

Faculté de Pharmacie

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement

Le 12 juin 2020

Par

Margaux LANGLOIS

Né(e) le 3 mai 1995 à Caen

La conciliation des traitements médicamenteux en psychiatrie chez la personne âgée : - Mise en place et étude des premiers impacts positifs

Thèse co-dirigée par Madame le Docteur Nathalie MALARD-GASNIER et Madame le Docteur Claire DEMIOT

Examineurs :

Mme le Docteur Claire DEMIOT, Faculté de Pharmacie de Limoges, Présidente

Mme le Docteur Nathalie MALARD-GASNIER, Pharmacienne au Centre Hospitalier Esquirol de Limoges, Juge

M. le Docteur Hervé MERVEILLE, Médecin Psychiatre au Centre Hospitalier Esquirol de Limoges, Juge

M. le Docteur Simon TARNAUD, Pharmacien d'officine, Juge



Faculté de Pharmacie

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement

Le 12 juin 2020

Par Margaux LANGLOIS

Né(e) le 3 mai 1995 à Caen

La conciliation des traitements médicamenteux en psychiatrie chez la personne âgée : - Mise en place et étude des premiers impacts positifs

Thèse co-dirigée par Madame le Docteur Nathalie MALARD-GASNIER et Madame le Docteur Claire DEMIOT

Examineurs :

Mme le Docteur Claire DEMIOT, Faculté de Pharmacie de Limoges, Présidente

Mme le Docteur Nathalie MALARD-GASNIER, Pharmacienne au Centre Hospitalier Esquirol de Limoges, Juge

M. le Docteur Hervé MERVEILLE, Médecin Psychiatre au Centre Hospitalier Esquirol de Limoges, Juge

M. le Docteur Simon TARNAUD, Pharmacien d'officine, Juge



Liste des enseignants

Le 1^{er} septembre 2019

PROFESSEURS :

BATTU Serge	CHIMIE ANALYTIQUE
CARDOT Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
DESMOULIERE Alexis	PHYSIOLOGIE
DUROUX Jean-Luc	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
FAGNERE Catherine	CHIMIE THERAPEUTIQUE - CHIMIE ORGANIQUE
LIAGRE Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MAMBU Lengo	PHARMACOGNOSIE
ROUSSEAU Annick	BIOSTATISTIQUE
TROUILLAS Patrick	CHIMIE PHYSIQUE - PHYSIQUE
VIANA Marylène	PHARMACOTECHNIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :

PICARD Nicolas	PHARMACOLOGIE
ROGEZ Sylvie	BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE
SAINT-MARCOUX Franck	TOXICOLOGIE

ASSISTANT HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :

CHAUZEIX Jasmine	HÉMATOLOGIE
JOST Jérémy	PHARMACIE CLINIQUE

MAITRES DE CONFERENCES :

BASLY Jean-Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
BEAUBRUN-GIRY Karine	PHARMACOTECHNIE

BÉGAUD Gaëlle	CHIMIE ANALYTIQUE ET CONTRÔLE DU MÉDICAMENT
BILLET Fabrice	PHYSIOLOGIE
CALLISTE Claude	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
CHEMIN Guillaume	BIOCHIMIE
CLÉDAT Dominique	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
COMBY Francis	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
COURTIOUX Bertrand	PHARMACOLOGIE, PARASITOLOGIE
DELEBASSÉE Sylvie	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE
DEMIOT Claire-Elise	PHARMACOLOGIE
FABRE Gabin	SCIENCES PHYSICO-CHIMIQUES ET INGÉNIERIE APPLIQUÉE
FROISSARD Didier	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGAMIE
JAMBUT Anne-Catherine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
LABROUSSE Pascal	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGAMIE
LAVERDET Betty	PHARMACIE GALÉNIQUE
LEGER David	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
MARRE-FOURNIER Françoise	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
MERCIER Aurélien	PARASITOLOGIE
MILLOT Marion	PHARMACOGNOSIE
MOREAU Jeanne	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE
PASCAUD-MATHIEU Patricia	PHARMACIE GALENIQUE – BIOMATÉRIAUX CERAMIQUES
POUGET Christelle	CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
VIGNOLES Philippe	BIOPHYSIQUE, BIOMATHÉMATIQUES ET INFORMATIQUE

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE :

BOUDOT Clotilde

MICROBIOLOGIE
(du 01/09/2018 au 31/08/2020)

MARCHAND Guillaume

CHIMIE ORGANIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
(du 01/09/2019 au 31/08/2020)

PROFESSEURS EMERITES :

DREYFUSS Gilles (jusqu'au 31/03/2020)

Remerciements

A Madame le Docteur Claire DEMIOT,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver l'expression de mes sincères remerciements et de ma profonde gratitude.

A Madame le Docteur Nathalie MALARD-GASNIER,

J'ai eu l'immense plaisir d'avoir pu travailler sous ta direction et à tes côtés. Merci d'avoir partagé ton travail ainsi que ton bureau avec moi, de m'avoir toujours encouragée. Aujourd'hui, je suis extrêmement fière de pouvoir terminer mes études par notre collaboration.

A Monsieur le Docteur Hervé MERVEILLE,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail et de m'avoir accordé l'autorisation de travailler au sein de ton unité. Sois assuré de mon plus grand respect et de toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Simon TARNAUD,

Merci de m'avoir encadré lors du dernier stage de mon cursus qui m'a conforté dans mes choix professionnels. Reçois toute ma gratitude et mes remerciements pour avoir accepté de juger mon travail aujourd'hui.

A Monsieur le Docteur Laurent ARNAUD,

Je te remercie d'avoir répondu à mes questions et de m'avoir soutenu dans la réalisation de ce travail. Je te souhaite le meilleur pour toutes tes nouvelles responsabilités.

A Madame le Docteur Laurence SCHADLER,

Un grand merci pour m'avoir ouvert les portes de ton service et pour tous tes conseils.

A Monsieur le Docteur Adrien MAUREL,

Merci pour tous les conseils, les astuces et la motivation que tu as su me transmettre. Ça a été un vrai plaisir de travailler avec toi.

A toute l'équipe de la pharmacie du Centre Hospitalier Esquirol,

Je vous remercie pour votre aide tout au long de ce travail, et votre accueil chaleureux et votre bonne humeur permanente.

A ma mère, ma mamounette,

Merci pour nos séances d'écriture et de relecture de ce travail, pour nos nombreux fous rires, ton soutien indéfectible dans les bons moments du quotidien comme dans les mauvais. Je t'envoie tout mon amour le plus profond.

A mon père, mon papou,

Tu es pour moi le modèle qui m'a permis d'arriver d'aboutir aujourd'hui. Je t'aime de tout mon être et resterai ton inconditionnelle admiratrice.

A Clara, mon double homozygote,

Merci pour ta contribution à ce travail. Malgré la distance qui nous sépare, le lien reste si fort et je t'aimerai toujours.

A Annabel, ma petite sœur,

Au-delà de nos désaccords, tu resteras à jamais mon petit Bellou préféré.

A Hugo, mon petit frère,

Un peu plus de 9 ans que tu me fais tourner en bourrique. Je t'adore, et j'espère encore de nombreux moments de complicité tous les deux.

A Cécile,

Merci pour tous tes conseils et ton soutien tout au long de ces années.

A Alain, mon Alinou,

Merci pour ton irrésistible humour, les moments passés ensemble, et la motivation que tu m'apporte.

A mes grands-mères,

Pour avoir répondu présentes pendant toutes ces années, m'avoir épaulée et prêté une oreille attentive, un immense merci.

A mes grands-pères,

Votre absence me pèse aujourd'hui plus que d'ordinaire. Ma mémoire n'oublie rien de nos liens.

A toute ma famille,

Pour la chance de faire partie d'une famille unie et aimante, merci. Je vous aime.

A Jess, mon kiki,

Pour notre immense amitié, ta générosité et tous les moments que nous avons partagés.
Merci d'être toi et d'être là.

A tous mes amis,

Merci pour votre présence, votre soutien et le bon temps partagé.

*« C'est impossible, dit la Fierté.
C'est risqué, dit l'Expérience.
C'est sans issue, dit la Raison.
Essayons, murmure le Cœur. »*
William Arthur Ward (1921-1994)

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Introduction	15
I. La conciliation des traitements médicamenteux.....	17
I.1. Définition et objectifs.....	17
I.2. Les bénéfices pour le patient et son entourage.....	18
I.3. Les étapes de la conciliation des traitements médicamenteux	18
I.3.1. Le recueil des informations.....	18
I.3.2. La synthèse des informations	19
I.3.3. La validation du BMO	20
I.3.4. La conciliation proactive et rétroactive du BMO	20
I.3.5. La conciliation en pratique	22
I.4. Autres missions ayant pour objectif le bon usage du médicament	24
I.4.1. L'analyse pharmaceutique d'une ordonnance.....	24
I.4.2. Le bilan de médication.....	24
I.4.3. La révision globale des traitements	24
I.4.4. L'éducation thérapeutique du patient.....	25
I.4.5. La revue de morbidité-mortalité (RMM)	25
I.5. Aspect réglementaire de la conciliation des traitements médicamenteux	25
II. Etapes de la mise en place de la conciliation des traitements médicamenteux au sein d'un établissement en santé mentale : le Centre Hospitalier Esquirol de Limoges	26
II.1. Définition de la population initiale cible de la conciliation.....	26
II.2. Constitution d'une équipe projet.....	27
II.3. Organisation de la formation des professionnels du service ciblé.....	28
II.4. Formalisation des outils	28
II.5. Détermination des indicateurs associés à la conciliation médicamenteuse	29
II.5.1. Définition	29
II.5.2. Exemples d'indicateurs utilisés en conciliation des traitements médicamenteux en référence avec l'HAS.....	30
II.6. Institutionnalisation du projet de conciliation	31
II.7. Implication des professionnels de santé de ville.....	31
III. Etude pilote sur les impacts bénéfiques de la mise en place de la conciliation des traitements médicamenteux dans un service de psychiatrie de la personne âgée	33
III.1. Présentation de l'étude	33
III.2. Analyse des résultats.....	36
III.2.1. Données sociodémographiques	36
III.2.2. Délai entre l'admission du patient et la réalisation de sa conciliation médicamenteuse	37
III.2.3. Présentation des différentes sources utilisées	38
III.2.4. Nombre de sources par patient.....	40
III.2.5. Répartition des divergences	41
III.2.6. Nombre de divergences intentionnelles documentées (DID) par ordonnances ...	42
III.2.7. Résultats concernant les divergences non intentionnelles (DNI).....	43
III.2.7.1. Nombre de DNI par ordonnance	43
III.2.7.2. Répartition du nombre de DNI par type d'erreur médicamenteuse	44

III.2.7.3. Répartition du nombre des DNI par grandes classes médicamenteuses ATC (Anatomique, Thérapeutique et Chimique).....	46
III.2.7.4. Recherches complémentaires	47
III.3. Présentation de cas	47
III.3.1. Cas numéro 1	47
III.3.2. Cas numéro 2.....	47
III.3.3. Cas numéro 3.....	48
III.3.4. Cas numéro 4.....	48
III.3.5. Cas numéro 5.....	48
III.3.6. Cas numéro 6.....	49
III.3.7. Cas numéro 7.....	49
III.3.8. Cas numéro 8.....	49
III.3.9. Cas numéro 9.....	50
III.4. Discussion	50
III.4.1. Les plus-values	50
III.4.2. Les freins à la conciliation médicamenteuse.....	51
III.4.3. Les perspectives d'amélioration.....	51
IV. La conciliation médicamenteuse de sortie	53
IV.1. Définition et objectifs.....	53
IV.2. Les étapes de réalisation	53
IV.3. Les plus-values.....	56
IV.4. Les freins à la conciliation médicamenteuse de sortie	57
IV.5. Les perspectives d'amélioration.....	57
V. Vers une informatisation de la conciliation médicamenteuse au sein de l'établissement ?	59
Conclusion	60
Références bibliographiques	61
Annexes	64
Serment De Galien.....	83

Table des illustrations

Figure 1 : La conciliation proactive.....	20
Figure 2 : La conciliation rétroactive	21
Figure 3 : Les différentes étapes de la conciliation médicamenteuse.....	22
Figure 4 : Exemple d'une conciliation médicamenteuse	23
Figure 5 : Répartition de la provenance des patients conciliés.....	36
Figure 6 : Nombre de patients (n = 100 patients) conciliés répartis en fonction du délai entre l'admission et l'entretien de conciliation	37
Figure 7 : Les différentes sources utilisées pour la conciliation médicamenteuse	38
Figure 8 : Présentation du nombre de sources utilisées pour la conciliation	40
Figure 9 : Répartition des divergences détectées au cours de la conciliation	41
Figure 10 : Présentation du nombre de DID par ordonnance.....	42
Figure 11 : Répartition du nombre de DNI par patient (46 patients et 74 DNI)	43
Figure 12 : Présentation des différents types de DNI (n = 74).....	44
Figure 13 : Répartition des DNI (n = 74) en fonction des grandes classes médicamenteuses	46
Figure 14 : Exemple d'une conciliation de sortie	55
Figure 15 : La place de la conciliation dans le parcours de soins du patient	58

Introduction

Le projet **High 5s** a été initié en 2006 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour pallier aux problèmes de sécurité au cours de la prise en charge du patient qui se posent dans le monde entier. Ce projet a finalement réuni 8 pays : Australie, Allemagne, Pays Bas, Canada, Etats Unis, Singapour, République de Trinité-et-Tobago et France. (1) Il consistait à mettre en œuvre différentes actions dans chaque pays sur une durée de 5 ans afin d'obtenir une amélioration de la qualité et sécurité de prise en charge des patients en ciblant cinq thématiques : (1)

- Le bon usage des médicaments injectables à haut niveau de risque
- La sécurisation de la prescription médicamenteuse aux différents points de transition du parcours de soin du patient
- La prévention des erreurs de communication au cours du transfert des patients
- La lutte contre les infections nosocomiales associées aux soins
- Les erreurs de procédure et de site en chirurgie

La France a intégré ce projet en 2009 sur proposition de la Haute Autorité de la Santé (HAS) et après accord de Roselyne Bachelot, ministre de la Santé de l'époque. Notre pays s'est engagé à travailler sur deux de ces cinq problématiques de sécurité : (1)

- La prévention des erreurs de procédure et de site en chirurgie
- **La sécurisation de la prescription médicamenteuse aux différents points de transition du parcours de soin du patient** à l'aide du protocole OMSSOP *Med'Rec* (*Standard Operating Protocol Medication Reconciliation*) (1)

Ce protocole avait pour objectifs de prévenir et corriger les erreurs médicamenteuses survenant aux différents points de rupture du parcours de soin du patient, que sont l'admission en établissement de soins, le transfert entre services de soins et la sortie.

L'OMEDIT Aquitaine (Observatoire des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et des Innovations Thérapeutiques) a été mandaté par l'HAS pour accompagner les établissements de santé français dans la mise en œuvre de ce protocole.

Le protocole *SOP Med'Rec* a été mis en place dans 8 établissements ou groupes d'établissements volontaires : les Centres Hospitaliers de Lunéville (site pilote), Compiègne, Saint Marcellin, les Centres Hospitaliers Universitaires de Grenoble et Nîmes, la clinique privée de Moutier Rozeille, le groupe hospitalier Nord Bichat-Claude Bernard de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), et les hôpitaux universitaires de Strasbourg. (2)

Medication Reconciliation se traduit en français par « conciliation des traitements médicamenteux ». En janvier 2010, le CH de Lunéville a initié le projet de conciliation médicamenteuse à l'admission du patient en testant le protocole et en élaborant des outils permettant de le mettre en œuvre. La démarche a par la suite été appliquée par les 7 autres membres du groupe.

L'expérimentation a pris fin en Juillet 2015. Elle a démontré que la iatrogénie médicamenteuse était un problème de santé publique majeur qui concerne l'ensemble des champs sanitaires, hospitaliers ou ambulatoires mais également toutes les étapes du parcours de soins du patient :

Au total pendant cette expérimentation, 22 863 patients ont été conciliés sur 7 établissements (1 établissement est sorti). 44 701 divergences ont été observées dont 21 320 erreurs médicamenteuses ce qui correspond à une erreur médicamenteuse et à un changement de traitement non documenté par patient concilié.

Les divergences non intentionnelles (DNI) sont principalement des omissions quelque soit la population cible. $\frac{1}{4}$ de ces divergences concernaient des traitements du système nerveux et $\frac{3}{4}$ des traitements somatiques (système cardiovasculaire, voies digestives et métabolisme, etc).

De plus, les Enquêtes Nationales sur les Evènements Indésirables liés aux Soins (ENEIS) de 2004 et 2009 avaient montré précédemment que près de la moitié des évènements indésirables médicamenteux (EIM) graves étaient évitables. « Pour 47 à 67 % des patients, une erreur ou une divergence interviendrait entre les traitements prescrits en ville et à l'hôpital et ces erreurs seraient responsables d'EIM graves dans 18 à 59 % des cas ». (3) (4) (5)

Aussi en Décembre 2016, l'HAS présente une première version d'un guide intitulé « Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé » afin d'accompagner les structures de soins dans la mise en place de la conciliation médicamenteuse.(6) Depuis lors, des expérimentations de déploiement de la conciliation des traitements médicamenteux ont eu lieu dans de nombreux établissements de santé français de façon à sécuriser le plus possible le parcours de soins du patient.

Dans ce contexte, l'équipe de la pharmacie du Centre Hospitalier Esquirol de Limoges a mis en place la conciliation des traitements médicamenteux dans le pôle du patient âgé. Notre travail rend compte de cette étape et les premiers résultats positifs de cette mise en place.

I. La conciliation des traitements médicamenteux

I.1. Définition et objectifs

La définition donnée par l'HAS en 2015 est la suivante : « La conciliation des traitements médicamenteux est un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient au processus et repose tant sur le partage d'informations que sur une coordination entre les différents professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient.

Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre les professionnels de santé aux points de transition du parcours de soins que sont l'admission, la sortie et les transferts d'un service à un autre »(6)

La conciliation des traitements médicamenteux, aussi appelée conciliation médicamenteuse, est donc une démarche qui a pour objectif de prévenir les erreurs médicamenteuses à tous les points de transition du parcours de soins du patient, dont elle vise à structurer la prise en charge.

Pour ce faire, un partage des informations les plus complètes possibles doit être mis en place entre les différents professionnels de santé.

Cette démarche est réalisée par les établissements de soins et les établissements médico-sociaux mais elle implique également fortement les professionnels de santé exerçant en ville, les patients ainsi que leur entourage et leurs aidants.

Les objectifs attendus de la conciliation médicamenteuse sont nombreux (6) :

- Une réduction des erreurs médicamenteuses comme par exemple l'arrêt involontaire à l'admission du patient de médicaments pris au domicile, la modification erronée de doses, de formes galéniques, de modalités d'administration, de posologies, l'ajout de médicaments, la non reprise de traitements habituels du patient lors de sa sortie.
- Une diminution des passages aux urgences, des hospitalisations et des réhospitalisations non programmées pour cause de iatrogénie.
- Une continuité médicamenteuse avec la poursuite de la conciliation médicamenteuse qui sera réalisée en ville.

I.2. Les bénéfices pour le patient et son entourage

Au-delà des objectifs généraux et sanitaires, la conciliation médicamenteuse devrait permettre (6) :

- Une meilleure information du patient et de son entourage.
- L'exercice d'un choix pour le patient, après information, d'adhérer ou non à la conciliation des traitements médicamenteux.
- Une implication plus importante du patient, voire de son entourage, dans la gestion de sa maladie au long cours.
- Une prise de conscience par le patient de l'éventuelle complexité de son parcours de soins et de l'existence des points de transition, sources de possible rupture de la continuité de ses traitements.
- Un meilleur signalement par le patient des effets indésirables rencontrés.
- Une évolution du patient dans sa capacité à communiquer sur sa maladie et son traitement.

I.3. Les étapes de la conciliation des traitements médicamenteux

La conciliation médicamenteuse se divise en quatre grandes étapes (6) :

- Le recueil des informations
- La synthèse des informations
- La validation du bilan médicamenteux
- L'exploitation et le partage du bilan médicamenteux

I.3.1. Le recueil des informations

Cette première étape consiste à recueillir un maximum d'informations sur les traitements médicamenteux pris ou à prendre par le patient.

Cette enquête peut être réalisée par tous les professionnels de santé, médecin ou pharmacien (praticien, interne ou externe), sage-femme, chirurgien-dentiste, infirmier, préparateur en pharmacie (6). La secrétaire médicale peut aussi contribuer à cette étape en recherchant toutes les informations notamment administratives qui seront utiles pour la rédaction du bilan médicamenteux du patient.

Pour réaliser un bilan médicamenteux exhaustif, il est recommandé de consulter au minimum trois sources d'informations différentes, voire autant que de besoin (6). Les sources sont diverses (6) :

- Entretien avec le patient

- Entretien avec les proches du patient
- Courrier du médecin traitant et / ou du spécialiste
- Courriers de liaison
- Dossier Médical Partagé (DMP)
- Dossier Pharmaceutique (DP)
- Fiche de liaison de l'établissement pour personnes âgées dépendantes
- Fiche de liaison avec le service de soins à domicile
- Dossier patient d'une précédente hospitalisation
- Médicaments apportés par le patient à son admission
- Ordonnances apportées par le patient
- Compte-rendu de télé-expertise entre deux praticiens pour un patient admis en EHPAD
- Volet de synthèse médicale du dossier patient
- Bilan partagé de médication réalisé par le pharmacien d'officine
- Entretien avec le pharmacien d'officine, le pharmacien hospitalier, le médecin traitant, et/ou le spécialiste (entretiens qui peuvent être menés par téléphone)

Ce recueil d'informations doit aussi prendre en compte l'automédication du patient, de son éventuelle non-adhésion à un traitement, son historique médicamenteux et la prise d'autres thérapeutiques (phytothérapie, etc).

Il faut également disposer du motif d'hospitalisation, des antécédents médicaux, des allergies et des données biologiques du patient.

I.3.2. La synthèse des informations

Une fois l'ensemble des données recueillies, les informations doivent être recoupées et organisées dans une synthèse exhaustive sous la forme d'un bilan médicamenteux dit « **Bilan Médicamenteux Optimisé** » (BMO) (6).

Pour chaque médicament du patient, dénomination, dosage, forme galénique, voie d'administration, posologie et plan de prise doivent être rigoureusement renseignés. Le BMO doit être rédigé de préférence par un pharmacien ou un interne en pharmacie, mais sa rédaction peut être confiée à tout prescripteur (médecin, sage-femme, chirurgien-dentiste).

Le BMO n'est ni une prescription, ni une ordonnance. Il dresse la liste complète des médicaments pris ou à prendre par le patient, qu'ils soient prescrits par le médecin traitant ou le spécialiste, ou qu'ils soient pris en automédication.

I.3.3. La validation du BMO

Cette étape permet de certifier de la fiabilité du bilan médicamenteux. L'HAS recommande une exécution par un pharmacien, mais laisse l'opportunité à tout prescripteur de valider un bilan médicamenteux. (6)

Le bilan acte la bonne réalisation des premières étapes de la conciliation médicamenteuse, et confirme la cohérence de la synthèse en lien avec les informations recueillies. Une fois la validation effectuée le responsable de cette étape engage sa responsabilité en apposant sa signature sur le support.

Ainsi, tout professionnel de santé pourra s'appuyer sur ce document dans la poursuite de la prise en charge du patient. Ce bilan médicamenteux doit d'ailleurs figurer obligatoirement sur le **document de conciliation** médicamenteuse, ou fiche de conciliation que ce soit à l'admission du patient, à sa sortie ou lors de son transfert dans une autre structure.

I.3.4. La conciliation proactive et rétroactive du BMO

En ce qui concerne la **conciliation d'entrée** il existe deux modes de conciliation (7) :

- La conciliation proactive (7) : le bilan des médicaments pris par le patient est réalisé avant que le médecin de l'établissement ne rédige la première ordonnance d'admission. Elle permet au médecin de prendre en compte ce bilan lors de la rédaction de sa prescription et prévient le risque d'erreurs médicamenteuses.

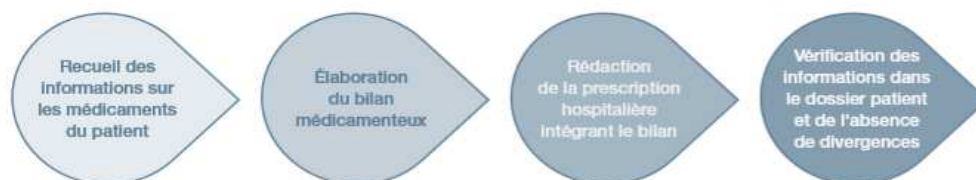


Figure 1 : La conciliation proactive

Source : *Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé*, HAS, Février 2018

- La conciliation rétroactive (7) : le bilan médicamenteux du patient est réalisé après que le médecin ait rédigé la première ordonnance d'admission. Ce mode de conciliation est le plus fréquemment utilisé car le pharmacien n'est pas toujours disponible entre le moment où le patient est admis dans le service et celui où la première ordonnance est rédigée. Il permet de mettre en évidence d'éventuelles divergences entre le bilan médicamenteux et l'ordonnance, et de reconsidérer certaines prescriptions. C'est celle-ci qui est pratiquée au CH Esquirol.

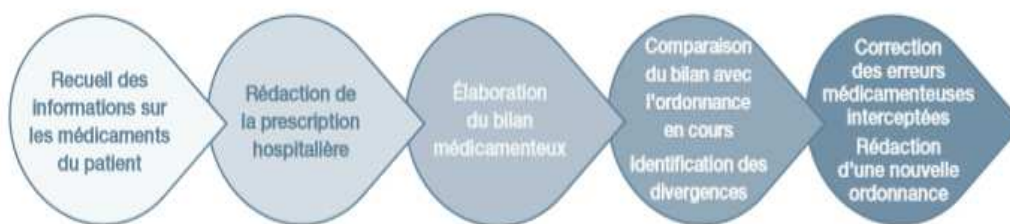


Figure 2 : La conciliation rétroactive

Source : *Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissements de santé, HAS, Février 2018*

Le document de conciliation médicamenteuse est ensuite enrichi avec les éléments liés à la prescription rédigée lors de l'admission du patient. Ainsi, le bilan médicamenteux optimisé est comparé ligne par ligne avec la prescription en cours. D'éventuelles divergences peuvent être alors repérées.

Il en existe plusieurs types :

- La divergence intentionnelle (7) : le prescripteur apporte volontairement une modification au traitement du patient lors de son admission. Ce peut être, l'augmentation du dosage d'un médicament ou une diminution de la posologie d'un traitement. Les divergences intentionnelles documentées (DID), que le prescripteur trace dans le dossier du patient, se distinguent des divergences intentionnelles non documentées (DIND) sans traçabilité argumentaire dans le dossier du patient.
- La divergence non intentionnelle (DNI) (7) : le prescripteur effectue une modification du traitement du patient de façon involontaire. Il peut s'agir par exemple d'un oubli de spécialité, d'une erreur de forme galénique ou de posologie. Cette divergence est susceptible d'être à l'origine d'un évènement iatrogène médicamenteux si elle n'est pas corrigée sur la prescription hospitalière.

Le bilan médicamenteux validé va permettre d'optimiser la prescription et l'administration des médicaments grâce à l'échange entre le médecin et le pharmacien sur des éventuelles divergences non intentionnelles repérées. Le praticien peut ensuite corriger les divergences avec une nouvelle prescription ou choisir de les maintenir selon ce que l'état du patient exige. Ce partage d'informations ne concernera pas seulement le médecin et le pharmacien mais tous les professionnels de santé qui contribuent à la prise en charge du patient, et ce dernier sera également informé des changements de ses médicaments.

Le partage pluri-professionnel permet de renforcer le bon usage du médicament et de prévenir le risque d'erreurs médicamenteuses aux points de transition.

La fiche de conciliation des traitements médicamenteux doit ensuite être archivée dans le dossier du patient afin d'être disponible lors de la sortie, du transfert du patient, ou lors de conciliations médicamenteuses ultérieures si le patient venait à être hospitalisé une nouvelle fois.

I.3.5. La conciliation en pratique

Ce schéma résume les quatre étapes pratiques de la conciliation médicamenteuse :

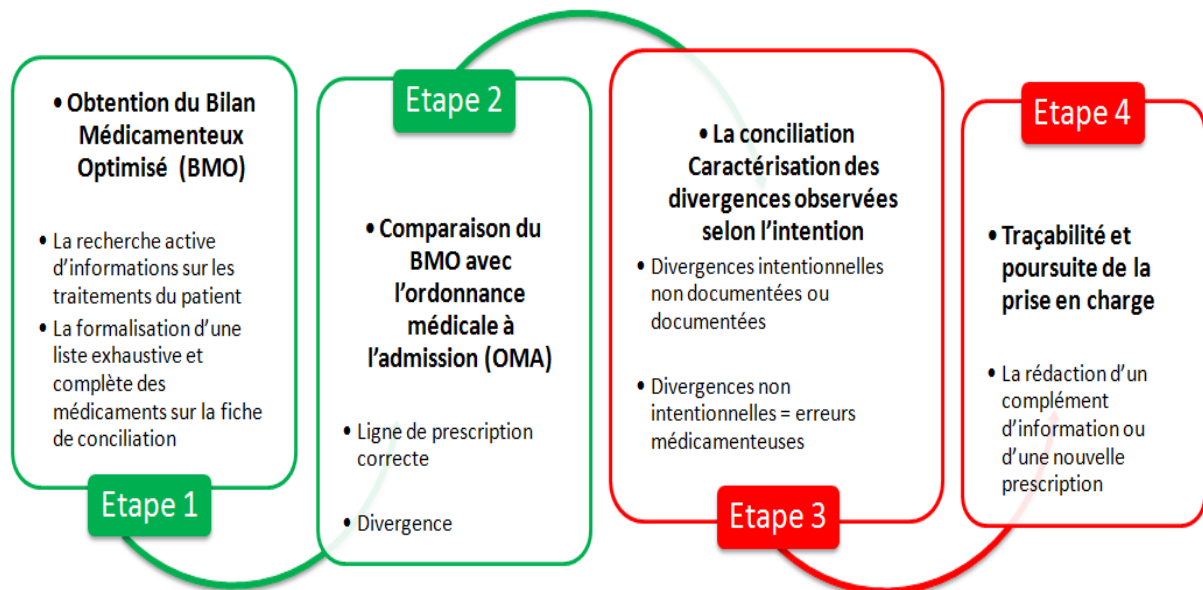


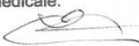
Figure 3 : Les différentes étapes de la conciliation médicamenteuse


Source : Rougeot J. La conciliation des traitements médicamenteux. Diaporama présenté à la journée régionale d'information des préparateurs en pharmacie hospitalière du Limousin. 2017

Ce document de conciliation médicamenteuse permet de comparer le BMO aux médicaments prescrits à l'hôpital :

- En statuant chaque ligne de médicaments comme poursuivi, ajouté, modifié, substitué, arrêté.
- En identifiant toute ligne de traitement médicamenteux pour laquelle il n'a pas été noté « poursuivi ». Ces divergences sont qualifiées d'intentionnelles ou de non intentionnelles.
- Ce document doit être signé par le médecin et par le pharmacien.

Logo de l'établissement		Fiche de Conciliation des Traitements Médicamenteux		NOM X PRENOM Y Age .86... ans		Service : JMLA Chambre : 5		Poids : 52kg Taille : 167cm Surface corporelle :m ²		Allergie connue : Oui ou Non Si oui, nature : pénicillines, tramadol		Admission le 4 / 11 / 15 Dernière clairance de la créatinine : 57 ml/min le 5 / 12 / 15	
BMO Bilan Médicamenteux Optimisé		Statut arrêté, suspendu, modifié, poursuivi, ajouté, substitué		OMA Ordonnance des Médicaments à l'Admission		Divergence		Divergence Intentionnelle Documentée (DID)		Classement des DNI :		Commentaires	
réalisé le : 5/12/15 délai : <24h ou 24-48h ou > 48h par				réalisée le : / / par				1 : Omission 2 : Erreur DCI 3 : Erreur Forme (DND) 4 : Erreur Dosage 5 : Erreur Posologie 6 : Ajout 7 : Autre					
Méd/dosage/forme (DCI) *Si prescription d'un générique : nom du laboratoire		Posologie		Méd/dosage/forme (DCI) *Si prescription d'un générique : nom du laboratoire		Posologie							
Aspirine protect 100mg	1 à midi	Substitué	Kardecic 75mg	1 à midi	OUI	DID						Aspirine protect n'est pas au livret	
Venlafaxine LP 75mg	1 le matin	poursuivi	Venlafaxine LP 75mg	1 le matin	NON								
Praxepam 10mg	1-1-1	poursuivi	Praxepam 10mg	1-1-1	NON								
Metformine 500mg	1-1-1	poursuivi	Metformine 500mg	1-1-1	NON								
Pantoprazole 20mg	1 le soir	substitué	Lansoprazole 15mg	1 le soir	OUI	DID						Pantoprazole n'est pas au livret	
Lumigan 0.1mg/ml	1 le soir	arrêté			OUI	ONI	omission					repasser file SLI 15	
Lacifluid 0.13%	1-1-1	arrêté			OUI	ONI	omission					repasser le SLI 15	
Duphalac 10g/15ml	1-1-1	poursuivi	Duphalac 10g/15ml	1-1-1	NON								
Loratépan 1mg	1 le soir	poursuivi	Loratépan 1mg	1 le soir	NON								
Amlodipine 10mg	1 le matin	modifié	Amlodipine 5mg	1 le matin	OUI	DID						Tension artérielle basse à l'admission	
Nb de lignes du BMO : 10		Temps passé :		Nb de lignes d'OMA : 8		Temps passé :		Nb DNI : 2		Nb DI : 3		Nb DID : 3	

Validation médicale : 

Validation pharmaceutique : 




Figure 4 : Exemple d'une conciliation médicamenteuse

I.4. Autres missions ayant pour objectif le bon usage du médicament

Il existe plusieurs autres activités pharmaceutiques qui visent la diminution des risques liés aux médicaments et aux produits de santé. Néanmoins, pour chacune d'entre elles, les objectifs sont différents, de même que leurs étapes de réalisation, et les outils utilisés. Ces activités peuvent parfois être concomitantes avec la conciliation des traitements médicamenteux mais ne doivent pas être confondues avec (6).

I.4.1. L'analyse pharmaceutique d'une ordonnance

Cette activité a pour but de détecter et de résoudre d'éventuels problèmes liés à la thérapeutique : interactions médicamenteuses, mauvaise(s) posologie(s) ou encore mauvais dosage(s) d'un médicament (6). Cette analyse est effectuée par les pharmaciens, hospitalier et d'officine, au préalable à la dispensation des médicaments et permet de diminuer les risques de iatrogénie médicamenteuse liés à la prescription.

I.4.2. Le bilan de médication

Réalisé par le pharmacien d'officine, il consiste à évaluer l'observance et la tolérance du patient par rapport à son traitement. Le pharmacien prend également en compte les effets indésirables des médicaments prescrits et leurs interactions lors de sa rédaction, ainsi que d'éventuelles prises d'automédication. Il communique ensuite les résultats obtenus au médecin prescripteur et / ou traitant du patient.

I.4.3. La révision globale des traitements

C'est une analyse de l'ensemble des médicaments pris par le patient. Le pharmacien, hospitalier ou de ville étudie la concordance de l'ensemble du traitement avec les pathologies, ses comorbidités, les effets ressentis par le patient et intègre ses souhaits ainsi que son mode de vie dans un but de diminution des coûts liés à un traitement mal adapté au patient.

I.4.4. L'éducation thérapeutique du patient

C'est une démarche plus centrée sur le patient ayant pour but de lui faire acquérir des compétences lui permettant de mieux vivre avec sa maladie chronique, et qui englobe différents aspects au-delà de la prescription médicamenteuse (nutrition, activité physique...) (8). Elle est réalisée par différents professionnels de santé (médecin, pharmacien, infirmier(e), diététicien(ne)...) et parfois d'autres patients.

I.4.5. La revue de morbidité-mortalité (RMM)

C'est une activité qui intervient après que se soit produit une erreur médicamenteuse. L'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient sont réunis afin d'échanger sur l'évènement et analyser la situation pour mettre en place des mesures correctives pour éviter que cela ne se reproduise.

I.5. Aspect réglementaire de la conciliation des traitements médicamenteux

La loi Hôpital Patient Santé et Territoires (HPST) du 21 Juillet 2009 (9) a affiché comme objectif une meilleure continuité du parcours de soins du patient avec un renforcement de la collaboration des professionnels de santé entre eux et du lien entre la ville et l'hôpital.

Elle a aussi inscrit dans le rôle de la Commission Médicale de l'Etablissement (CME) des établissements de santé, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et la lutte contre la iatrogénie. De ce fait, le rôle du pharmacien hospitalier dans l'ensemble de ses activités d'analyse des prescriptions médicamenteuses, de suivi pharmaceutique s'en est trouvé renforcé.

Pourtant en 2011, un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) (10) estimait ces dispositions encore trop peu développées en pratique courante.

C'est dans la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2016, article 81, que le cadre législatif du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiéce des Soins (CAQES) a été créé. Entré en vigueur en 2018, son volet socle obligatoire contient des indicateurs sur la conciliation médicamenteuse en lien avec le développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau. (11) (12)

Il faut également noter que la certification HAS demande que la continuité du traitement médicamenteux soit organisée de l'admission du patient jusqu'à sa sortie, transfert inclus.

Ces différents textes législatifs tendent ainsi à prouver que le renforcement de la conciliation des traitements médicamenteux a toute sa place dans la démarche d'amélioration de la continuité du parcours de soins du patient.

II. Etapes de la mise en place de la conciliation des traitements médicamenteux au sein d'un établissement en santé mentale : le Centre Hospitalier Esquirol de Limoges

Le Centre Hospitalier Esquirol de Limoges est un établissement public dispensant des soins de psychiatrie pour l'ensemble de la population, de l'enfant à la personne âgée. Son activité couvre le département de la Haute-Vienne et le territoire du Limousin pour certaines filières de soins (Addictologie, Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Psychiatrie de la personne âgée, Psychoréhabilitation, etc). (13)

Fin 2018, une phase pilote de conciliation des traitements médicamenteux est mise en place avec différentes étapes :

- Définition de la population initiale cible de la conciliation
- Constitution d'une équipe projet
- Organisation de la formation des professionnels de santé du service privilégié pour être la cible de la conciliation
- Formalisation des outils supports
- Choix des indicateurs associés à la conciliation médicamenteuse
- Institutionnalisation du projet
- Implication des professionnels de santé de ville

II.1. Définition de la population initiale cible de la conciliation

Répondre à la question capitale « à quels patients doit prioritairement bénéficier la conciliation des traitements médicamenteux ? », est la première étape incontournable en définissant des critères d'éligibilité à la conciliation des traitements médicamenteux. (6) La définition de la cible peut se faire en tenant compte de différents paramètres :

- Service de soins où sera effectuée la conciliation médicamenteuse
- Age du patient
- Pathologie(s) dont souffre le patient / cette (ces) pathologie(s) doi(ven)t-elle(s) être chronique(s) ?
- Demande des prescripteurs
- Patients dont le traitement comporte des médicaments à haut niveau de risque
- Patients ayant un recours fréquent à l'hospitalisation (dialyse, cancer, etc)
- Patients ayant un traitement médicamenteux lourd ou complexe

Ces critères d'éligibilité vont s'affiner au fur et à mesure que la conciliation médicamenteuse sera réalisée, en fonction des premiers retours d'expérience, et ce pour qu'ils deviennent les plus pertinents possible.

Au Centre Hospitalier Esquirol de Limoges il semblait peu possible d'envisager en phase expérimentale le déploiement de la conciliation médicamenteuse pour chaque patient admis en hospitalisation. La population cible a donc été priorisée sur la base d'une analyse des risques liés aux patients. (14)

Ainsi il a été décidé de pratiquer la conciliation des traitements médicamenteux au Centre Jean-Marie Léger dans une unité d'hospitalisation de la personne âgée. Le choix s'est ensuite porté sur l'unité A, qui gère l'hospitalisation des personnes âgées anxio-dépressives ; les unités B et C recevant des patients dont les facultés de communication étaient très diminuées.

Au début de l'étude, la provenance des patients à savoir le domicile privé, établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante (EHPAD) ou foyer logement, n'était pas un élément déterminant.

Mais au fur et à mesure de notre pratique, les critères d'éligibilité ont été affinés :

- Les patients résidents en EHPAD ont été exclus de la population cible car lors d'une hospitalisation, l'établissement fournit des documents de liaison apportant aux prescripteurs hospitaliers une connaissance précise de tous les traitements des patients.
- Les patients ayant dans leur entourage des proches exerçant dans le domaine de la santé ont aussi été écartés du fait de bonnes connaissances de leur traitement et d'une meilleure observance grâce à l'influence de leur entourage.
- Les patients réhospitalisés ayant bénéficié le mois précédent d'une conciliation médicamenteuse ont également été exclus du fait de la faible probabilité d'un changement thérapeutique entre temps.

II.2. Constitution d'une équipe projet

L'équipe projet est une équipe pluriprofessionnelle qui doit être composée à minima d'un pharmacien et d'un médecin. (6) Le recrutement des membres la composant se fait sur la base du volontariat. Avec l'avancement du projet, l'ensemble des professionnels de santé qui auront contribué à la mise en place de la conciliation des traitements médicamenteux au sein du service concerné pourront intégrer l'équipe.

Au Centre Hospitalier Esquirol, cette équipe a été composée de la façon suivante :

- Le psychiatre responsable de l'unité A
- Une pharmacienne
- Une ingénieure en qualité

- La cadre supérieure de santé de l'unité A
- Une représentante des usagers
- Le médecin responsable du Département d'Information Médicale (DIM)

Une fois l'équipe constituée, une formation à l'activité de conciliation des traitements médicamenteux a été dispensée aux professionnels de santé concernés.

II.3. Organisation de la formation des professionnels du service ciblé

Tous les types de formations sur la conciliation médicamenteuse doivent s'inscrire dans le plan de formation de l'établissement, ou dans le plan du Développement Professionnel Continu (DPC) des professionnels de santé (6). Ces formations, en présentiel ou sous forme d'*e-learning*, sont internes à l'établissement ou assurées par des prestataires externes.

Au Centre Hospitalier Esquirol, quatre psychiatres, trois infirmières, une cadre supérieure de santé, deux préparatrices en pharmacie et une pharmacienne ont ainsi été formés, par un organisme extérieur (CNEH, Centre National de l'Expertise Hospitalière). La pharmacienne avait par ailleurs déjà reçu une formation organisée par l'Observatoire des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et des Innovations Thérapeutiques (OMEDIT) de Bordeaux.

II.4. Formalisation des outils

Les outils qui serviront pour réaliser la conciliation des traitements médicamenteux doivent être simples d'utilisation et leur appropriation par les différents professionnels de santé de la ville et de l'hôpital doit être aisée.

Chaque établissement peut créer ses propres outils mais il est aussi possible d'utiliser ceux déjà conçus et proposés par l'HAS et l'OMEDIT (6) (voir annexes 1, 2 et 3), notamment :

- Support de formation sous forme de diaporama
- Fiche d'informations sur la conciliation destinée aux professionnels de santé de la ville et de l'hôpital
- Fiche de recueil par source d'information
- Fiche de liaison sur le traitement personnel avant hospitalisation
- Trame d'entretien avec le patient
- Fiche de conciliation des traitements médicamenteux à l'admission
- Fiche d'informations pour le patient et son entourage sur l'évolution de son traitement
- Plan de prise des médicaments destiné au patient

- Volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie

Au Centre Hospitalier Esquirol, quatre outils ont été initialement retenus pour réaliser la conciliation des traitements médicamenteux (voir annexes 4, 5, 6):

- Une trame d'entretien avec le patient
- Une fiche de recueil des informations par source
- Une fiche de conciliation des traitements médicamenteux
- Un volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie

Rapidement, la pharmacienne en charge de l'activité devant l'aspect chronophage de la saisie sur les différents documents a abandonné la fiche de recueil des informations par source au profit d'un recueil des informations au verso de la trame d'entretien avec le patient, le tout archivé dans le dossier. Une copie des fiches de conciliation médicamenteuse réalisées sont archivées à la pharmacie dans un placard fermé à clé.

II.5. Détermination des indicateurs associés à la conciliation médicamenteuse

II.5.1. Définition

Un indicateur est une valeur observable et mesurable qui sera suivie pour évaluer les progrès d'une mission ou les résultats d'un projet. Un indicateur doit être déterminé pour mesurer chaque effet envisagé. Clairement et précisément défini, il doit permettre de dégager un aperçu des données qu'il va utiliser et de sa population cible. Un bon indicateur doit ainsi répondre à certaines caractéristiques :(15)

- Validité : il doit mesurer exactement l'effet attendu
- Fiabilité : la mesure doit se faire de manière constante dans le temps, selon une méthode fixe, et doit être reproductible à l'identique par les différents observateurs
- Précision : l'indicateur est défini clairement du point de vue des opérateurs
- Mesurable : il doit être quantifiable grâce aux outils et aux moyens disponibles
- Opportun : il doit fournir une mesure appropriée en tenant compte des objectifs recherchés
- Pertinence : il doit être lié à l'activité ou à la réalisation des objectifs de cette activité

II.5.2. Exemples d'indicateurs utilisés en conciliation des traitements médicamenteux en référence avec l'HAS

Indicateurs d'activité (6) :

- Nombre de patients conciliés par année, c'est-à-dire ayant fait l'objet d'une conciliation
- Nombre de patients conciliés, rapporté au nombre de patients hospitalisés dans l'établissement

Indicateurs de performance (6):

- Nombre de patients conciliés dans les vingt quatre heures suivant l'admission, rapporté au nombre de patients de la population éligible à la conciliation des traitements médicamenteux

Indicateurs d'alerte (6) :

- Nombre de patients conciliés ayant au moins une divergence non documentée, rapporté au nombre de patients de la population éligible à la conciliation médicamenteuse
- Nombre d'erreurs médicamenteuses corrigées au cours de la conciliation médicamenteuse par an
- Nombre d'erreurs médicamenteuses corrigées au cours de la conciliation médicamenteuse rapporté au nombre de patients conciliés

A minima les établissements de santé doivent formaliser des indicateurs d'activité pour la conciliation médicamenteuse. Ils peuvent être complétés par des indicateurs de performance, ou d'alerte (6). Ces indicateurs doivent être simples d'utilisation et ne doivent pas imposer une charge de travail trop importante aux équipes. Ils doivent néanmoins faire l'objet d'une analyse appropriée pour avoir un réel impact, par exemple pour permettre d'ajuster si besoin l'organisation de la conciliation médicamenteuse, de corriger des dysfonctionnements mis en lumière par un indicateur, etc.

Au Centre Hospitalier Esquirol, deux indicateurs ont été initialement retenus durant la phase pilote :

- Le nombre de patients conciliés par an (indicateur d'activité)
- Le nombre d'erreurs médicamenteuses corrigées au cours de la conciliation médicamenteuse rapporté au nombre de patients conciliés (indicateur d'alerte)

II.6. Institutionnalisation du projet de conciliation

La conciliation des traitements médicamenteux est un projet qui s'inscrit dans le projet médical de l'établissement, dans sa politique d'amélioration continue de la qualité des soins et dans son programme d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse du patient. Ce projet a été présenté à la CME et à la COMEDIMS (Commission des Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles) par le binôme pharmacien-médecin en charge de la conciliation. Un point régulier sur l'avancée du travail sera présenté à ces instances. Le concept de conciliation des traitements médicamenteux a été expliqué avec les impacts cliniques et économiques, sans oublier la satisfaction des patients ainsi que celle des professionnels de santé de ville.

II.7. Implication des professionnels de santé de ville

La conciliation des traitements médicamenteux nécessite une implication des professionnels de santé exerçant en ville.

Pour cela, identifier les professionnels à impliquer est impératif. Il faut déterminer ceux qui sont susceptibles de transmettre des informations sur les médicaments du patient lors de son admission, mais ne pas oublier les professionnels destinataires de l'information lors de la sortie du patient. En pratique courante, ces professionnels de santé sont nombreux (6) :

- Médecin traitant du patient
- Médecins spécialistes
- Médecins coordonnateurs pour les EHPAD et l'Hospitalisation à Domicile (HAD)
- Pharmacien d'officine
- Infirmier(e) libéral(e)

L'établissement de santé doit organiser des séances d'échanges avec les professionnels de santé de ville pour présenter la démarche de mise en place de la conciliation des traitements médicamenteux. Les outils utilisés dans la conciliation ainsi que les modalités de communication entre les professionnels y sont précisés : entretiens, courriers, mails sécurisés, conversations téléphoniques, etc.

Au cours du déploiement de la démarche de conciliation, des réunions doivent être régulièrement organisées de façon à faire le point aux différentes étapes de la mise en œuvre du projet. Les représentants des unions régionales des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, etc) ainsi que des professionnels de l'Agence Régionales de Santé (ARS), de l'OMEDIT peuvent participer à ces réunions.

Lors de ces échanges, les besoins des professionnels de santé de ville sont déterminés. En effet, les informations sur les traitements médicamenteux ne sont pas les seules attendues par ces professionnels qui prennent en charge le patient. Des précisions sur l'hospitalisation du patient sont précieuses notamment au moment où la sortie est envisagée. De plus, il est parfois indispensable de mettre en place une logistique de veille au bon approvisionnement de certaines molécules onéreuses ou dont la conservation implique la chaîne du froid, le tout afin d'éviter une rupture des traitements qui pourrait représenter une perte de chance pour le patient.

Au Centre Hospitalier Esquirol, ce volet de communication avec les professionnels de ville n'a pas fait l'objet de réunion collective. Durant cette phase pilote de mise en œuvre, c'est au cours de liens téléphoniques privilégiés que l'information sur la conciliation médicamenteuse a été délivrée. Une réunion d'échanges avec les professionnels de ville est d'ores et déjà programmée en Juin 2020. Elle permettra de présenter l'expérimentation menée, de partager les attentes de différents intervenants et de bâtir les liens entre les professionnels de l'hôpital et ceux de la ville dans la perspective du développement de la conciliation médicamenteuse.

III. Etude pilote sur les impacts bénéfiques de la mise en place de la conciliation des traitements médicamenteux dans un service de psychiatrie de la personne âgée

III.1. Présentation de l'étude

L'étude du CH Esquirol de Limoges a été réalisée sur la base de **100 patients** admis dans l'unité A pour personnes anxio-dépressives, du service de psychiatrie de la personne âgée du Centre Jean-Marie Léger.

Cette conciliation médicamenteuse a été réalisée par une pharmacienne, des externes en pharmacie, et par moi-même. Compte tenu de la charge de travail, le choix a été fait de prioriser dans un premier temps la **conciliation médicamenteuse d'entrée**.

J'ai réalisé seule la conciliation de 27 patients. Pour mon étude, j'ai intégré à mes résultats les 73 patients déjà rencontrés en conciliation par la pharmacienne.

Deux outils ont été choisis:

- Une trame d'entretien avec le patient (annexe 5)
- Une fiche de conciliation des traitements médicamenteux (annexe 6)

Quotidiennement, la liste des patients admis au sein de l'unité est consultée. Un appel systématique à l'interne en médecine du service permet de cibler les patients à concilier. Les patients résidents en EHPAD sont souvent écartés car la transmission des informations sur les traitements médicamenteux est correcte. De même, les patients ayant bénéficié d'une conciliation le mois précédent et qui sont réhospitalisés ne sont pas revus. L'interne nous renseigne également sur la capacité à communiquer du patient, facteur très important à prendre en compte puisque ce dernier doit être impliqué dans la démarche de conciliation.

Les conciliations médicamenteuses réalisées sont des conciliations rétroactives. Si le **patient est éligible à la conciliation** des traitements médicamenteux, l'ordonnance d'admission est imprimée. Pour préparer l'entretien avec le patient, la lecture des informations du DPI (Dossier Patient Informatisé) Cariatides® reste un atout précieux pour préparer les questions, orienter le dialogue, éviter des questionnements sensibles (deuil récent, difficultés d'un proche, circonstances psychosociales défavorables, etc).

Avant chaque entretien, un appel dans le service permet de vérifier la disponibilité du patient. La rencontre avec le patient débute par une information sur la démarche puis une demande du consentement du patient. Il est à noter qu'aucun patient de notre étude n'a refusé la proposition de conciliation médicamenteuse. Bien au contraire, tous ont trouvé là un espace de parole et d'écoute qui les a satisfaits. Lors de l'entretien, mettre le patient à l'aise, et diriger la discussion en l'éloignant d'un mode trop « interrogatoire » contribue sans nul doute au bon déroulement.

En cas de difficultés avec le patient, un entretien avec ses proches est envisageable si tant est qu'ils sont disponibles au moment de la réalisation de la conciliation.

Après l'entretien, la recherche des informations sur le traitement médicamenteux du patient se poursuit : étude du dossier d'hospitalisation sous format papier avec recherche de courriers des médecins qui prennent en charge le patient ou d'éventuelles ordonnances fournies par le patient ou sa famille à l'admission, traitements personnels stockés à part dans la pharmacie de l'unité.

De retour à la pharmacie de l'hôpital les différents professionnels de santé intervenant dans le parcours de soins du patient sont contactés :

- Si elles sont identifiées, les pharmacies d'officine du patient
- Le médecin traitant du patient, s'il n'a pas déjà été contacté par le psychiatre du service. Ce professionnel peut être parfois difficilement joignable.
- Du fait d'une mise en relation souvent difficile, les médecins spécialistes.
- Les infirmier(e)s libéraux prenant en charge le patient pour des soins, et / ou la gestion et l'administration du traitement médicamenteux.

Le Dossier Pharmaceutique (DP) du patient pourtant recommandé dans les sources par l'HAS est en pratique un élément relativement difficile d'accès : sa consultation nécessite un lecteur de carte vitale non disponible sur les postes informatiques. La consultation est possible au service pharmacie mais implique des va et vient entre l'unité et la pharmacie. De plus le patient ne présente pas toujours sa carte vitale notamment lors des hospitalisations non programmées ou alors il ne la conserve pas dans ses effets personnels. Par ailleurs, le DP ne renseigne que sur le nombre de boîtes délivrées et non sur les posologies précises. Nous avons fait le choix de ne pas l'utiliser au CH Esquirol.

Ainsi, à l'aide de l'ensemble des informations recueillies, le **Bilan Médicamenteux Optimisé** (BMO) est rédigé puis comparé avec l'**Ordonnance de Médicaments à l'Admission**(OMA).

En cas de **divergence(s)** il faut déterminer s'il s'agit d'une divergence intentionnelle documentée (DID) ou d'une divergence non intentionnelle (DNI). Pour information, dans un souci de communication simplifiée avec les différents professionnels de santé, il a été décidé dès le début de l'étude de ne pas surcharger les documents avec les divergences intentionnelles non documentées (DIND). Elles sont systématiquement réaffectées à la catégorie des DID dès lors que le médecin confirme sa prescription argumentée lors d'un échange avec le pharmacien même si la justification n'est pas tracée au DPI.

Chaque DNI devant être classée, il faut les classer en fonction de la nature de l'erreur (6) :

- Erreur de patient
- Erreur par omission
- Erreur de dose : dosage, posologie, concentration, débit d'administration, volume
- Erreur de médicament ou stratégie thérapeutique : protocole thérapeutique, ajout, redondance, contre-indication, nom, forme galénique
- Erreur de voie d'administration ou de technique d'administration
- Erreur de moment de prise

- Erreur de durée de traitement

Initialement, et selon les propositions de l'HAS, chaque erreur devait faire l'objet d'un classement supplémentaire de type gravité liée au retentissement sur le patient : (6)

- Mineure : sans conséquence pour le patient
- Significative : erreur médicamenteuse qui requiert une surveillance importante pour le patient mais qui n'a pas de conséquence clinique pour lui
- Majeure : le patient subit des conséquences cliniques mais qui restent temporaires comme par exemple un traitement, une intervention, un transfert vers un autre établissement, un allongement du séjour hospitalier, ou encore une atteinte physique ou psychologique réversible
- Critique : les conséquences cliniques pour le patient sont irréversibles : cela peut être une atteinte physique ou psychologique
- Catastrophique : les conséquences entraînent une mise en jeu du pronostic vital du patient voire conduisent à son décès

A cette classification très complexe à appliquer, il est possible de lui substituer une cotation en référence à une liste issue du rapport d'expérimentation *Med'Rec* et ce pour les erreurs par omission et les erreurs de dose. (2) C'est le choix qui a été fait dans l'étude du CH Esquirol.

L'ensemble de ces étapes détermine la réalisation du **BMO**. La **durée totale** de la conciliation a été évaluée dans notre étude à 1 h 56 en moyenne avec un extrême à 3 h 15. Ces variations de durées peuvent s'expliquer par :

- La complexité du traitement médicamenteux suivi par le patient
- L'attitude du patient (logorrhée ou à l'inverse tendance au mutisme), son histoire de vie
- Le peu de disponibilité des professionnels de santé contactés pour le recueil des informations
- La multiplicité de pharmacies d'officine consultées par certains patients

Une fois cette rédaction finalisée, les divergences retrouvées sont analysées avec l'interne du service. Celui-ci peut modifier ou non sa prescription sur des arguments qui sont retranscrits sur le BMO, une copie du document de conciliation signé par la pharmacienne et le médecin est archivée dans le dossier d'hospitalisation du patient. Deux exemples sont retrouvés dans les annexes 8 et 9

III.2. Analyse des résultats

L'étude s'est déroulée entre Octobre 2018 et Janvier 2020

III.2.1. Données sociodémographiques

Les 100 patients de l'étude sont composés de 61 femmes et de 39 hommes. L'âge moyen des femmes est de 75,5 ans, celui des hommes de 74 ans, pour un âge moyen de l'ensemble des patients de 75 ans.

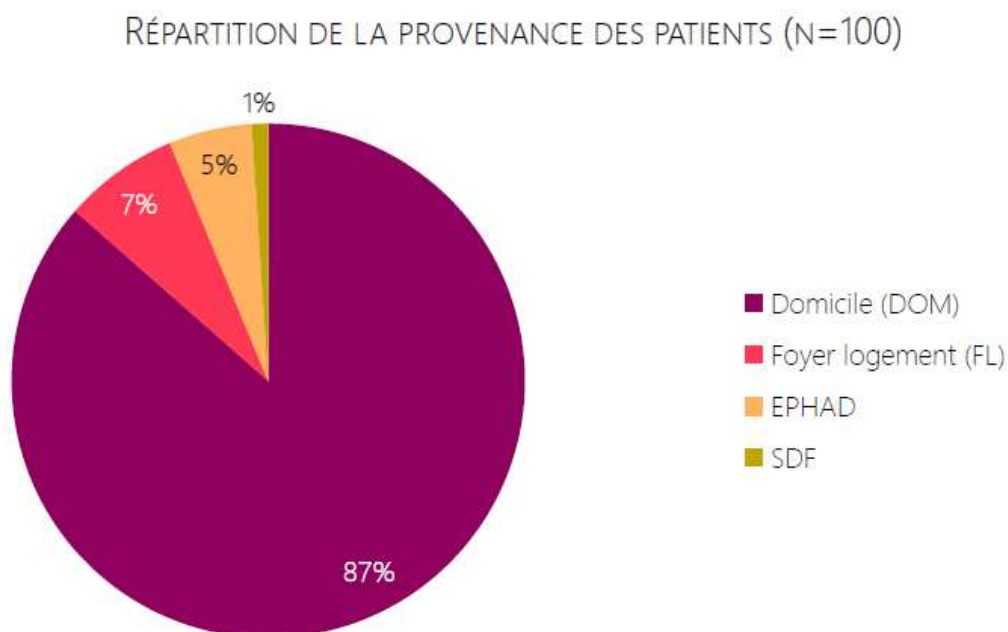


Figure 5 : Répartition de la provenance des patients conciliés

Au fur et à mesure de la pratique, nos critères d'inclusion ont évolué et ainsi le choix a été fait d'exclure de la population cible les patients résidents en EHPAD. En effet la présence d'une équipe soignante dans l'établissement garantit une transmission d'informations précises sur le traitement médicamenteux à l'admission. De plus, la gestion et l'administration des traitements étant réalisées exclusivement par des infirmières, le risque d'automédication du patient est faible.

Les patients résidents en EHPAD n'ont bénéficié de la conciliation qu'à la demande expresse du médecin psychiatre de l'unité dans le cas de traitements complexes et de possible iatrogénie contribuant à la détérioration de l'état de santé du patient hospitalisé.

Ainsi, sur la population cible des patients hospitalisés sur l'unité A, la très grande majorité venait d'un domicile privé.

III.2.2. Délai entre l'admission du patient et la réalisation de sa conciliation médicamenteuse

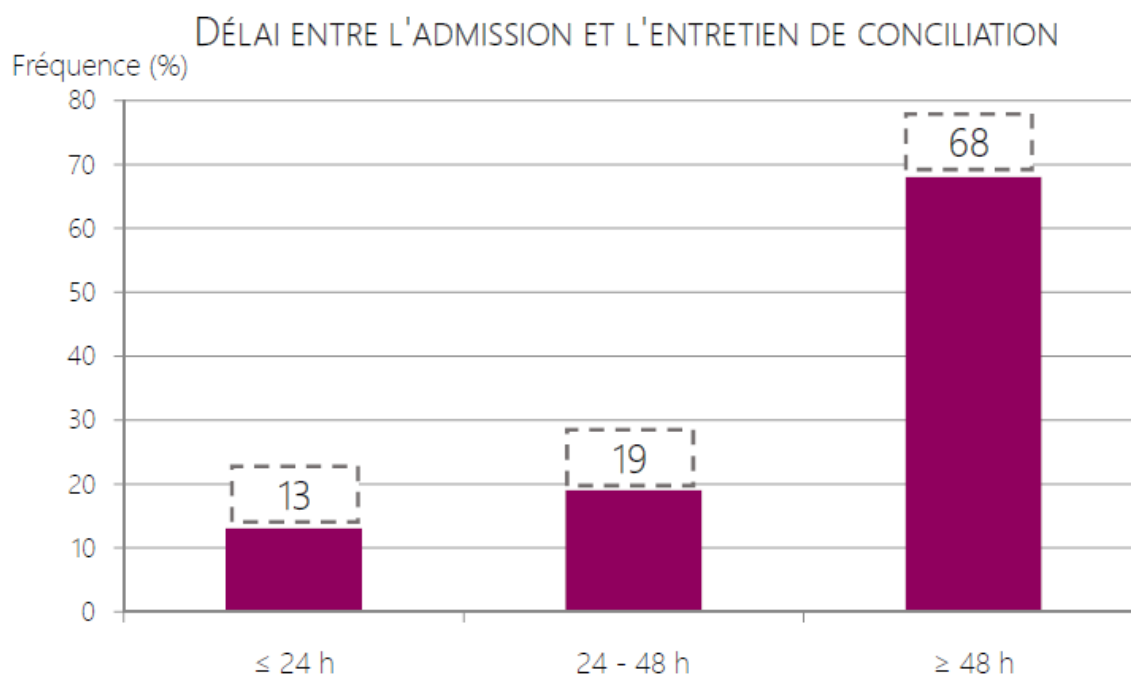


Figure 6 : Nombre de patients (n = 100 patients) conciliés répartis en fonction du délai entre l'admission et l'entretien de conciliation

Au Centre Hospitalier Esquirol, le pharmacien est en première ligne pour la réalisation de la conciliation des traitements médicamenteux. Bien évidemment, ce n'est pas son unique mission. Il lui est donc souvent impossible de réaliser un entretien dans les 24h suivant l'admission du patient.

De plus, en cas d'entrée le vendredi soir ou durant le week-end, le patient ne pourra bénéficier d'une conciliation avant au mieux le lundi matin.

Ceci explique que 68 % des patients de notre étude ont été vus en entretien de conciliation à 48 h ou plus après leur admission.

Il est à noter que c'est vraisemblablement en raison de la spécificité de ma mission et de ma disponibilité que 13 patients ont bénéficié de l'entretien de conciliation dans les 24 h suivant leur entrée dans l'établissement.

III.2.3. Présentation des différentes sources utilisées

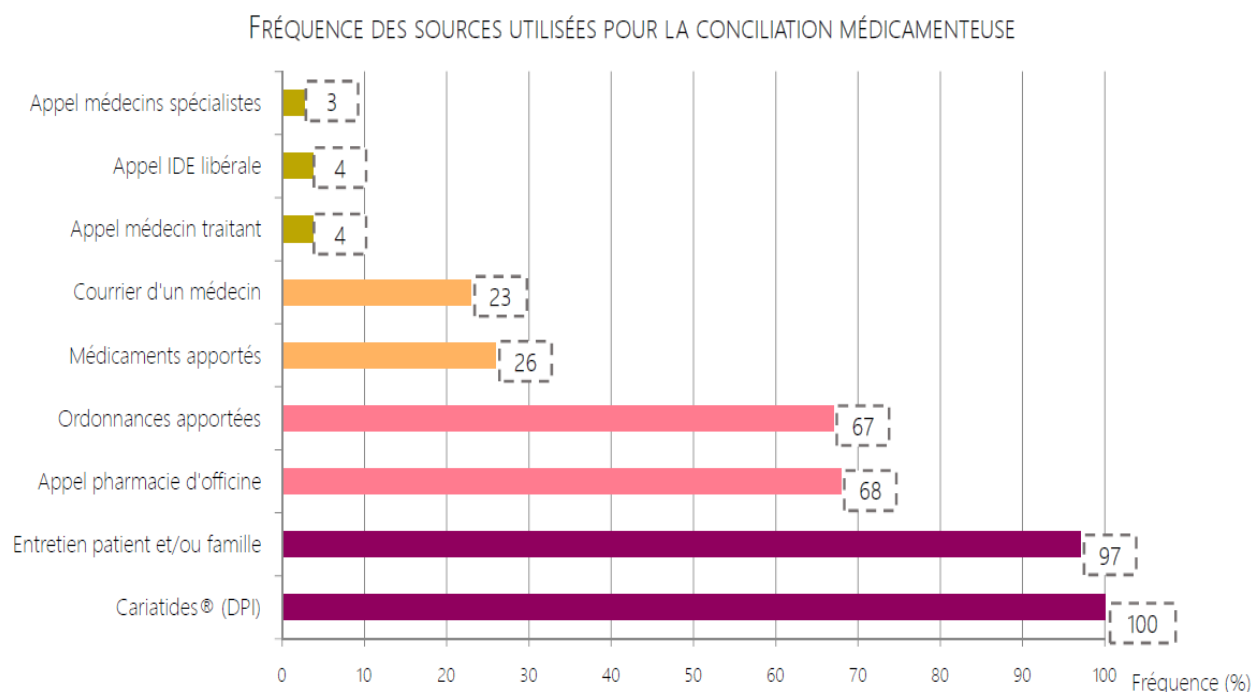


Figure 7 : Les différentes sources utilisées pour la conciliation médicamenteuse

Il est rappelé que pour chaque patient le DPI Cariatides® a été consulté. Il permet non seulement d'obtenir des informations précises sur l'état de santé du patient, sur son environnement social et familial mais aussi de prendre connaissance de la prescription réalisée par le médecin à l'entrée dans l'unité. Il permet également de récapituler les hospitalisations antérieures et le suivi en ambulatoire lorsqu'il existe.

La deuxième source majeure d'informations est l'entretien avec le patient ou sa famille. Il est à noter qu'en fonction de l'heure de réalisation de l'entretien, la famille n'est pas nécessairement présente ou disponible.

A titre exceptionnel, trois conciliations ont été réalisées sans entretien avec le patient ou sa famille. Il s'agissait de patients présentant des troubles cognitifs majeurs ou une incapacité à communiquer (aphasie, état délirant, crise d'angoisse aiguë). Chez ces patients vivant seuls, à la demande du médecin du service, en raison de traitements médicamenteux complexes ou du fait du manque d'information sur les thérapeutiques en cours, les sources extérieures ont été privilégiées. Il est à noter que 26 patients ne connaissaient pas leur traitement.

En cas d'hospitalisation programmée, le dossier du patient contient de façon quasi systématique un courrier du médecin à l'origine de l'admission, ainsi qu'une ou plusieurs ordonnances des différents praticiens intervenant dans la prise en charge. Le caractère imprévu d'une entrée en situation d'urgence est souvent la cause d'insuffisance documentaire.

Parfois le patient apporte ses propres médicaments. A chaque admission, l'IDE se doit de récupérer les traitements personnels et de les stocker à part dans l'armoire à

pharmacie de l'unité. Cet inventaire des médicaments fait partie d'une check-list réalisée lors de l'arrivée du patient. Il se peut néanmoins que le patient oublie de signaler des collyres ou des topiques dans sa trousse de toilette.

Lors de la mise en place de l'étude, l'appel à la pharmacie d'officine approvisionnant le patient en médicaments avait été jugé comme obligatoire. Mais ce n'est pas toujours possible. En effet, l'officine n'est pas toujours identifiable : patient non communiquant ou ne se souvenant pas du nom, ordonnance non tamponnée car non délivrée, et surtout nomadisme. La fermeture de certaines pharmacies le lundi peut également être un frein dans la démarche de recherche des informations. Il faut cependant noter que les pharmaciens d'officine contactés ont toujours répondu très positivement à nos sollicitations.

En ce qui concerne les médecins traitants ou spécialistes prenant en charge le patient, leur indisponibilité est un frein aux appels. De plus, lors de l'admission, le psychiatre de l'unité contacte quasi systématiquement le médecin traitant du patient afin d'échanger sur la situation, état de santé et traitements. Un nouvel appel lors de la conciliation médicamenteuse est à réserver aux situations spécifiques, non conventionnelles d'interactions médicamenteuses ou de doutes sur une posologie ou un dosage.

Enfin les infirmières libérales n'ont été que peu contactées, la connaissance de leur identité par le patient étant bien souvent très approximative (« Sylvie », « Aurélie », etc). Le pharmacien d'officine a été aidant dans certains cas.

III.2.4. Nombre de sources par patient

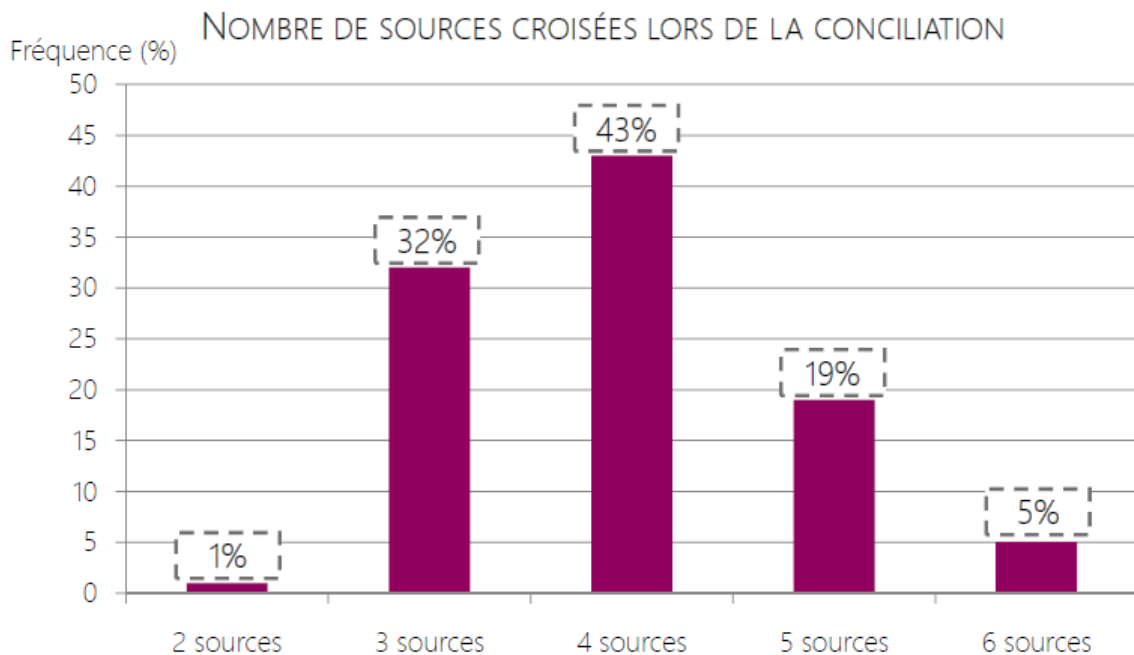


Figure 8 : Présentation du nombre de sources utilisées pour la conciliation

Afin qu'une conciliation des traitements médicamenteux soit valide, il est nécessaire qu'à minima 3 sources différentes d'informations soient utilisées pour sa réalisation (6). Augmenter le nombre de sources consultées permet d'accroître l'exhaustivité et la qualité des informations sur les traitements suivis par le patient.

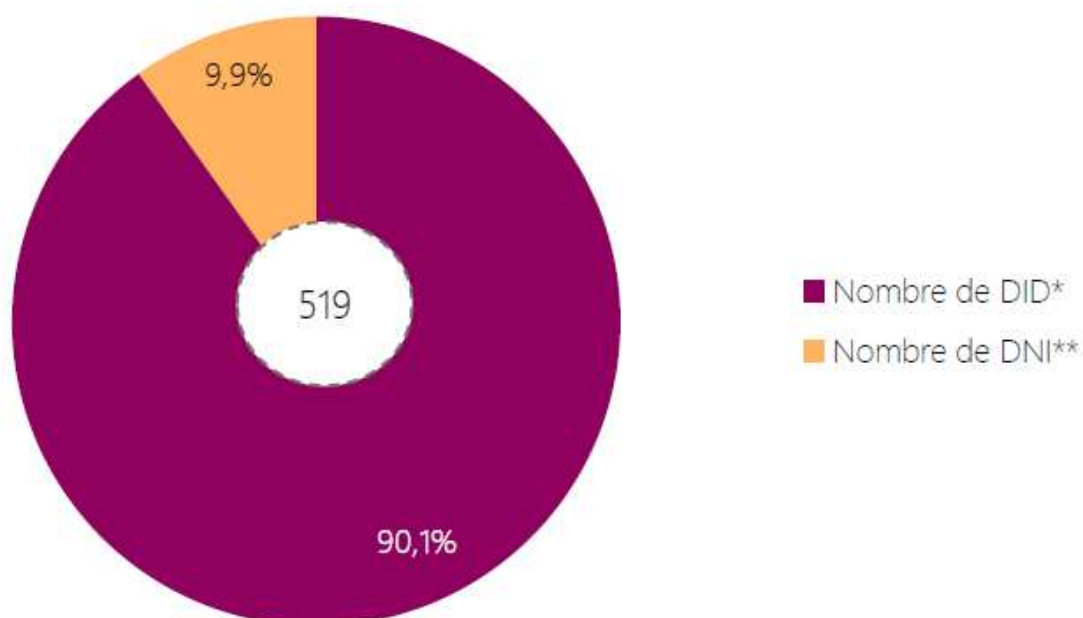
Dans notre étude 3 à 5 sources ont été consultées dans 94% des cas.

La conciliation d'un seul patient a été faite sur 2 sources uniquement. Il s'agissait d'un cas simple où le médecin de l'unité avait déjà obtenu des informations précises de son confrère généraliste.

A l'opposé, six sources d'informations ont été croisées pour cinq patients : abondance documentaire et patients compliants ou à l'inverse, situations confuses nécessitant une enquête poussée avec recours aux professionnels de santé.

III.2.5. Répartition des divergences

RÉPARTITION DES TYPES DE DIVERGENCE



*DID = Divergences intentionnelles documentées

**DNI = Divergences non intentionnelles

Figure 9 : Répartition des divergences détectées au cours de la conciliation

La conciliation médicamenteuse a permis de détecter 519 divergences au total (soit environ 5 divergences en moyenne par patient), réparties de la façon suivante :

- **445 divergences intentionnelles et documentées (DID)** liées à l'état clinique et psychologique du patient lors de son admission mais également à sa biologie et au livret thérapeutique de l'établissement. Le prescripteur a tracé dans le DPI sa volonté de modifier le traitement initial du patient. Pour mémoire, dans un souci de travail simplifié, les divergences intentionnelles non documentées (sans traçabilité au DPI) ont été comptabilisées dans cette catégorie dès lors que le prescripteur avait justifié de son choix lors des échanges avec le pharmacien à l'analyse du BMO.
- **74 divergences non intentionnelles (DNI)** : classées en erreurs de médicaments, erreurs par omission et erreurs de dose. Elles représentent 9,9 % de l'ensemble des divergences détectées. Ce sont ces divergences qui peuvent être source d'évènements indésirables liés à la iatrogénie médicamenteuse. Ces **presque 10 %** justifient à eux seuls tout le travail de conciliation des traitements médicamenteux.

III.2.6. Nombre de divergences intentionnelles documentées (DID) par ordonnances

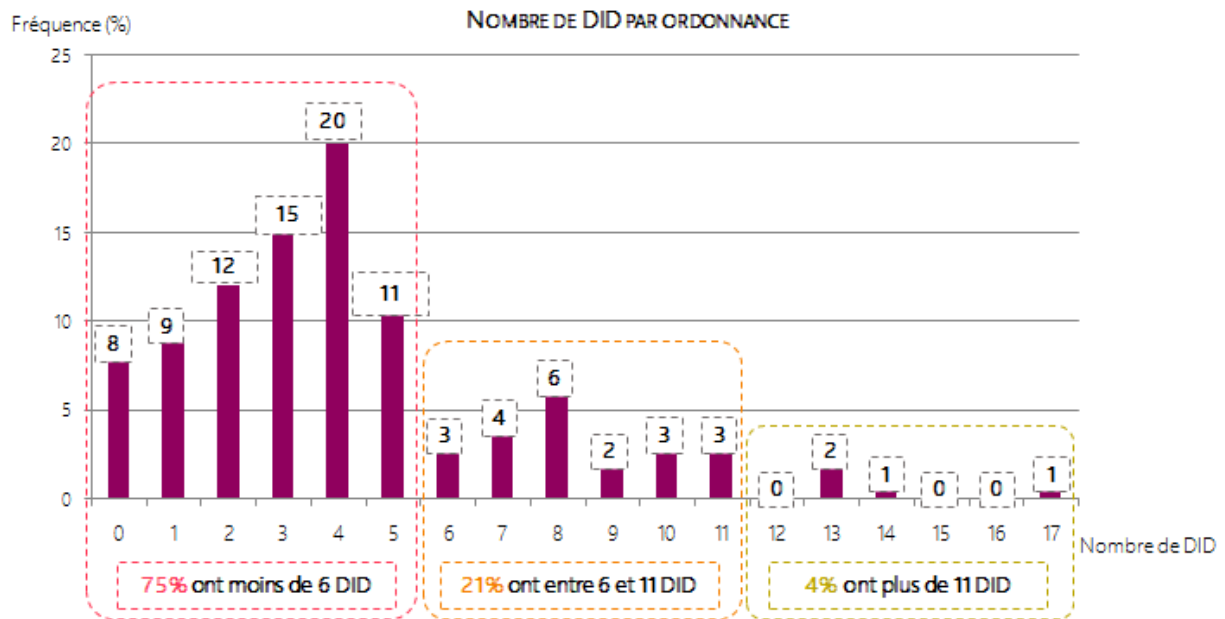


Figure 10 : Présentation du nombre de DID par ordonnance

445 divergences intentionnelles documentées ont été relevées pour l'ensemble des 100 patients. Ces divergences représentent 4,45 DID par patient en moyenne avec un pic de 4 DID pour 20 patients. Ces divergences concernent 92 % patients.

Si chez 8 patients il n'est retrouvé aucune divergence intentionnelle documentée sur l'ordonnance d'admission, à l'extrême, 7 patients avaient plus de 10 DID lors de la comparaison entre le BMO et l'ordonnance d'entrée. Cela n'a rien de surprenant chez des patients polymédiqués avec des traitements lourds, parfois redondants et pas toujours essentiels. Par exemple : une dame de 72 ans est arrivée au sein de l'unité pour fléchissement thymique avec une prescription comportant deux benzodiazépines, deux neuroleptiques, un antiépileptique et un antidépresseur. L'admission a permis un changement radical des traitements en les supprimant totalement, permettant ainsi à la patiente de retrouver une partie de ses facultés cognitives avant poursuite des explorations.

III.2.7. Résultats concernant les divergences non intentionnelles (DNI)

III.2.7.1. Nombre de DNI par ordonnance

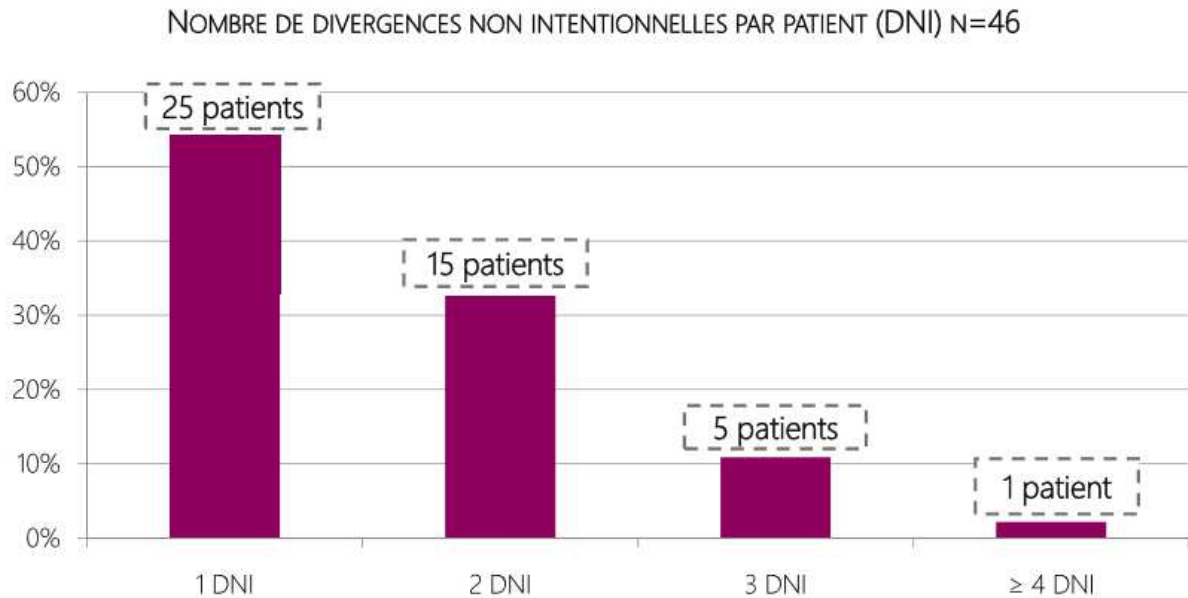


Figure 11 : Répartition du nombre de DNI par patient (46 patients et 74 DNI)

Notre étude a mis en lumière 74 divergences non intentionnelles (DNI) pour une file active de 46 patients. Autrement dit 46 % des patients conciliés sont concernés par une ou plusieurs DNI. Ce pourcentage important confirme l'intérêt de la conciliation médicamenteuse.

3 à 4 DNI ont été retrouvées dans les ordonnances à l'admission de 6 patients ce qui représente 13% des patients. Ce sont des patients polypathologiques dont le traitement médicamenteux est complexe.

Pour rappel ces DNI sont classées en 3 catégories (6) :

- Erreur de médicament
- Erreur de dose
- Erreur par omission

III.2.7.2. Répartition du nombre de DNI par type d'erreur médicamenteuse

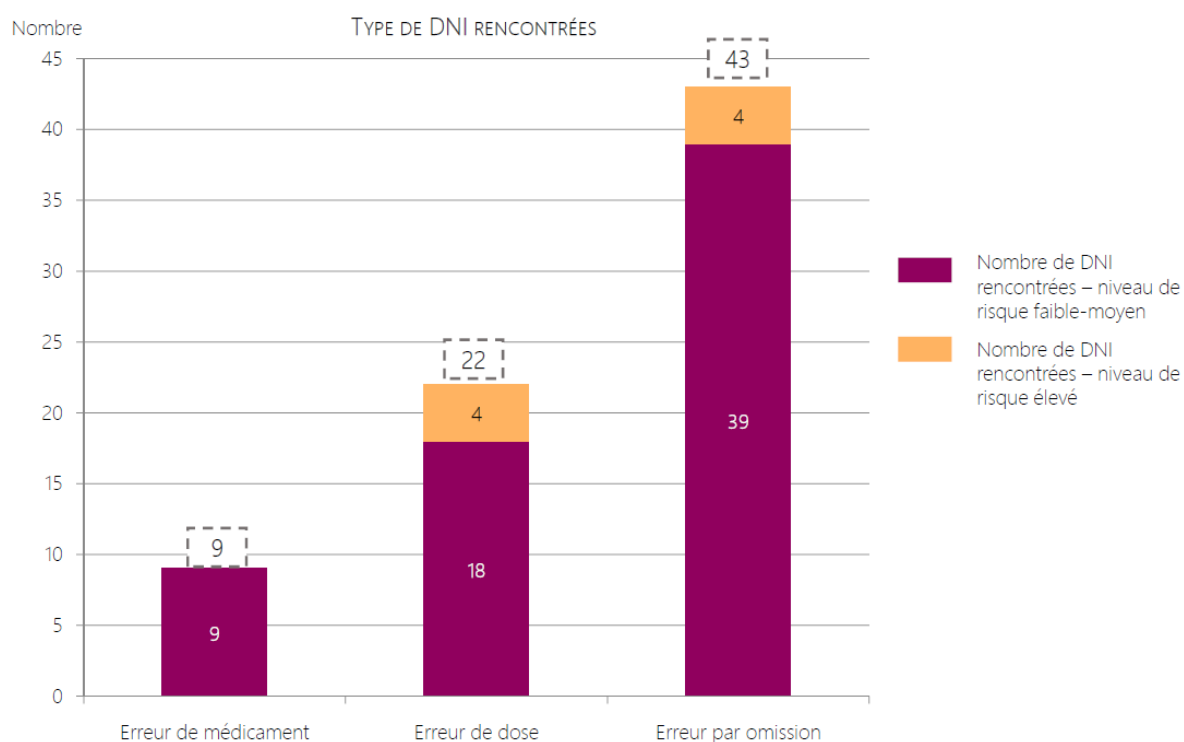


Figure 12 : Présentation des différents types de DNI (n = 74)

L'étude des 74 DNI permet d'observer une majorité d'oublis de prescription de médicaments (43/74 soit 58,1 %) dont la conséquence varie en fonction du type de médicament oublié (ampoule de vitamine D, paracétamol, bêta-bloquant, antibiotique, etc.).

L'erreur de dose englobe les fautes concernant le dosage, dans notre étude 8 cas sur 22, et la posologie dans 14 cas sur 22. Aucune faute concernant la concentration, le volume et le débit d'administration du médicament n'a été retrouvée dans notre étude.

L'erreur de médicament observée dans 12,16 % des DNI, concerne l'ajout de médicament par erreur, l'erreur de stratégie ou de protocole thérapeutique, la prescription d'un médicament à la place d'un autre et la redondance du médicament.

A la suite de l'expérience *Med'Rec* (2), deux listes de médicaments considérés comme étant à haut niveau de risque ont été dressées par la HAS : une pour les erreurs de dose et une pour les erreurs par omission (voir annexe 4). Il a été décidé pour notre étude d'utiliser ces listes afin d'apprécier la potentielle gravité de ces erreurs.

Notre analyse des DNI révèle **8 erreurs de médicaments considérés comme étant à haut de niveau de risque** selon les listes de l'HAS correspondant à 8 patients différents (soit 8 % des patients de notre étude). Ces 8 DNI représentent 4 omissions et 4 erreurs de doses :

- Un oubli de Kardegic[®], antiagrégant plaquettaire
- Un oubli de Bactrim[®], antibiotique, chez un transplanté rénal
- Un oubli de bisoprolol, bêta-bloquant, dans un contexte d'une insuffisance cardiaque
- Un oubli d'Apidra[®], insuline
- Une mauvaise posologie de Pradaxa[®], anticoagulant oral direct (AOD), prescrit à raison d'1 par jour au lieu de 2
- Une erreur de dosage dans une prescription de lamotrigine, antiépileptique, prescrit au dosage de 100 mg, alors que la patiente prenait du 200 mg à domicile
- Une erreur de posologie de Xarelto[®], AOD, prescrit à raison d'1 comprimé chaque jour alors que la patiente n'en prenait qu'1 un jour sur deux du fait d'une atteinte hépatique
- Une erreur de posologie de dosage dans la prescription de carbamazépine, anticonvulsivant, prescrit à raison de 200 mg une fois par jour, au lieu d'un demi-comprimé à 200 mg le matin et le soir

Toutes ces erreurs de prescriptions non intentionnelles ont fait l'objet, dès détection, d'un contact téléphonique immédiat avec le prescripteur de l'unité pour une correction avant la prochaine dispensation des traitements.

III.2.7.3. Répartition du nombre des DNI par grandes classes médicamenteuses ATC (Anatomique, Thérapeutique et Chimique)

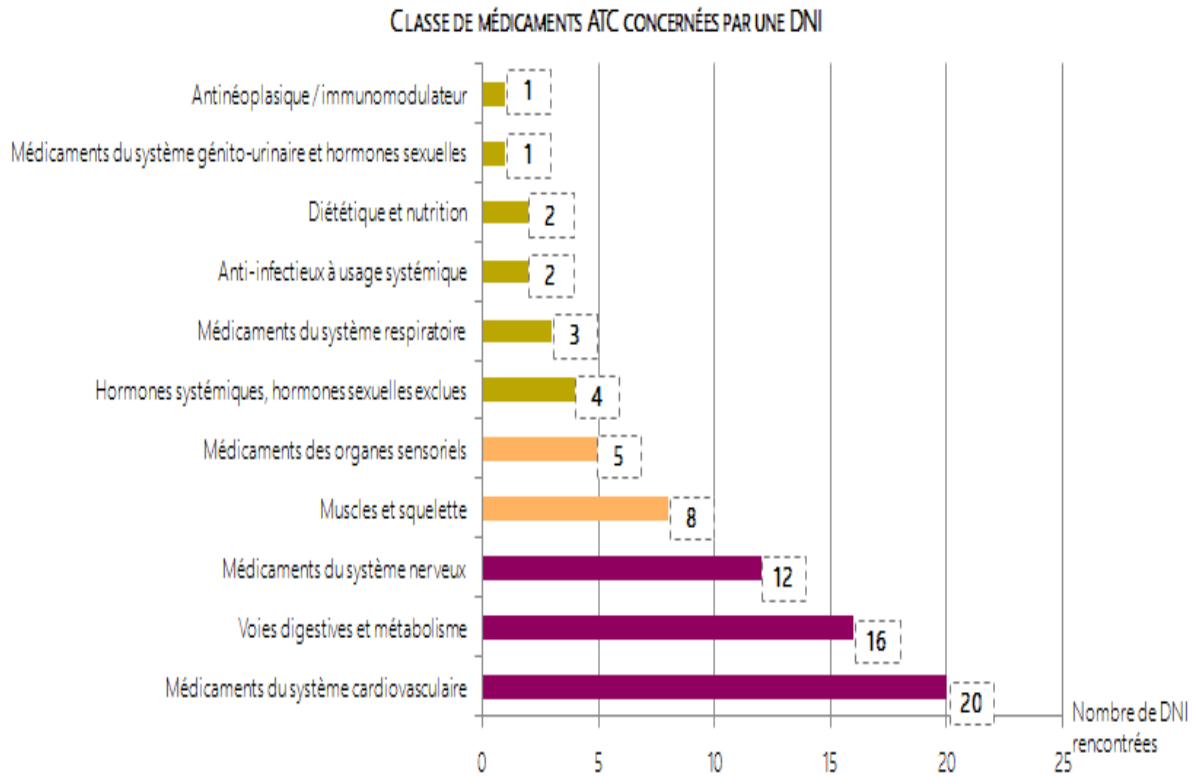


Figure 13 : Répartition des DNI (n = 74) en fonction des grandes classes médicamenteuses

L'étude pointe sans surprise que les classes médicamenteuses ATC (Anatomique, Thérapeutique et Chimique) les plus concernées par une DNI sont celles qui sont le plus fréquemment prescrites chez les personnes âgées : médicaments du système cardiovasculaire (27 %), des voies digestives et du métabolisme (21,6 %), et du système nerveux (16,2 %).

III.2.7.4. Recherches complémentaires

Pour chaque patient les informations suivantes ont également été recherchées :

- S'ils vivent seuls
- Si une infirmière libérale gère leur traitement médicamenteux
- Si le patient est passé par les urgences avant d'être admis dans l'unité
- Les différentes pathologies dont souffre le patient

Des liens significatifs ont été recherchés entre les différentes informations ci-dessus et la présence de DNI mais sans résultat concluant.

III.3. Présentation de cas

Le choix a été fait de présenter quelques situations marquantes issues de notre étude pour illustrer la pertinence de la conciliation d'entrée sur notre population cible et mettre particulièrement en valeur le rôle du pharmacien et sa plus-value dans la sécurisation du parcours de soins.

III.3.1. Cas numéro 1

L'entretien de conciliation avec une patiente de 75 ans, souffrant d'insuffisance rénale et d'insuffisance hépatique sur terrain d'éthylisme chronique, a découvert que celle-ci s'automédiquait avec 6 g de paracétamol tous les jours pour des douleurs diverses males identifiées à l'insu de son médecin traitant. L'équipe soignante n'avait pas cette information pouvant en partie contribuer à l'insuffisance hépatique.

La patiente a été informée des risques encourus par cette automédication et le médecin a été prévenu.

III.3.2. Cas numéro 2

Conciliation médicamenteuse réalisée en urgence à la demande du médecin de l'unité pour une patiente de 72 ans présentant au bilan biologique une hypervitaminose B12 d'origine inconnue. L'entretien avait pour objectif la recherche de prise de médicaments, prescrits ou en automédication, ayant pu augmenter la vitamine B12. Mais rien n'a été retrouvé.

III.3.3. Cas numéro 3

Patiente de 72 ans souffrant d'une maladie de Parkinson à un stade avancé. L'ordonnance des médicaments prescrits par son neurologue était longue et complexe. Sa pathologie n'était plus stabilisée par ses médicaments.

La conciliation médicamenteuse a permis de mettre en évidence un oubli de prescription de Requip® (ropinirole) 1 mg lors de l'admission de la patiente.

Du Modopar® (association de lévodopa et de bensérazide) 125 mg à raison d'1 comprimé par jour si besoin avait été prescrit dans l'unité alors que la patiente pouvait en prendre jusqu'à 3 à son domicile.

En fin de compte, l'ensemble des divergences repérées lors de la conciliation médicamenteuse ont été corrigées et la maladie de Parkinson de la patiente a de nouveau été stabilisée.

III.3.4. Cas numéro 4

Conciliation médicamenteuse avec une patiente de 83 ans souffrant de polyarthrite rhumatoïde.

Celle-ci nous explique qu'en raison d'une augmentation récente de son poids, liée à la prise quotidienne de cortisone, elle a elle-même diminué la dose, et ne prend que 2 mg le matin au lieu des 6 mg initialement prescrits par son spécialiste. Du fait de l'information de la patiente, et en l'absence d'exacerbations de sa pathologie, l'ordonnance d'admission a été modifiée pour ne pas reprendre les 6 mg initiaux.

III.3.5. Cas numéro 5

Patiente de 73 ans admise dans l'unité pour un état de confusion mentale important. Lors de la conciliation, elle explique avoir consulté plusieurs médecins pour des douleurs (médecin traitant, médecin remplaçant et SOS médecin). Les différentes consultations médicales ont donné lieu à des prescriptions successives d'antalgiques, paracétamol, Izalgi® (association d'opium et de paracétamol), de l'xprim® (association de tramadol et de paracétamol).

La patiente n'avait pas compris que ces médicaments ne devaient pas être tous consommés en même temps bien que cela avait été notifié sur les ordonnances.

Une fois l'ensemble des médicaments arrêtés, l'état de la patiente s'est nettement amélioré. Une information sur la gestion du traitement de la douleur a été délivrée à la patiente.

III.3.6. Cas numéro 6

Patient de 70 ans souffrant de troubles cardiaques.

La conciliation médicamenteuse a permis de détecter une modification de la posologie de Pradaxa® (dabigatran).

Cet anticoagulant oral direct doit être prescrit à raison d'1 comprimé matin et soir. Or sur l'ordonnance d'admission la posologie de ce médicament n'était que d'1 comprimé le soir. Cette mauvaise prescription aurait pu avoir de graves conséquences sur l'état de santé du patient (formation de caillots sanguins).

Cette anomalie ayant été détectée précocement, la posologie a pu être corrigée avant l'apparition de conséquences pour le patient.

III.3.7. Cas numéro 7

Conciliation médicamenteuse avec un patient de 71 ans atteint de psoriasis.

Depuis 2016, le patient recevait 2 injections par mois de Cosentyx® (sécukinumab).

L'entretien de conciliation avec ce dernier a mis en lumière l'oubli de prescription de ce médicament.

L'erreur a pu être corrigée sur la prescription avant la date prévue pour l'injection et le patient a donc eu son traitement à temps.

III.3.8. Cas numéro 8

Patiente de 72 ans souffrant de névralgies faciales.

Elle était suivie par le centre antidouleur du Centre Hospitalier Universitaire de Limoges. Pour traiter cette pathologie, du Tégréto® (carbamazépine) 200 mg lui avait été prescrit avec l'évolution suivante :

- Carbamazépine 200 mg LP : ½ comprimé matin et soir pendant une semaine
Puis
- Carbamazépine 400 mg LP : ½ comprimé matin et soir pendant un mois

La conciliation des traitements médicamenteux a permis de relever l'oubli de l'augmentation du dosage de ce médicament.

Les modifications ont été effectuées et la patiente a pu continuer à bénéficier du protocole de lutte contre la douleur.

III.3.9. Cas numéro 9

Patiente de 72 ans atteinte de glaucome.

Au cours de l'entretien de conciliation, la patiente explique qu'elle a, dans sa trousse de toilette, un collyre qu'elle s'instille toute seule le soir car elle ne veut pas déranger les infirmières.

Après vérification de notre part, nous avons constaté qu'il s'agissait de Lumigan® (bimatoprost), antiglaucomateux, et nous avons averti le prescripteur afin qu'il rajoute le collyre à sa prescription.

Le collyre a été stocké avec les autres traitements personnels de la patiente.

III.4. Discussion

III.4.1. Les plus-values

Les chiffres clés de notre étude sont les suivants :

- Presque 10 % des divergences sont des DNI
- 46 % des patients conciliés sont concernés par une ou plusieurs DNI
- Pour 8 % des patients, la DNI détectée était à haut niveau de risque

Notre étude valide donc pleinement l'intérêt de la conciliation médicamenteuse d'entrée.

Même s'il est documenté qu'il s'agit d'une cause d'hospitalisation fréquente chez notre population cible de personnes âgées, la conciliation a mis en lumière l'importance des conséquences de la iatrogénie médicamenteuse au tableau clinique du patient et ce qu'elle soit liée à une prescription ou à une automédication du patient.

La conciliation a aussi contribué à éviter des ruptures de traitement et à la continuité du parcours de soins du patient.

De plus, elle a renforcé la collaboration du pharmacien hospitalier avec l'ensemble des professionnels de santé de l'unité intervenant dans la prise en charge du patient. La mise en place de la conciliation médicamenteuse dans une unité ne peut se faire sans une entente étroite et une volonté de bien faire entre tous les acteurs. Les équipes sont très satisfaites de la mise en place de cette activité au sein de l'unité et les résultats obtenus leurs sont régulièrement présentés.

Enfin, les entretiens de conciliation ont développé la participation active du patient à sa prise en charge. Les patients de notre échantillon ont très majoritairement manifesté un vif intérêt aux échanges, y trouvant là aussi une reconnaissance et un espace de parole reconfortant tout en leur apportant une meilleure compréhension de la gestion de leurs médicaments.

III.4.2. Les freins à la conciliation médicamenteuse

La conciliation des traitements médicamenteux d'un patient est une mission extrêmement chronophage. Le recueil des informations, le contact avec les différents professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient et la réalisation du BMO nécessitent un certain temps afin d'en assurer la qualité et la bonne exécution. Réaliser de manière régulière les conciliations médicamenteuses d'entrée, tout en respectant les impératifs de délais dans la mesure du possible, implique une certaine gymnastique avec les autres tâches à accomplir, et l'équilibre est parfois difficile à trouver.

De plus, les professionnels de santé sont actuellement insuffisamment formés à la pratique de la conciliation des traitements médicamenteux. La formation nécessite du temps, un investissement personnel et ces professionnels ne sont pas forcément prêts à envisager de bouleverser leur quotidien au travail.

Enfin, la conciliation médicamenteuse peut parfois s'avérer délétère pour le patient. En effet, nous recherchons l'ensemble des médicaments pris par le patient. Or, il se peut que le médecin ait décidé d'arrêter certains traitements à cause d'effets indésirables ou de modification de l'état clinique du patient. Le patient, la pharmacie d'officine peuvent ne pas être au courant de ces décisions. Il est donc nécessaire de réaliser le BMO en prenant le plus de précautions possibles.

III.4.3. Les perspectives d'amélioration

Si notre expérience est concluante, ayant permis de démontrer la pertinence de ce type de démarche, en faire un bilan institutionnel est un impératif pour évaluer les résultats mis en lumière par les différents indicateurs et réfléchir à la poursuite et au développement de la conciliation médicamenteuse au sein de l'établissement.

Passer d'une population cible d'une unité à celle de plusieurs filières, voire à toute la structure, impliquerait davantage de professionnels hospitaliers.

Dans un premier temps, un plan de formation à grande échelle serait indispensable pour organiser et garantir l'exhaustivité et la qualité du recueil (mais serait-il envisageable de mobiliser les préparateurs en pharmacie, les infirmier(e)s, les externes en pharmacie et en médecine ?). Impossible aussi de négliger le rôle central et incontournable du pharmacien dans l'analyse des données recueillies et des divergences à approfondir en concertation avec le prescripteur. Déployer plus avant ne serait-ce que la conciliation d'entrée aurait un retentissement sur l'activité du service pharmacie et impliquerait des choix stratégiques (embauche de pharmaciens, ou limitation de l'implication de la pharmacie dans d'autres missions qui ont tout autant de légitimité pour le patient, les professionnels ou l'établissement).

Un plan de déploiement de la conciliation médicamenteuse d'entrée ne pourrait se concevoir sans étapes permettant d'étendre graduellement la population cible sur la base de l'identification et de la priorisation partagée des besoins.

Mon implication dans l'étude me conduit à imaginer une conciliation d'entrée à deux niveaux : l'un avec un entretien impliquant le patient ou sa famille, à privilégier dès lors que le patient ne présente ni trouble cognitif ni trouble du comportement, l'autre sans entretien, basé sur le recueil multi sources et à prioriser pour les patients atteints de pathologies chroniques somatiques intercurrentes et / ou ayant un traitement complexe.

Dans une conciliation d'entrée idéale, intervenir le plus rapidement possible après l'admission du patient serait un atout. Ce point ne peut être envisagé qu'avec un renfort des personnels impliqués dans le recueil, comme abordé ci-dessus, sans pour autant occulter les impératifs hospitaliers liés au nombre limité de soignants, à leurs missions de plus en plus étendues pour des patients dont les séjours hospitaliers sont attendus de plus en plus courts.

Développer la conciliation médicamenteuse impliquerait la construction d'un plan de communication pour les professionnels de santé dans une logique de réseau ville-hôpital afin d'impliquer davantage les médecins généralistes, premiers acteurs de la prise en charge du patient, les pharmaciens d'officine, les infirmiers, etc. Cela permettrait aussi de réfléchir avec eux sur comment faciliter la collecte d'informations, pour que celle-ci soit la plus pertinente possible tout en sollicitant le moins possible les professionnels de santé, déjà bien occupés. Ensuite, une campagne de sensibilisation des patients pourrait être envisagée via plusieurs supports : livret d'accueil, affichage, implication du pôle des usagers, etc. Grâce à une meilleure compréhension de ses traitements, et des risques encourus en cas de mauvaise gestion, le patient serait ainsi plus à même de s'impliquer dans le suivi de son traitement.

En parallèle, améliorer l'accès au dossier pharmaceutique du patient (DP), afin que tous les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient puissent disposer des informations qui y sont contenues semblerait être une piste intéressante. L'inclure dans le DMP faciliterait son utilisation et diminuerait l'effet redondance des supports.

En tout état de cause, développer la conciliation médicamenteuse reste un objectif attendu par les tutelles. Les indicateurs du CAQES en sont la preuve. Il faut donc approfondir ces réflexions, et les remonter au niveau institutionnel pour parfaire le modèle initial, le mettre en œuvre progressivement dans les autres services, et développer au sujet de la conciliation médicamenteuse une véritable politique et un plan d'action identifié et porté par les instances.

IV. La conciliation médicamenteuse de sortie

IV.1. Définition et objectifs

En miroir de la conciliation d'entrée, la conciliation médicamenteuse de sortie étudie le traitement du patient à sa sortie et celui qu'il prenait avant son entrée et met en lumière les modifications apportées.

Afin de sécuriser la prise en charge médicamenteuse, ses objectifs sont d'assurer la continuité du traitement une fois le patient sorti et de prévenir la iatrogénie médicamenteuse en transmettant aux professionnels de ville une information validée.

L'information est ainsi transmise (1) :

- Au patient, afin de favoriser son adhérence et son observance à son traitement médicamenteux. Il doit connaître les raisons des changements décidés par le prescripteur.
- Au pharmacien d'officine, pour organiser et garantir un bon approvisionnement du traitement et optimiser l'acte de dispensation.
- Au médecin traitant, de façon à ce qu'il puisse prendre en compte les modifications apportées au traitement pendant l'hospitalisation lors de la rédaction de ses futures prescriptions.
- A l'établissement de santé relais, en cas de transfert du patient pour que sur la nouvelle prescription soient intégrées les modifications apportées au traitement.

IV.2. Les étapes de réalisation

La conciliation des traitements de sortie est réalisée en cinq étapes (1) :

- Recueil des informations sur les traitements médicamenteux à l'admission, en cours d'hospitalisation et à la sortie du patient, si la conciliation d'entrée n'a pas été réalisée, ou utilisation du BMO.
- Identification des divergences entre le traitement médicamenteux avant hospitalisation et celui de la sortie du patient.
- Echanges avec le prescripteur hospitalier pour valider ces divergences sur l'ordonnance de sortie ou les corriger
- Rédaction d'une synthèse commentée des informations recueillies sur le document de conciliation de sortie.
- Transmission sécurisée des informations concernant la prise en charge médicamenteuse globale du patient aux professionnels de santé. Ces informations seront aussi transmises au patient, au cours d'un échange avec le pharmacien hospitalier si ses capacités cognitives et son état le permettent.

Dans la phase pilote de l'étude, si la priorité a été donnée à la conciliation d'entrée, 20 conciliations de sortie ont été réalisées. Il faut noter que tous ces patients avaient bénéficié d'une conciliation d'entrée. Pour ce faire, nous avons utilisé comme outil le volet médicamenteux de lettre de liaison à la sortie (annexe 7). D'autres documents sont également utilisés :

- Le BMO pour les patients qui ont pu bénéficier de la conciliation lors de leur admission et pour les autres la liste des médicaments qu'ils prenaient avant leur hospitalisation
- L'ordonnance de sortie du patient
- L'accès au DPI Cariatides®

Au CH Esquirol, tous les médicaments d'une même classe thérapeutique ne sont pas référencés. Le livret thérapeutique récapitule l'ensemble des spécialités en marché sur l'hôpital. Aussi, lors de la rédaction de la première ordonnance des équivalents sont prescrits. Par exemple, si le patient prend du Pantoprazole à domicile, à l'hôpital il lui sera prescrit du Lansoprazole, un autre inhibiteur de la pompe à protons. Un autre exemple concerne le patient qui prend à domicile un médicament pour l'hypertension artérielle contenant une association de deux principes actifs. A l'hôpital, cette spécialité n'est pas référencée aussi il lui sera prescrit deux spécialités contenant chacune un principe actif de l'association non référencée.

Au moment de la sortie du patient, si le traitement est toujours d'actualité, la conciliation médicamenteuse permet de s'assurer que le médicament prescrit sur l'ordonnance de sortie est bien celui que le patient prenait à son domicile, ceci afin de respecter ses habitudes ou d'être plus pratique (une spécialité au lieu de deux).

Ensuite, l'ensemble des informations sont organisées dans le volet médicamenteux de lettre de liaison à la sortie. Avec ce document, le pharmacien va s'entretenir avec le patient pour lui expliquer les changements qui ont été effectués dans son traitement, et dispenser les éventuels conseils qui y sont associés.

VOLET MÉDICAMENTEUX DE LA LETTRE DE LIAISON À LA SORTIE

Séjour hospitalier : du 12, 05, 19 au 26, 07, 19

NOM (de naissance) : NOM (marital) : X Prénom(s) : Y Sexe : F Date de naissance : 12, 07, 1945 IPP :	Motif d'hospitalisation : Synchisme aux x.o.-dépresseurs	Nom du médecin hospitalier : DR Z Nom du service hospitalier : Téléphone : Nom du pharmacien hospitalier : DR A Téléphone pharmacie hospitalière :	Médecin traitant : DR B Pharmacien d'officine : DR C IDE domicile : IDE D
---	--	--	--

Traitement médicamenteux pris avant hospitalisation ou bilan médicamenteux			Traitement médicamenteux à la sortie		Commentaires <small>(motif de changement entre bilan médicamenteux et traitement de sortie, côté thérapeutique et surveillance associée, durée de traitement calculée à partir de la date de rédaction du traitement de sortie)</small>
Nom/dosage/forme	Posologie	Devenir du traitement	Nom/dosage/forme	Posologie	
Pantoprazole 20mg	1 le soir	Modifié	Lansoprazole 15mg	1 le soir	Médicament repris à l'initiation par prescript pour les besoins du patient
Venlafaxine LP 37,5mg	1 le matin	Modifié	Venlafaxine LP 75mg	1 le matin	
Seresta 10mg	si besoin 1/2 - 1/2 - 1/2	poursuivi	Seresta 10mg	si besoin 1/2 - 1/2 - 1/2	
Amlodipine 5mg	1 le matin	poursuivi	Amlodipine 5mg	1 le matin	
Atorvastatine 10mg	1 le soir	poursuivi	Atorvastatine 10mg	1 le soir	Majoration des troubles dépressifs
		Ajouté	Mirtazapine 15mg	1 le soir	
		Ajouté	théralène gouttes buv	10 au coucher si besoin	

Date : 25/07/19

Validation

pharmacien

Figure 14 : Exemple d'une conciliation de sortie

Exemple 1 : patiente de 83 ans ayant une lésion au niveau du pied. Sur son ordonnance de sortie était prescrit le traitement suivant :

- 1 bain de pied par jour
- 1 application d'acide fucidique par jour
- 1 application de Dakin® par jour

Les conseils suivants lui ont été dispensés :

- Tout d'abord réaliser un bain de pied avec la solution de Dakin®
- Puis bien sécher le pied après le bain
- Appliquer ensuite l'acide fucidique sur la lésion et laisser pénétrer à l'air libre
- Bien se laver les mains
- Port de chaussettes en coton
- Changement quotidien de chaussettes
- Ne pas porter de chaussures trop serrées

La patiente, qui gérait elle-même son traitement, était satisfaite des explications qui lui avaient été données.

Exemple 2 : Patiente de 83 ans hospitalisée pour syndrome anxio-dépressif qui suivait à domicile un traitement à base de dopamine (Modopar®). Au cours de son hospitalisation, son état clinique s'est amélioré et n'a plus nécessité la poursuite de la dopathérapie. L'ordonnance de sortie comportait donc des divergences avec le traitement initial de la patiente et ces divergences ont donc été validées par le médecin.

Exemple 3 : Patiente de 73 ans hospitalisée pour dépression dont l'ordonnance de sortie a été réalisée vingt quatre heures avant sa sortie. Cependant, la patiente a développé entre temps une cystite nécessitant la mise en place d'un traitement antibiotique qui devait être poursuivi au-delà de sa sortie. Ce traitement n'apparaissait pas sur l'ordonnance de sortie. Cette erreur a été détectée lors de la conciliation de sortie et a pu être corrigée.

Pour finaliser la conciliation, un exemplaire du document rédigé est remis au patient, un autre envoyé à son médecin traitant, un troisième est destiné au pharmacien d'officine et le dernier est archivé dans le dossier du patient à l'hôpital.

Au final, 20 patients ont pu bénéficier de la conciliation des traitements de sortie. Tous ont été satisfaits qu'un regard critique ait été porté sur leur traitement de sortie et d'avoir pu obtenir un commentaire sur l'évolution de leur traitement au cours de leur hospitalisation. Il est à noter que cette satisfaction a été plus importante pour les patients gérant eux-mêmes leurs médicaments, ces explications ayant contribué à diminuer leur appréhension de la sortie de l'hôpital. (Voir annexe 10 et 11)

IV.3. Les plus-values

De mon expérience sur le terrain, la conciliation de sortie présente de nombreux points positifs :

- Le prescripteur de l'ordonnance de sortie juge positif qu'un pharmacien ait un regard critique sur le traitement de sortie du patient et sécurise la prise en charge médicamenteuse lors du retour à domicile du patient
- Le patient apprécie de connaître les changements effectués dans son traitement et leurs motivations. Les proches du patient sont aussi satisfaits du moment privilégié accordé au patient et les explications sur le traitement concourent à une meilleure observance
- La conciliation de sortie joue pleinement son rôle dans la continuité du parcours de soins, elle contribue au partage d'informations avec les professionnels de ville et est un lien privilégié avec le pharmacien d'officine diminuant ainsi le risque de rupture de traitement

IV.4. Les freins à la conciliation médicamenteuse de sortie

Tout comme pour l'entrée, la conciliation des traitements médicamenteux de sortie d'un patient est une mission très chronophage. Le recueil des informations sur le traitement de sortie, la comparaison de ce traitement avec les données du BMO, l'échange avec le médecin et l'entretien avec le patient nécessitent un certain temps.

Pourtant dans notre étude nous avons gagné du temps, les patients qui ont été vus en conciliation de sortie sont ceux qui ont été déjà vus lors de leur admission au sein de l'unité. De ce fait, nous disposons déjà des informations sur le patient et son traitement à domicile et nous avons pu ainsi rapidement croiser ces informations avec celles sur sa sortie et repérer d'éventuelles divergences. Donc les patients qui n'ont pas été vus en conciliation d'entrée ne sont pas vus en conciliation de sortie.

IV.5. Les perspectives d'amélioration

Comme pour la conciliation d'entrée, le développement de la conciliation de sortie implique des choix stratégiques :

- Former plus de personnel hospitalier à la conciliation des traitements médicamenteux
- Appliquer la conciliation de sortie à tous les patients, même ceux qui n'ont pas bénéficié de la conciliation d'entrée. Mais est-ce possible ?
- Améliorer la communication entre les différents professionnels de santé dans l'hôpital et dans une démarche de parcours de soins en réseau ville-hôpital
- Etre plus rigoureux dans la transmission des informations aux différents acteurs concernés par la sortie du patient

Le schéma suivant récapitule la place de la conciliation médicamenteuse dans le parcours de soins du patient.

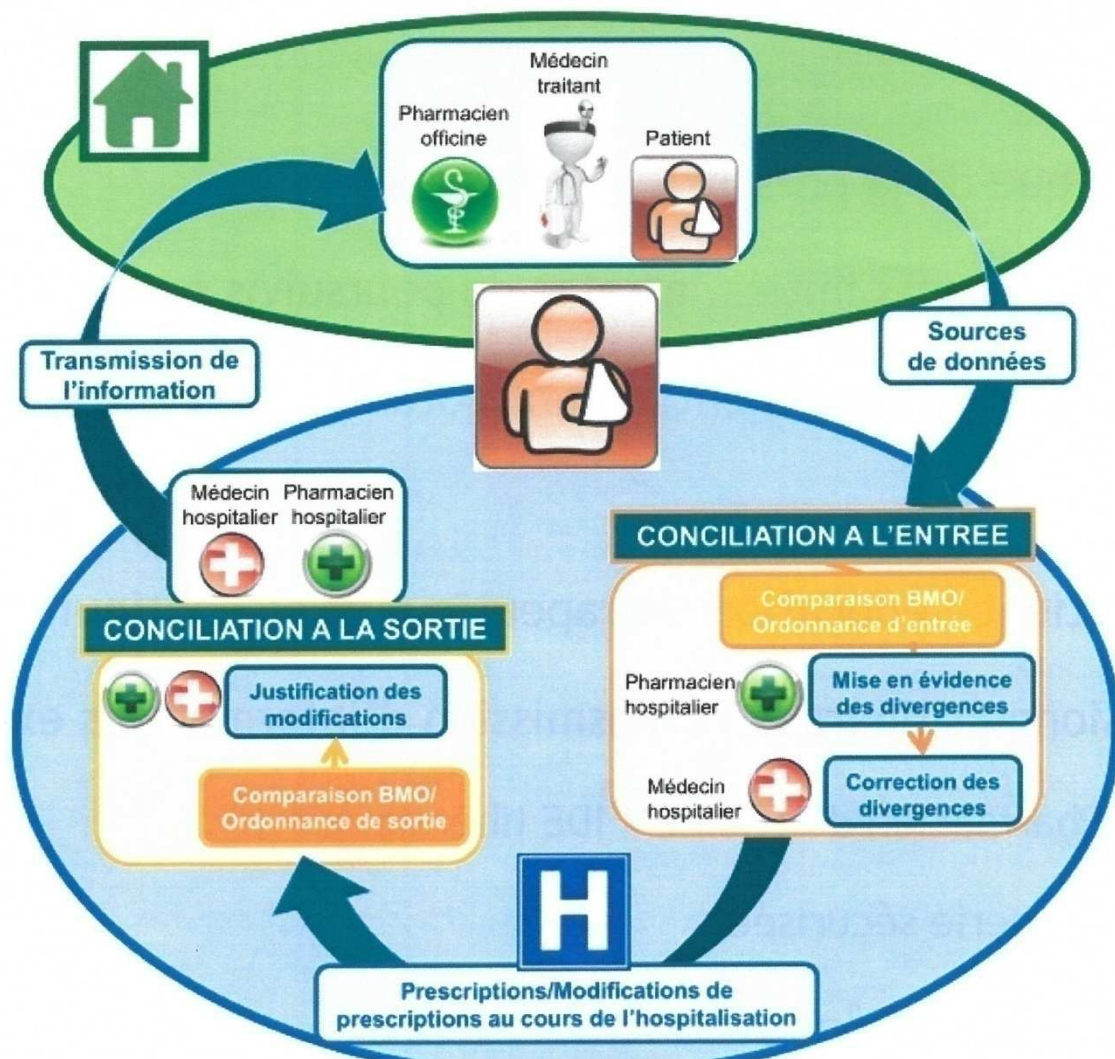


Figure 15 : La place de la conciliation dans le parcours de soins du patient

Source : Rougeot J. La conciliation des traitements médicamenteux. Diaporama présenté à la journée régionale d'information des préparateurs en pharmacie hospitalière du Limousin. 2017

V. Vers une informatisation de la conciliation médicamenteuse au sein de l'établissement ?

Si l'acte de recueil reste primordial pour l'exhaustivité et la qualité de la conciliation à l'entrée ou à la sortie du patient, sa traçabilité pourrait faire l'objet d'une informatisation.

La saisie dans les logiciels évite les difficultés liées à la relecture des écritures manuscrites et l'informatisation permet un meilleur partage des données entre les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient.

Cependant, tous les systèmes d'information des établissements de santé ne sont pas compatibles avec l'informatisation de cette démarche et les logiciels d'aide à la prescription ne sont que très peu nombreux à être adaptés à la conciliation médicamenteuse. Pour mener à bien ce projet, il serait nécessaire de faire évoluer les dossiers patients et leurs différents modules. Outre la nécessité de développement informatique, le coût est un premier frein à l'informatisation de la conciliation.

Le développement de l'informatisation ne sera pas sans retentissement puisque de nouvelles erreurs pourront faire leur apparition (16) :

- Insuffisance de formation des utilisateurs.
- Erreurs de saisie des informations dans le dossier patient (erreurs de dossier, erreurs dans l'historique médicamenteux, etc.)
- Manque de réactivité dans la correction des bugs, des problèmes de paramétrage, etc du fournisseur du logiciel.

Il pourrait ainsi se produire des cas de la e-iatrogénie, définie comme « toute conséquence indésirable ou négative sur l'état de santé de tout acte ou mesure pratiqués ou prescrits par un professionnel habilité qui utilise les technologies de l'information en santé ». (16) La vigilance des utilisateurs de ces outils sera donc essentielle pour ne pas aller à l'encontre de l'objectif de la conciliation médicamenteuse, d'où l'apparition du terme d'« informaticovigilance ».

Au CH Esquirol, une informatisation de la conciliation imposerait un développement du DPI Cariatides®, dans un premier temps, puis une formation à l'utilisation de ces nouvelles potentialités aux professionnels de santé.

Au-delà, pourrait-on imaginer la création d'un module d'analyses, à l'entrée du patient entre le BMO et la première ordonnance, à la sortie du patient entre la prescription de ville et la prescription de sortie ? Un interfaçage sécurisé avec le DP pourrait être source de gain de temps et garantirait la continuité du traitement avec le pharmacien de ville. Et que penser du développement de l'intelligence artificielle en santé dans cette démarche ?

Conclusion

La conciliation des traitements médicamenteux est donc un processus qui permet de prévenir et de corriger les erreurs médicamenteuses pouvant être la cause de iatrogénie médicamenteuse.

Notre étude sur les premiers résultats de sa mise en place au CH Esquirol en confirme tous les intérêts.

Sa mise en place au sein des établissements de santé contribue grandement à la sécurisation du parcours de soins du patient, notamment au niveau des différents points de transition que sont l'admission et la sortie hospitalières. Comme nous en avons été témoins lors de la phase pilote, la conciliation invite aussi le patient et ses proches à se positionner comme de véritables acteurs de la prise en charge.

Pour être pleinement efficace, la conciliation médicamenteuse devrait être déployée à l'échelle d'un établissement pour tous les patients. Cependant, pour ne pas faire abstraction des contingences médico-économiques, le manque de ressources humaines imposera une priorisation des patients.

De plus, afin de renforcer son efficacité, la conciliation médicamenteuse devrait faire l'objet d'un plan de communication à grande échelle entre les différents professionnels de santé, tant en ville qu'à l'hôpital, mais aussi à destination des patients et de leur famille.

Pierre angulaire de la conciliation médicamenteuse, le pharmacien voit le renforcement de son rôle de vigilance de la prise en charge médicamenteuse, de conseil, dans une boucle incluant hôpital et ville en réseau pour une continuité des soins plus fluide et un meilleur service au patient. En hospitalier comme en officine, le métier de pharmacien s'inscrit pleinement dans la coopération interprofessionnelle. En tant que future pharmacienne d'officine, je me retrouve impliquée dans la conciliation d'entrée comme celle de sortie. Il me semble important pour l'avenir de continuer à développer le lien entre la ville et l'hôpital afin de pouvoir continuer à assurer des prestations de qualité tout en étant en sécurité. Peut-être ce métier verra-t-il l'avènement de l'intelligence artificielle l'épauler dans ses nouvelles missions sans cesse en évolution.

L'avenir nous le dira ...

Références bibliographiques

- (1) **Pierron E.** *Thèse : « La conciliation des traitements médicamenteux, une innovation dans les pratiques professionnelles : de l'implantation à l'évaluation de l'impact clinique ».* 2014
http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA_T_2014_PIERRON_EMILIE.pdf
- (2) **Haute Autorité de la Santé (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.* 2015
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-11/rapport_dexpermentation_sur_la_mise_en_oeuvre_conciliation_des_traitements_medicamenteux_par_9_es.pdf
- (3) **Ministère des Solidarités et de la Santé.** *Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins.* 2004 et 2009
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/l-enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-lies-aux-soins-eneis>. En ligne en 2010
- (4) **Observatoire du Médicament, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (OMEDIT) d'Île De France.** *Conciliation médicamenteuse.* 2016
<http://www.omedit-idf.fr/qualite-securite/parcours-du-patient/conciliation-medicamenteuse-2/>
- (5) **Rougeot J.** *La conciliation des traitements médicamenteux.* Diaporama présenté à la journée régionale d'information des préparateurs en pharmacie hospitalière du Limousin. 2017
- (6) **Haute Autorité de la Santé (HAS).** *Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé.* 2018
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf
- (7) **Arnaud A.** *Thèse : « La conciliation médicamenteuse en psychiatrie : expérience pratique au Centre Hospitalier Gérard Marchant ».* 2016
<http://thesesante.ups-tlse.fr/1731/1/2017TOU32111.pdf>

(8) **Haute Autorité de la Santé (HAS)**. *Education thérapeutique du patient définition, finalités et organisation*. 2007

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

(9) **Ministère des Solidarités et de la Santé**. *Loi n° 2009-879 Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST)*. Publiée au Journal Officiel le 22 Juillet 2009

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

(10) **Inspection générale des Affaires sanitaires (IGAS)**. *Rapport « Le circuit du médicament à l'hôpital. »* 2011

http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Circuit_du_medicament.pdf

(11) **Ministère des Solidarités et de la Santé**. *Décret 2017-584 du 20 Avril 2017 fixant les modalités d'application du CAQES*. 2017

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034453909&categorieLien=id>

(12) **Ministère des Solidarités et de la Santé**. *Arrêté du 27 Avril 2017 relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins mentionné à l'article L.162-30-2 du code de la Sécurité Sociale*. 2017

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034453909&categorieLien=id>

(13) **Centre Hospitalier Esquirol de Limoges**. *Site internet de l'établissement*

<https://www.ch-esquirol-limoges.fr/> consulté en 2020

(14) **Ministère des Solidarités et de la Santé**. *Instruction interministérielle du 26 Juillet 2017 relative à la mise en œuvre priorisée sur la base d'une analyse des risques du CAQES*. 2017

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

(15) **Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)**. *« Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé »*. 2002

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-10/construction_et_utilisation_des_indicateurs_dans_le_domaine_de_la_sante_-_principes_generaux_guide_2002.pdf

(16) **Huynh L.** *Thèse « Informatisation de la conciliation médicamenteuse : état des lieux des pratiques actuelles et élaboration d'un cahier des charges »*. 2018

<https://www.adiph.org/ressources/documents-de-travail/medicaments/these-informatisation-conciliation>

Annexes

Annexe 1. Fiche de conciliation (HAS).....	65
Annexe 2. Feuille de recueil par source (HAS).....	66
Annexe 3. Volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie (HAS)	67
Annexe 4. Liste des médicaments à haut niveau de risque (extrait du guide de l'HAS).....	68
Annexe 5. Trame d'entretien avec le patient (CH Esquirol)	69
Annexe 6. Fiche de conciliation des traitements médicamenteux (CH Esquirol)	70
Annexe 7. Volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie (CH Esquirol).....	71
Annexe 8. Conciliation d'entrée n°1	72
Annexe 9. Conciliation d'entrée n°2	76
Annexe 10. Conciliation de sortie 1	78
Annexe 11. Conciliation de sortie n°2	81

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

NOM : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : ____ / ____ / ____
 IPP : _____

Nom du service : _____
 Numéro de chambre : _____

Médecin traitant : _____
 Infirmier à domicile : _____
 Pharmacien d'officine : _____
 EHPAD : _____

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

*Nom du conciliateur 1 - **Nom du conciliateur 2

Rapport d'expérimentation du projet MedRec – Annexe 4

Annexe 2. Feuille de recueil par source (HAS)

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

NOM : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : / / JPP : _____
 Nom du service : _____ N° de chambre : _____
 Date d'admission : / /
 Adresse : _____
 Téléphone : _____

Personne à contacter : _____
 Médecin traitant : _____
 Pharmacien d'officine : _____
 Infirmier à domicile : _____
 EHPAD : _____
 Dossier Pharmacologique : oui non

Allergies : oui non
 lesquelles : _____
 Phytothérapies : oui non
 lesquelles : _____
 Automédication : oui non
 Crèmes/pommades : oui non
 Collyres : oui non
 Injections : oui non
 Patchs : oui non

Information datee du	Patient		Pharmacien d'officine		Médecin traitant		Urgences		Ordonnance(s) avec laquelle/lesquelles le patient est admis		Médicaments rapportés lors de l'hospitalisation			
Sources d'information	Dosage	Posologie	Dosage	Posologie	Dosage	Posologie	Dosage	Posologie	Dosage	Posologie	Dosage	Posologie	Dosage	Posologie

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

Rapport d'expérimentation du projet Med'Rec – Annexe 2

Annexe 3. Volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie (HAS)

VOLET MÉDICAMENTEUX DE LA LETTRE DE LIAISON À LA SORTIE

NOM (de naissance) :
 NOM (marital) :
 Prénom(s) :
 Sexe :
 Date de naissance : / /
 Ipp :

Moiti d'hospitalisation :

Nom du médecin hospitalier :
 Nom du service hospitalier :
 Téléphone :
 Nom du pharmacien hospitalier :
 Téléphone pharmacie hospitalière :

Séjour hospitalier : du / / au / /

Médecin traitant :
 Pharmacien d'officine :
 IDE domicile :

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

Annexe 4. Liste des médicaments à haut niveau de risque (extrait du guide de l'HAS)

Erreur par omission

- Antiagrégants plaquettaires.
- Antibiotiques en traitement de longue durée.
- Antiépileptiques.
- Antituberculeux.
- Antivitamines K.
- Béta-bloquants dans IC et post-IDM.
- Digitaliques.
- Héparines.
- Immunosuppresseurs, inhibiteurs de la calcineurine.
- Insulines.
- Quinidniques.

Erreur de dose

- Antinéoplasiques per os.
- Antiagrégants plaquettaires.
- Antibiotiques en traitement de longue durée.
- Antiépileptiques.
- Antinéoplasiques per os.
- Antirétroviraux.
- Antituberculeux.
- Antivitamines K.
- Béta-bloquants dans l'Insuffisance cardiaque et post-Infarctus du myocarde.
- Biguanides.
- Digitaliques.
- Héparines.
- Immunosuppresseurs, inhibiteurs de la calcineurine.
- Insulines.
- Opioïdes morphiniques.
- Potassium per os.
- Quinidniques.
- Sulfamides hypoglycémiants et glinides.

Annexe 5. Trame d'entretien avec le patient (CH Esquirol)

<p>N° de séjour : _____</p> <p>Nom : _____</p> <p>Date naissance : _____</p> <p>Lieu de vie : <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> EHPAD _____</p> <p>Mode d'entrée : _____</p> <p>Motif d'hospitalisation : _____</p> <p>Antécédents médicaux : _____</p> <p>Antécédents chirurgicaux : _____</p> <p>Allergies / Intolérances : <input type="checkbox"/> OUI (Médicamenteuse / Alimentaire / Environnementale) _____ <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Port de DMI ? : <input type="checkbox"/> OUI : Lequel ? _____ <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NR</p> <p>Port de stent ? : <input type="checkbox"/> OUI : Nature : _____ Date de pose : _____ Etablissement poseur : _____ <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NR</p>	<p>N° d'identification : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F</p> <p>Entrée le : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Foyer logement _____</p> <p>Suspicion cause iatrogène ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NR</p>	<p style="text-align: center;">Etiquette patient</p>
<p>Gestion du traitement ? <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Tiers : _____</p> <p>Apport d'ordonnances de médicaments ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Usage externe (exemples : gouttes dans les yeux, dans les oreilles, crèmes, patchs) : <input type="checkbox"/> OUI _____ <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NR</p> <p>A fréquence particulière (exemples : 1 fois par semaine, 1 fois par mois, 5 jours sur 7...) ? <input type="checkbox"/> OUI _____ <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NR</p> <p>Phytothérapie : <input type="checkbox"/> OUI _____ <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NR</p> <p>Automédication : <input type="checkbox"/> OUI _____ <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NR</p> <p>Traitement antibiotique < 3 mois ? <input type="checkbox"/> OUI _____ <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Connaissance des traitements habituels ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON pour certains <input type="checkbox"/> NON pour aucun</p>	<p>Apport de médicaments habituels ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Poids : _____ kg Taille : _____ cm</p> <p>Clairance rénale : _____ Date : _____</p> <p>Autre : _____ Date : _____</p> <p>_____ Date : _____</p>	<p>Date : _____</p> <p>Personne : _____</p> <p>Pharmacie :</p> <p>Nom _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>Médecin traitant :</p> <p>Nom _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>Médecins spécialistes :</p> <p>Nom _____</p> <p>Adresse _____</p>
<p>Observance – Questionnaire de Morisky MMAS-4 OUI = 0 ; NON = 1</p> <p>Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre traitement ? _____ /1</p> <p>Avez-vous du mal à vous rappeler de prendre votre traitement ? _____ /1</p> <p>Quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter de prendre votre traitement ? _____ /1</p> <p>Si vous vous sentez moins bien lorsque vous prenez votre traitement, arrêtez-vous parfois de le prendre ? _____ /1</p> <p>TOTAL _____ /4</p>	<p>Temps recueil : _____</p> <p>Temps entretien : _____</p> <p>Temps validation BMO : _____</p> <p>Temps gestion divergences : _____</p>	<p style="text-align: center;">NOTES</p>

Annexe 6. Fiche de conciliation des traitements médicamenteux (CH Esquirol)

Logo de l'établissement

Fiche de Conciliation des Traitements Médicamenteux

NOM PRENOM Age ans

Service :
 Poids :kg Taille :cm Surface corporelle :m²
 Allergie connue: Oui ou Non Si oui, nature:
 Admission le ... / ... / ... Dernière clairance de la créatinine:ml/min le __/__/20__

Entrée du Patient

BMO Bilan Médicamenteux Optimisé réalisé le: / / délai: <24h ou 24-48h ou > 48h par	Statut arrêté, suspendu, modifié, poursuivi, ajouté, substitué	OMA Ordonnance des Médicaments à l'Admission réalisée le: / / par	Divergence	Divergence Intentionnelle Documentée (DID) Divergence Intentionnelle Non Documentée (DIND) Divergence Non Intentionnelle (DNI)	Classement des DNI: 1 - Omission 2 - Erreur DCI 3 - Erreur Posologie 4 - Erreur Dosage 5 - Erreur Pharmacologie 6 - Jour 7 - Heure	Commentaires

Nb de lignes du BMO : Temps passé: Nb de lignes d'OMA: Temps passé: Nb DNI: Nb DI: Nb DID: Nb DIND: Validation médicale: Validation pharmaceutique:

Annexe 7. Volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie (CH Esquirol)

VOLET MÉDICAMENTEUX DE LA LETTRE DE LIAISON À LA SORTIE

Séjour hospitalier : du / / au / /

NOM (de naissance) : _____
 NOM (marital) : _____
 Prénom(s) : _____
 Sexe : _____
 Date de naissance : / /
 IPP : _____

Motif d'hospitalisation : _____

Nom du médecin hospitalier : _____
 Nom du service hospitalier : _____
 Téléphone : _____
 Nom du pharmacien hospitalier : _____
 Téléphone pharmacie hospitalière : _____

Médecin traitant : _____
 Pharmacien d'officine : _____
 IDE domicile : _____

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

Date : _____
 Validation (nom, fonction, signature)

Annexe 8. Conciliation d'entrée n°1

Logo de l'établissement	Fiche de Conciliation des Traitements Médicamenteux	NOM	PRENOM	Age							
BMO Bilan Médicamenteux Optimisé réalisé le: 1/11/2019 délai: <24h ou 24-48h ou >48h par: [Signature]	Mat/dosage/forme (DOJ) *Si prescription d'un générique : nom du laboratoire	Pharmacologie	Statut corré, ajout, modification, arrêt, substitué	Admission le 3/12/19 Service: ST14 Poids: 64,9kg Taille: 175cm Allergie connue: Oui ou Non Si oui, nature: Dernière clairance de la créatinine: 29 ml/min le 11/12/2019	Chambre: 6 Surface corporelle:m² Age: 75 ans						
						Bisoga 1125 mg	1125	anté	DNI	Omission	nécessité par l'intensité
						Lin-tan 10/10	10/10	anté	DSD		
						Relaxore 3ca315	3ca315	anté	DID		
						Tromilep 205	205	anté	DID		
						Eductyl syro	51	post	DNI		Erreur médicamenteuse
						Imreicure 100	100	sub	DNI		
						Esoxx one	1x41	post	DID		
						Nohium cp	1-1-1	anté	DNI		nécessité par
						vite 500 mg	11	anté	DSD		nécessité par
Lexonil 6mg	119, 114, 114	anté									
Nitabarine 15 mg/dj	2 en post	post	DNI								
		Ajout	DSD								
Nb de lignes du BMO:		Nb de lignes d'OMA:		Nb DNI:		Nb DI:		Nb DID:		Nb DIND:	

Validation médicale: [Signature]

Validation pharmaceutique: [Signature]

75 ans

[Signature] **OMEDI**

Bilan Médicamenteux Ophtalmique
réalisé le: 7/1/20
détail <24h ou 24-48h ou >48h
par .

Bilans Médicamenteux Ophtalmiques

Matériau(s) de la forme (DCI)
Si prescription d'un générique: nom du laboratoire

Fiche de Conconciliation des Traitements Médicamenteux

Logo de l'établissement

Entrée du Patient

NOM: PRENOM:
Service: SICA Chambre: 46
Age: 75 ans
Poids: 64 kg Taille: 1.75 cm Surface corporelle: m²
Allergie connue: Oui ou Non Si oui, nature:
Admission le 16/1/20
Dernière clairance de la créatinine: 25 ml/min le 21/12/2019

Système musculo-squelettique neurologique ophtalmique	OPMA	OPMA	OPMA	OPMA	Diversité internationale Associations OPMA OPMA OPMA OPMA	Classement des DNM: 1. Outil 2. Brève SCR 3. Brève BCR 4. Brève SDR 5. Brève SDR 6. Brève SDR 7. Autre	Commentaires
Agouti	Noviel	1.1.1	OSD				
Agouti	gesion long ADH		OSD				
Agouti	repilone 1,5mg/5ml		OSD				

Nb de lignes du BMO: 8 Temps passé:
Nb de lignes d'OMA: 8 Temps passé:
Nb DNI: 3 Nb DI: 8 Nb DID: 0 Nb DIND: 0

Validation médicale:
Validation pharmaceutique:
OMEDI

N° d'identification :
 Service : STCA
 Prénom : [REDACTED]
 Chambre : 6
 Date naissance : 27/08/1944 Sexe : H F
 Entrée le : 21/12
 Lieu de vie : Domicile EHPAD
 Foyer logement
 20/12/2019
 ESO
 75 M
 27/08/1944
 8186
 Barcode
 Mode d'entrée : TS due à des douleurs
 Suspicion cause iatrogène ? OUI NON NR
 Antécédents médicaux : douleurs permanentes
 Antécédents chirurgicaux : hernie bilatérale ostéites au genou et arthrose NON
 Allergies / intolérances : OUI (Médicamenteuse / Alimentaire / Environnementale)
 Port de DMI ? OUI : Lequel ? [REDACTED] NON NR
 Date de pose : [REDACTED] Etablissement poseur : [REDACTED] NON NR
 Port de stent ? OUI : Nature : [REDACTED] NON NR
 Traitement médicamenteux :
 Gestion du traitement ? Autonome Tiers : [REDACTED]
 Apport d'ordonnances de médicaments ? OUI NON
 Apport de médicaments habituels ? OUI NON
 Usage externe (exemples : gouttes dans les yeux, dans les oreilles, crèmes, patches) : OUI NON NR
 A fréquence particulière (exemples : 1 fois par semaine, 1 fois par mois, 5 jours sur 7...) ? OUI NON NR
 Phytothérapie : OUI [REDACTED] NON NR
 Automédication : OUI Essoxil, Gaviscon NON NR
 Traitement antibiotique < 3 mois ? OUI NON
 Connaissance des traitements habituels ? OUI NON pour certains NON pour aucun
Observance – Questionnaire de Morisky MMAS-4 OUI = 0 ; NON = 1
 Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre traitement ? 1/1
 Avez-vous du mal à vous rappeler de prendre votre traitement ? 1/1
 Quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter de prendre votre traitement ? 1/1
 Si vous vous sentez moins bien lorsque vous prenez votre traitement, arrêtez-vous parfois de le prendre ? 1/4
TOTAL
 Date : 21/12/2019
 Personne : [REDACTED]
 Pharmacie : Phie [REDACTED]
 Adresse : [REDACTED]
 05-55-[REDACTED]
 Médecin traitant : [REDACTED]
 Nom : [REDACTED]
 Adresse : [REDACTED]
 05-55-[REDACTED]
 Médicins spécialistes : [REDACTED]
 Nom : [REDACTED]
 Adresse : [REDACTED]
 05-55-[REDACTED]
 Spécialité : [REDACTED]
 Temps recueil : [REDACTED]
 Temps entretien : [REDACTED]
 Temps validation BMO : [REDACTED]
 Temps gestion divergences : [REDACTED]
NOTES
[REDACTED]

Patient : ██████████ HC JM LEGER A Site j m leger / 1 ██████████ SL : Né(e) le : 27-08-1944 (75 ans) Sexe : M

Recherches > Historique des ordonnances

Consultation de l'ordonnance n° ██████████ du 20-12-2019

Observation :

Médicament	Unité	i	8	12	16	18	22	C	Arrêt
Bitartrate de Potassium 1,15 g + Bicarbonate de Sodium 0,7 g suppositoire adulte (EDUCTYL ADULTES SUPPOSITOIRE)	sup	(1)	-	-	-	-	-	-	
Lactulose 10 g/(15.mL) solution voie orale (DUPHALAC 10G/15ML SOL BUVABLE SACHET (remplace LACTULOSE 10G/15ML SOL BUV))	sach	-	1	(1)	-	(1)	-	-	
Lansoprazole 30 mg comprimé orodispersible (LANSOPRAZOLE 30MG CPR ORODISPERSIBLE (remplace PANTOPRAZOLE 40MG CPR))	cpr	-	1	1	-	-	-	-	23/12/2019 09:41
Macrogol 3350 13,125 g + Electrolytes (sodium, potassium) poudre voie orale (MOVICOL POUDRE ORALE SACHET 13G (remplace TRANSIPEG 5,9G PDR ORALE SACHET))	sach	-	1	1	-	1	-	-	30/12/2019 11:05
Mirtazapine 15 mg comprimé orodispersible (MIRTAZAPINE 15MG CPR DISPERSIBLE)	cpr	-	-	-	-	-	-	2	
Oxazepam 10 mg comprimé (SERESTA 10MG CPR)	cpr	-	1	(1)	(1)	-	-	1	23/12/2019 11:56
Zopiclone 3,75 mg comprimé (IMOVANE 3,75MG CPR)	cpr	-	-	-	-	-	-	(1)	23/12/2019 11:57
<input type="checkbox"/> TXT eso xx one	sach	-	1	1	-	1	(1)	-	

Annexe 9. Conciliation d'entrée n°2

Logo de l'établissement		Fiche de Conciliation des Traitements Médicamenteux		NOM		PRENOM		Age						
Entrée du Patient		Admission le 14/12/19		Service : SNUA		Chambre : 8		Age : 65 ans						
		Allergie connue: Oui ou Non		Taille: 164 cm		Surface corporelle: 1.7 m²								
		Dernière clairance de la créatinine: 39 ml/min le 15/12/2019												
BMO Bilan Médicamenteux Opéré réalisé le: 1/1/20 délai: <24h ou 24-48h ou >48h par [redacted]	Mat/dosage/forme (DCI) si prescription d'un générique : nom du laboratoire	Spécialité en 1 ^{er} , 2 ^e , 3 ^e , 4 ^e , 5 ^e , 6 ^e , 7 ^e , 8 ^e , 9 ^e , 10 ^e , 11 ^e , 12 ^e , 13 ^e , 14 ^e , 15 ^e , 16 ^e , 17 ^e , 18 ^e , 19 ^e , 20 ^e , 21 ^e , 22 ^e , 23 ^e , 24 ^e , 25 ^e , 26 ^e , 27 ^e , 28 ^e , 29 ^e , 30 ^e , 31 ^e , 32 ^e , 33 ^e , 34 ^e , 35 ^e , 36 ^e , 37 ^e , 38 ^e , 39 ^e , 40 ^e , 41 ^e , 42 ^e , 43 ^e , 44 ^e , 45 ^e , 46 ^e , 47 ^e , 48 ^e , 49 ^e , 50 ^e , 51 ^e , 52 ^e , 53 ^e , 54 ^e , 55 ^e , 56 ^e , 57 ^e , 58 ^e , 59 ^e , 60 ^e , 61 ^e , 62 ^e , 63 ^e , 64 ^e , 65 ^e , 66 ^e , 67 ^e , 68 ^e , 69 ^e , 70 ^e , 71 ^e , 72 ^e , 73 ^e , 74 ^e , 75 ^e , 76 ^e , 77 ^e , 78 ^e , 79 ^e , 80 ^e , 81 ^e , 82 ^e , 83 ^e , 84 ^e , 85 ^e , 86 ^e , 87 ^e , 88 ^e , 89 ^e , 90 ^e , 91 ^e , 92 ^e , 93 ^e , 94 ^e , 95 ^e , 96 ^e , 97 ^e , 98 ^e , 99 ^e , 100 ^e	Drogues/Handicaps 1. Opiacés 2. Benzodiazépines 3. Antidépresseurs 4. Antipsychotiques 5. Anticoagulants 6. Antidiabétiques 7. Anticholinergiques 8. Anticholinergiques 9. Anticholinergiques 10. Anticholinergiques	Classement des DNI 1. Opiacés 2. Benzodiazépines 3. Antidépresseurs 4. Antipsychotiques 5. Anticoagulants 6. Antidiabétiques 7. Anticholinergiques	Commentaires	Psychologue	anté							
						Zyrima D 80 000	1 amp anté				DNI	1		ven 1.8a 16/12
						Verlofoxime 4/15	2-0-1 modifié	Verlofoxime 1mg	2-1-0		DID			
						Verlofoxime 4/15	0-0-1 anté				DID			
						clomiprine 5mg	1-0-0-1 pour suivi	clomiprine 5mg	1-0-0-1					
						lanotigine 100mg	1-0-1 pour suivi	lanotigine 100mg	1-0-1					
						Tamoxifène 1mg	1-0-1 modifié	Tamoxifène 1mg	1-1-1-1		DID			
						cefixime 150mg	1-0-1 anté				DID			
						Levothyrox 25mg	1-0-1 anté				DNI	1		TSN bonne niveau de 16/12
						propofol 100mg	1-0-1 anté				DNI			

Nb de lignes du BMO : 3 Temps passé: Nb de lignes d'OMA : 4 Temps passé: Nb DNI: 3 Nb DI: 4 Nb DID: 4 Nb DIND: 0

Validation médicale: [Signature] Validation pharmaceutique: [Signature]

OMEDIT

Patient : ██████████ HC JM LEGER A Site j m leger /1 ████████ SL Né(e) le : 25-10-1954 (65 ans) Sexe : F

Recherches > Historique des ordonnances

Consultation de l'ordonnance n° ██████████ du 07-12-2019

Observation :

Médicament	Unité	8	18	C	Arrêt
Lamotrigine 100 mg comprimé (LAMOTRIGINE 100MG CPR DISPERSIBLE)	cpr	1	1	-	
Lorazépam 1 mg comprimé (TEMESTA 1MG CPR)	cpr	0,50	0,50	0,50	
Olanzapine 5 mg comprimé orodispersible (OLANZAPINE 5MG CPR ORODISPERSIBLE)	cpr	1	-	1	
Venlafaxine 75 mg gélule à libération prolongée (VENLAFAXINE LP 75MG GELULE)	gel	2	1	-	

VOLET MÉDICAMENTEUX DE LA LETTRE DE LIAISON À LA SORTIE

③

Séjour hospitalier : du 31/05/19 au 17/06/19

NOM (de naissance) : [redacted]
 NOM (marital) : [redacted]
 Prénom(s) : [redacted]
 Sexe : F
 Date de naissance : 19/05/1950
 I.P.P. :

Moif d'hospitalisation :

Nom du médecin hospitalier : Dr [redacted]
 Nom du service hospitalier : JNCA
 Téléphone : [redacted]
 Nom du pharmacien hospitalier : [redacted]
 Téléphone pharmacie hospitalière :

Médecin traitant : Dr [redacted]
 Pharmacien d'officine : Ph. de la [redacted]
 IDE domicile :

Traitement médicamenteux pris avant hospitalisation ou bilan médicamenteux			Traitement médicamenteux à la sortie			Commentaires <small>(motif de changement entre bilan médicamenteux et traitement de sortie, cible thérapeutique et surveillance associée, durée de traitement calculée à partir de la date de rédaction du traitement de sortie)</small>
Nom/dosage/forme	Posologie	Devenir du traitement	Nom/dosage/forme	Posologie		
Lamotrigine 200mg	1/1	modifié	Lamotrigine 200mg	1/1		
unbonyl 400mg	1/2/1	arrête				
Atarax 25mg	1/2/1	arrête				
Propofol 140mg	1/2/1	pour suivi	Propofol 140mg	1/1/1		
		visués	Daliprone 200mg	1/1 si besoin	en cas de douleurs	
		visués	Thiendène 200	5 goutes au coucher		
		visués	Nicotine 60mg	1 au coucher		
		visués	Ruhygine 50mg	par couche		
		visués	Deska 400mg	1/1 si besoin		

Date : [redacted]
 Validation (nom, fonction, signature) : [redacted]

Centre Hospitalier Esquirol test

LIMOGES CEDEX, le 16/12/2019

POLE UNIVERSITAIRE PSY ADULTE ET PERSONNE AGEE
HC JM LEGER A (ANXIETE DEPRESSION RISQUE SUICIDAIRE)

15 rue du Docteur Marcland
87025 LIMOGES CEDEX

Mme

69 ans

Secrétariat d IONNE AGEE

Tél. : - Fax :

GELULE IVOIRE 3 gelule si besoin

Voie : orale

Lamotrigine 100 mg comprimé 1 comprimé à 8h
(LAMOTRIGINE 100MG CPR
DISPERSIBLE)

Voie : orale

Paracétamol 1000 mg comprimé 4 comprimé si besoin
(DOLIPRANE 1G CPR (remplace
DAFALGAN 1G CPR))

Voie : orale
ATTENDRE 6H ENTRE CHAQUE PRISE

Miansérine 60 mg comprimé 1 comprimé au coucher
(MIANSERINE 60MG CPR)

Voie : orale

**Alimémazine 40 mg/mL solution voie
orale** 5 gouttes au coucher
(THERALENE 4% SOL BUVABLE
FLACON 30ML)

Voie : orale buvable

Propranolol 40 mg comprimé 0,50 comprimé à 8h
(PROPRANOLOL 40MG CPR (remplace
AVLOCARDYL 40MG CPR))

Voie : orale

Centre Hospitalier Esquirol test

LIMOGES CEDEX, le 16/12/2019

POLE UNIVERSITAIRE PSY ADULTE ET PERSONNE AGEE

HC JM LEGER A (ANXIETE DEPRESSION RISQUE SUICIDAIRE)

15 rue du Docteur Marcland
87025 LIMOGES CEDEX

Mme

69 ans

Secrétariat du secteur F200 - F200 HC PERSONNE AGEE

Tél. : - Fax : 05 55 43 11 48

Quétiapine 50 mg comprimé à libération prolongée 2 comprimé au coucher
(QUETIAPINE LP 50MG CPR (remplace
XEROQUEL LP 50MG CPR))

Voie : orale

Oxazépam 10 mg comprimé 1 comprimé si besoin
(SERESTA 10MG CPR)

Voie : orale
SI ANGOISSE
POSSIBILITE 0.5CP EN DEUX FOIS OU 1CP EN UNE PRISE

Annexe 11. Conciliation de sortie n°2

VOLET MÉDICAMENTEUX DE LA LETTRE DE LIAISON À LA SORTIE

NOM (de naissance) : ██████████
 NOM (mariatal) : ██████████
 Prénom(s) : ██████████
 Sexe : Femme
 Date de naissance : 16/05/1957
 IPP :

Motif d'hospitalisation :

Nom du médecin hospitalier : Dr ██████████
 Nom du service hospitalier : ██████████
 Téléphone : ██████████
 Nom du pharmacien hospitalier : ██████████
 Téléphone pharmacie hospitalière :

Médecin traitant : Dr ██████████
 Pharmacien d'officine : ██████████
 IDE domicile : St Julien

Ch 10
 Séjour hospitalier : du 20/11/20 au 28/11/20

Traitement médicamenteux pris avant hospitalisation ou bilan médicamenteux			Traitement médicamenteux à la sortie			Commentaires <small>(motif de changement entre bilan médicamenteux et traitement de sortie, cible thérapeutique et surveillance associées, durée de traitement calculée à partir de la date de rédaction du traitement de sortie)</small>
Nom/dosage/forme	Posologie	Dévenir du traitement	Nom/dosage/forme	Posologie		
Biscardipine 1P 50mg	1-0-1	Poursuivi				
Celiquel 200mg	1/2-0-0	Poursuivi				
Buromagnam 6mg	0-0-31	Poursuivi				
Brednison 5mg	1,5-0-0	Poursuivi	500 ^{mg}			
Cetastimone 4000	1-0-1	Modifié	Delplagan 200mg	1-0-1		
		Arrêté	Acide fusidique 2	2(1)		
		Arrêté	danocyl 400mg/ml	10g parties		
		Arrêté	Supposant 0,5 or	(1)		
		Arrêté	Dakin	(1)		

Lesion au niveau du pied
 → bande pied avec Dakin bien visible et application acide fusidique

Date : 27/11/2020
 Validation pharmacien (nom, fonction, signature) : ██████████

Patient : ██████████ HC JM LEGER A Site j m léger /1 ██████████ SL Né(e) le : 16-09-1937 (82 ans) Sexe : F

Recherches > Historique des prescriptions

Consultation de l'ordonnance n° ██████████ du 25-01-2020

Observation :

Médicament	Unité	i	8	18	C	Arrêt
Acide fusidique 2 % crème (FUCIDINE 2% CREME TUBE 15G)	appl	(1)	-	-	-	
Amitriptyline 40 mg/mL solution voie orale (LAROXYL 40MG/ML SOL BUVALE FLACON 20ML)	gtte	-	-	-	10	
Bromazépam 6 mg comprimé (BROMAZEPAM 6MG CPR)	cpr	-	-	-	0,75	
<input type="checkbox"/> ML Bétaméthasone 50 mg / (100.g) crème (DIPROSONE 0,05% CREME TUBE 30G)	appl	(1)	-	-	-	
Cétilprolol 200 mg comprimé (CELIPROLOL 200MG CPR)	cpr	-	0,50	-	-	
Hypochlorite solution cutanée (DAKIN STABILISE SOL FLACON 60ML)	fl	(1)	-	-	-	
Nicardipine 50 mg gélule à libération prolongée (LOXEN LP 50MG GELULE)	gel	-	1	1	-	
Paracétamol 500 mg + Codéine 30 mg comprimé effervescent (DAFALGAN CODEINE 500MG/30MG CPR EFFERVESCENT)	cpr	-	0,50	1	-	
Prednisone 5 mg comprimé (CORTANCYL 5MG CPR)	cpr	-	1,50	-	-	
<input type="checkbox"/> TXT bain de pieds	appl	1	-	-	-	

Serment De Galien

Je jure en présence de mes Maîtres de la Faculté 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, 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 les actes criminels.

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

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

La conciliation des traitements médicamenteux en psychiatrie chez la personne âgée : Mise en place et étude des premiers impacts positifs

La conciliation médicamenteuse est un outil permettant de sécuriser le parcours de soins du patient en luttant contre la iatrogénie médicamenteuse. Elle renforce également les liens entre les différents professionnels de santé.

C'est une mission du pharmacien qui reste complexe tant dans sa mise en place au sein d'un établissement que dans sa réalisation.

L'étude des premiers résultats obtenus avec 100 patients dans une unité de psychiatrie de la personne âgée a permis de démontrer sa pertinence et son intérêt au sein de cette démarche

Mots-clés : conciliation, iatrogénie, parcours de soins, coordination pluri professionnelle, psychiatrie

Reconciliation of psychiatric drug treatments in the elderly: Implementation and study of the first positive impacts

Medication reconciliation is a mechanism to secure the care provided to the patient by preventing medication iatrogeny. It also strengthens the coordination between the different health professionals.

This mission of the pharmacist remains complex both in its elaboration within the hospital and its implementation.

The study of the first results from 100 patients in a psychiatric ward for elderly patients has demonstrated the relevance and interests of this mechanism.

Keywords : medication reconciliation, iatrogeny, care pathway, multidisciplinary coordination, psychiatry

