicamenteuse est-elle réalisable et pertinente en Psychiatrie ? : Retour d'expérience sur la mise en place de la conciliation à l'admission
78. BAMBINA E, LO PRESTI C. DULAC M, et al. Deploiemment de la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission en psychiatrie : peut-on prioriser les patients ? – SFPC 2020 –
79. Légifrance- Décret n°2021-685 du 28 mai 2021 relatif au pharmacien correspondant – Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043558014

# 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.*