



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Contact : [ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**UNIVERSITE DE LORRAINE**

**2014**

---

**FACULTE DE PHARMACIE DE NANCY**

**THESE :**

**LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX,  
UNE INNOVATION DANS LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES :  
DE L'IMPLANTATION A L'EVALUATION DE L'IMPACT CLINIQUE**

Présentée et soutenue publiquement à Nancy (54)

**Le 17 novembre 2014**

pour obtenir

**le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie**

par PIERRON Emilie

née le 15 décembre 1988 à Saint-Dié-des-Vosges (88)

**Membres du Jury**

Président : Mme PAULUS Francine, maitre de conférences de la faculté de pharmacie de Nancy

Directeur : M.DOERPER Sébastien, praticien hospitalier pharmacien au CH de Lunéville

Juges : M. DONY Alexandre, praticien hospitalier pharmacien au CH de Lunéville

Mme GUILLAUME Viviane, praticien hospitalier médecin au CH de Lunéville

**UNIVERSITÉ DE LORRAINE**  
**FACULTÉ DE PHARMACIE**  
**Année universitaire 2014-2015**

***DOYEN***

Francine PAULUS

***Vice-Doyen***

Francine KEDZIEREWICZ

***Directeur des Etudes***

Virginie PICHON

***Président du Conseil de la Pédagogie***

Brigitte LEININGER-MULLER

***Président de la Commission de la Recherche***

Christophe GANTZER

***Président de la Commission Prospective Facultaire***

Chantal FINANCE

***Responsable de la Cellule de Formations Continue et Individuelle***

Béatrice FAIVRE

<b><i>Responsable ERASMUS :</i></b>	Francine KEDZIEREWICZ
<b><i>Responsable de la filière Officine :</i></b>	Béatrice FAIVRE
<b><i>Responsables de la filière Industrie :</i></b>	Isabelle LARTAUD, Jean-Bernard REGNOUF de VAINS
<b><i>Responsable de la filière Hôpital :</i></b>	Béatrice DEMORE
<b><i>Responsable Pharma Plus E.N.S.I.C. :</i></b>	Jean-Bernard REGNOUF de VAINS
<b><i>Responsable Pharma Plus E.N.S.A.I.A. :</i></b>	Raphaël DUVAL

***DOYENS HONORAIRES***

Chantal FINANCE

Claude VIGNERON

***PROFESSEURS EMERITES***

Jeffrey ATKINSON

Max HENRY

Gérard SIEST

Claude VIGNERON

***PROFESSEURS HONORAIRES***

Roger BONALY

Pierre DIXNEUF

Marie-Madeleine GALTEAU

Thérèse GIRARD

Maurice HOFFMANN

Michel JACQUE

Pierre LABRUDE

Lucien LALLOZ

Pierre LECTARD

Vincent LOPPINET

Marcel MIRJOLET

Maurice PIERFITTE

Janine SCHWARTZBROD

Louis SCHWARTZBROD

***ASSISTANTS HONORAIRES***

Marie-Catherine BERTHE

Annie PAVIS

***MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES***

Monique ALBERT

Mariette BEAUD

Gérard CATAU

Jean-Claude CHEVIN

Jocelyne COLLOMB

Bernard DANGIEN

Marie-Claude FUZELLIER

Françoise HINZELIN

Marie-Hélène LIVERTOUX

Bernard MIGNOT

Jean-Louis MONAL

Blandine MOREAU

Dominique NOTTER

Christine PERDICAKIS

Marie-France POCHON

Anne ROVEL

Maria WELLMAN-ROUSSEAU

<b>ENSEIGNANTS</b>	<i>Section CNU*</i>	<i>Discipline d'enseignement</i>
<b>PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS</b>		
Danièle BENSOUSSAN-LEJZEROWICZ	82	<i>Thérapie cellulaire</i>
Chantal FINANCE	82	<i>Virologie, Immunologie</i>
Jean-Louis MERLIN	82	<i>Biologie cellulaire</i>
Alain NICOLAS	80	<i>Chimie analytique et Bromatologie</i>
Jean-Michel SIMON	81	<i>Economie de la santé, Législation pharmaceutique</i>
<b>PROFESSEURS DES UNIVERSITES</b>		
Jean-Claude BLOCK	87	<i>Santé publique</i>
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	86	<i>Pharmacologie</i>
Raphaël DUVAL	87	<i>Microbiologie clinique</i>
Béatrice FAIVRE	87	<i>Biologie cellulaire, Hématologie</i>
Luc FERRARI	86	<i>Toxicologie</i>
Pascale FRIANT-MICHEL	85	<i>Mathématiques, Physique</i>
Christophe GANTZER	87	<i>Microbiologie</i>
Frédéric JORAND	87	<i>Environnement et Santé</i>
Isabelle LARTAUD	86	<i>Pharmacologie</i>
Dominique LAURAIN-MATTAR	86	<i>Pharmacognosie</i>
Brigitte LEININGER-MULLER	87	<i>Biochimie</i>
Pierre LEROY	85	<i>Chimie physique</i>
Philippe MAINCENT	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Alain MARSURA	32	<i>Chimie organique</i>
Patrick MENU	86	<i>Physiologie</i>
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
Bertrand RIHN	87	<i>Biochimie, Biologie moléculaire</i>

**MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS  
- PRATICIENS HOSPITALIERS**

Béatrice DEMORE	81	<i>Pharmacie clinique</i>
Julien PERRIN	82	<i>Hématologie biologique</i>
Marie SOCHA	81	<i>Pharmacie clinique, thérapeutique et biotechnique</i>
Nathalie THILLY	81	<i>Santé publique</i>

**MAITRES DE CONFÉRENCES**

Sandrine BANAS	87	<i>Parasitologie</i>
Xavier BELLANGER	87	<i>Parasitologie, Mycologie médicale</i>
Emmanuelle BENOIT	86	<i>Communication et Santé</i>
Isabelle BERTRAND	87	<i>Microbiologie</i>
Michel BOISBRUN	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
François BONNEAUX	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
Ariane BOUDIER	85	<i>Chimie Physique</i>
Cédric BOURA	86	<i>Physiologie</i>
Igor CLAROT	85	<i>Chimie analytique</i>
Joël COULON	87	<i>Biochimie</i>
Sébastien DADE	85	<i>Bio-informatique</i>
Dominique DECOLIN	85	<i>Chimie analytique</i>
Roudayna DIAB	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Natacha DREUMONT	87	<i>Biochimie générale, Biochimie clinique</i>
Joël DUCOURNEAU	85	<i>Biophysique, Acoustique</i>

<b>ENSEIGNANTS (suite)</b>	<i>Section CNU*</i>	<i>Discipline d'enseignement</i>
Florence DUMARCAÏ	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
François DUPUIS	86	<i>Pharmacologie</i>
Adil FAIZ	85	<i>Biophysique, Acoustique</i>
Anthony GANDIN	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Caroline GAUCHER	85/86	<i>Chimie physique, Pharmacologie</i>
Stéphane GIBAUD	86	<i>Pharmacie clinique</i>
Thierry HUMBERT	86	<i>Chimie organique</i>
Olivier JOUBERT	86	<i>Toxicologie, Hygiène sanitaire</i>
Francine KEDZIEREWICZ	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Alexandrine LAMBERT	85	<i>Informatique, Biostatistiques</i>
Julie LEONHARD	86	<i>Droit en Santé</i>
Faten MERHI-SOUSSI	87	<i>Hématologie</i>
Christophe MERLIN	87	<i>Microbiologie</i>
Maxime MOURER	86	<i>Chimie organique</i>
Coumba NDIAYE	86	<i>Epidémiologie et Santé publique</i>
Francine PAULUS	85	<i>Informatique</i>
Caroline PERRIN-SARRADO	86	<i>Pharmacologie</i>
Virginie PICHON	85	<i>Biophysique</i>
Sophie PINEL	85	<i>Informatique en Santé (e-santé)</i>
Anne SAPIN-MINET	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Marie-Paule SAUDER	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Rosella SPINA	86	<i>Pharmacognosie</i>
Gabriel TROCKLE	86	<i>Pharmacologie</i>
Mihayl VARBANOV	87	<i>Immuno-Virologie</i>
Marie-Noëlle VAULTIER	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Emilie VELOT	86	<i>Physiologie-Physiopathologie humaines</i>
Mohamed ZAIYOU	87	<i>Biochimie et Biologie moléculaire</i>
Colette ZINUTTI	85	<i>Pharmacie galénique</i>

**PROFESSEUR ASSOCIE**

Anne MAHEUT-BOSSER 86 *Sémiologie*

**PROFESSEUR AGREGE**

Christophe COCHAUD 11 *Anglais*

*\*Disciplines du Conseil National des Universités :*

*80 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé*

*81 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé*

*82 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques*

*85 ; Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé*

*86 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé*

*87 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques*

*32 : Personnel enseignant-chercheur de sciences en chimie organique, minérale, industrielle*

*11 : Professeur agrégé de lettres et sciences humaines en langues et littératures anglaises et anglo-saxonnes*

## **SERMENT DES APOTHICAIRES**

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

**De honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.**

**De exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.**

**De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.**

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

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

« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE  
APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES  
DANS LES THESES, CES OPINIONS DOIVENT ETRE  
CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR AUTEUR ».

## REMERCIEMENTS

*A Madame Edith DUFAY,*

Pour m'avoir accueilli dans son service de pharmacie au CHL Durant mon stage hospitalo-universitaire,

Pour vos bons conseils avisés,

Veillez recevoir mes remerciements les plus sincères.

*A mon directeur de thèse, Monsieur Sébastien DOERPER,*

Pour avoir accepté de diriger ce travail et pour le temps que vous m'avez accordé malgré vos multiples obligations et pour les corrections pertinentes ainsi que vos précieux conseils,

Vous restez pour moi un exemple tant pour vos immenses compétences que pour votre personnalité,

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

*A ma présidente de thèse, Madame Francine PAULUS,*

Pour l'honneur que vous me faites de présider cette thèse, veuillez trouver ici mes remerciements les plus sincères.

*A mes juges,*

*A Monsieur Alexandre DONY,*

Merci d'avoir accepté de juger ce travail,

Merci pour le partage de vos connaissances et votre esprit critique,

Veillez croire en ma profonde considération et recevoir mes sincères remerciements.

*A Madame Viviane GUILLAUME,*

Merci pour votre savoir,

Merci pour votre présence parmi les membres de mon jury,

Veillez recevoir l'expression de ma profonde gratitude et de mes sincères remerciements.

*A l'équipe pharmaceutique du centre hospitalier de Lunéville ainsi qu'au service GREQ,*

Merci à M. BAUM Thomas, pour votre accueil et votre bonne humeur dans votre service.

*A l'équipe de la pharmacie PELTRE à EINVILLE AU JARD,*

Merci à Valérie, Evelyne, Aline et Anne Claire pour mon stage de 6<sup>ème</sup> année passé auprès de vous,

Merci pour tout ce que vous m'avez apporté,

Veillez recevoir en cet instant l'expression de mon plus profond respect.

*A l'équipe de la pharmacie GWINNER MARCHAL,*

Merci à toute l'équipe,

Merci pour vos conseils.

*A mes amis :*

Merci, à mes amis de la faculté de pharma : Laure, Amélie, Sandra, Romain, pour tous nos bons moments passés ensemble et nos soirées !

Merci, à mes amis de longue date : Ben et Erwan, pour votre soutien et votre gentillesse ainsi que nos soirées Nanciennes !

Merci à toutes les personnes que j'ai pu connaître durant mon cursus.

*Je dédie cette thèse tout particulièrement à :*

*Maman,*

MERCI,

Pour ton soutien sans faille, tes encouragements, d'avoir toujours cru en moi tout au long de ces années d'études,

Tu as toujours réussi à me redonner confiance en moi dans les moments de doute,

Pour tes petits plats préparés, les allers retours Nancy-Raon l'Etape, les heures passées au téléphone et pour tout ce que tu m'as apporté et m'apporte encore !

Merci d'être là.

*Papa,*

MERCI,

Pour ton soutien,

Tes encouragements,

De m'avoir permis de réaliser mes études dans les meilleures conditions possibles,

Puisse ce travail être le témoignage de la reconnaissance et de l'amour que je te porte.

*A mes grands-parents,*

J'aurais aimé que vous participiez à cette thèse.

*A ma famille,*

Cousins, cousines, et à nos soirées passées ensemble.

*A Jean Claude et Evelyne,*

Merci d'être présent pour mes parents respectifs et pour vos conseils avisés.

*A Blandine et Alain,*

MERCI,

Pour votre soutien dans tous les moments, même les plus difficiles ou les périodes de doute,

Pour votre gentillesse,

Pour votre sourire,

Pour tous les moments partagés ensemble... et ceux que l'on partagera encore !

*A Ludo,*

MERCI,

Pour ton soutien dans tout ce que j'entreprends et pour ton amour qui me permet d'avancer,

Pour tes relectures,

Pour ta patience et d'être là pour moi dans tous les moments,

Continuons de partager nos joies et nos peines ensemble.

A toutes les autres personnes que je n'ai pas citées.

A vous qui êtes présents aujourd'hui,

C'est avec une immense joie que je partage ce moment avec vous,

MERCI.

## SOMMAIRE

INDEX DES TABLEAUX .....	5
TABLE DES ANNEXES.....	6
I. La conciliation des traitements médicamenteux : une méthode puissante de prévention et de correction de l'erreur médicamenteuse .....	8
1) L'erreur médicamenteuse.....	8
a) Les définitions de l'erreur médicamenteuse.....	8
b) Les causes de la survenue de l'erreur médicamenteuse .....	9
c) Les facteurs contributifs de la survenue de l'erreur médicamenteuse.....	12
d) La caractérisation de l'erreur médicamenteuse .....	15
2) Le contexte favorisant l'émergence de la démarche de conciliation des traitements médicamenteux .....	19
3) Le projet <i>High 5s</i> de l'OMS .....	21
a) La définition et le lancement du projet dans différents pays.....	21
b) La place de la France dans le projet <i>High 5s</i> .....	23
4) La conciliation des traitements médicamenteux à l'admission.....	24
a) La définition de la conciliation à l'admission .....	25
b) Le processus de conciliation à l'admission .....	25
c) Les différents modes de conciliation à l'admission .....	28
d) Les outils de la conciliation à l'admission .....	30
e) Les indicateurs .....	31

5) La conciliation des traitements médicamenteux de sortie .....	32
a) La définition de la conciliation de sortie .....	32
b) Le processus de la conciliation de sortie .....	33
c) Les outils de la conciliation de sortie .....	34
d) Les indicateurs .....	36
II. La conciliation des traitements médicamenteux au centre hospitalier de Lunéville : de l'implantation à l'évaluation de l'impact clinique .....	37
1) La recherche de la juste liste des médicaments à l'admission du patient hospitalisé .....	37
2) La formalisation du processus de conciliation à l'admission .....	45
3) Les résultats de la conciliation à l'admission entre janvier 2010 et janvier 2014.....	48
4) L'impact clinique de la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission .....	53
5) Les résultats de la conciliation de sortie entre janvier 2013 et janvier 2014 .....	60

III. Promouvoir la démarche de conciliation des traitements médicamenteux.....	64
1) La mise en œuvre de la démarche de conciliation dans un établissement de santé.....	64
2) La formation au niveau hospitalier et la relation ville-hôpital.....	65
3) Intégrer la conciliation dans le système d'information hospitalier .....	67
IV. Questions/réponses sur la conciliation .....	69
Références bibliographiques.....	74
Annexes.....	81

## INDEX DES FIGURES

Figure 1 : Les activités de la prise en charge médicamenteuse du patient.....	12
Figure 2 : Les activités consécutives de la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission du patient hospitalisé.....	28
Figure 3 : Conciliation médicamenteuse proactive .....	29
Figure 4 : Conciliation médicamenteuse rétroactive .....	29
Figure 5 : Nombre de lignes de médicaments complètes dans les listes établies au cours des conciliations itératives .....	38
Figure 6 : Accessibilité, disponibilité, exhaustivité et complétude des 14 sources d'informations ..	41
Figure 7 : Logigramme de la conciliation des traitements médicamenteux au CH de Lunéville .....	47
Figure 8 : Maturation de l'activité de la conciliation au centre hospitalier de Lunéville.....	48
Figure 9 : Répartition des natures de l'EM lorsqu'elle est caractérisée majeure plus .....	55
Figure 10 : Répartition des natures de l'EM lorsqu'elle est caractérisée significative .....	55
Figure 11 : Répartition des natures de l'EM lorsqu'elle est caractérisée mineure .....	56
Figure 12 : Répartition des classes ATC impliquées dans les EM en fonction de la gravité majeure plus.....	57
Figure 13 : Répartition des classes ATC impliquées dans les EM en fonction de la gravité significative .....	58
Figure 14 : Répartition des classes ATC impliquées dans les EM en fonction de la gravité mineure .....	58
Figure 15 : Le processus de conciliation de sortie.....	62

## INDEX DES TABLEAUX

Tableau I : Capacité informationnelle des 14 sources en regard de leur accessibilité.....	42
Tableau II : Caractéristiques des 4448 patients conciliés à l'admission entre janvier 2010 et 2014	49
Tableau III : Indicateurs de la conciliation à l'admission sur deux périodes données (janvier 2010 à décembre 2011 et janvier 2012 à janvier 2014).....	51
Tableau IV : Gravité potentielle des 4465 erreurs médicamenteuses .....	54
Tableau V : Répartition selon le type et la classe ATC des principales EM de gravité majeure plus .....	60
Tableau VI : Indicateurs de la conciliation de sortie entre janvier 2013 et janvier 2014.....	63

## **TABLE DES ANNEXES**

Annexe 1 : Fiche de recueil des médicaments pris par le patient .....	81
Annexe 2 : Fiche patient .....	82
Annexe 3 : Fiche de conciliation des traitements médicamenteux pris par le patient à l'admission	83
Annexe 4 : Fiche de conciliation de sortie .....	84
Annexe 5 : Fiche d'information à l'attention du patient .....	85
Annexe 6 : Courrier de conciliation de sortie .....	86
Annexe 7 : Document d'informations pour le patient .....	87

## Introduction

La connaissance immédiate, exhaustive et complète du traitement d'un patient au moment de son hospitalisation est un problème pour tous les soignants. L'absence de système d'information partagé entre les professionnels de santé de ville et ceux des établissements de santé ne facilite pas sa résolution. Elle est même contributive des erreurs médicamenteuses observées à l'admission du patient, qui le plus souvent se poursuivent tout au long du séjour et se reconduisent à la sortie d'hospitalisation, quand elles ne se démultiplient pas. Le risque de survenue d'un événement indésirable, conséquence de ces erreurs médicamenteuses (EM) s'en trouve majoré. Actuellement, ils représentent une cause importante de préjudice ou de décès dans les systèmes de santé.

Au centre hospitalier de Lunéville, pharmaciens et médecins sont sensibilisés à la iatrogénie médicamenteuse depuis longtemps. Ils sont conscients que les problèmes de communication entre les professionnels de santé jouent un rôle important dans la survenue des erreurs médicamenteuses. Les informations sur les traitements du patient ne sont pas toujours communiquées à tous les prestataires de soins en temps voulu. Il se peut donc que le patient ne reçoive pas le traitement le plus approprié à son état de santé et aux circonstances [1].

La sécurisation du parcours de soin du patient est un enjeu majeur pour la France. Elle s'est engagée dans le projet des *High 5s*, initiative de l'organisation mondiale de la santé. Ce projet permet de démontrer l'utilité de la standardisation des pratiques au niveau international dans le domaine de la sécurité des soins. C'est dans le cadre de la mise en œuvre du protocole *Medication Reconciliation* -dénommé *Med Rec*- que le centre hospitalier de Lunéville a été retenu site pilote en 2009 par la haute autorité de santé. Il a ensuite été rejoint par 7 établissements [1].

L'objectif de cette thèse est de présenter la conciliation médicamenteuse comme une pratique innovante via l'évaluation de son impact clinique, au travers de l'expérience du centre hospitalier de Lunéville.

## **I. La conciliation des traitements médicamenteux : une méthode puissante de prévention et de correction de l'erreur médicamenteuse**

### 1) L'erreur médicamenteuse

#### a) Les définitions de l'erreur médicamenteuse

L'utilisation du médicament n'est pas anodine car elle peut conduire à la survenue d'effets indésirables graves.

Un effet indésirable grave se définit comme « un effet indésirable létal, ou susceptible de mettre la vie en danger, ou entraînant une invalidité ou une incapacité importante ou durable, ou provoquant, ou prolongeant une hospitalisation, ou se manifestant par une anomalie ou une malformation congénitale » [2].

L'assurance maladie définit la iatrogénie médicamenteuse comme « les effets indésirables provoqués par les médicaments » [3].

La plupart du temps, le risque iatrogénique est évitable : on parle donc d'erreur médicamenteuse.

Aujourd'hui la prise de médicaments s'est banalisée et les risques liés à leurs usages sont trop souvent sous-estimés. La prévention de la survenue de l'erreur médicamenteuse est donc devenue un enjeu majeur de santé publique [3].

La Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) définit l'erreur médicamenteuse dans le dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse, comme « un écart par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du malade. Il s'agit de l'omission ou de la réalisation non intentionnelle d'un acte relatif à un médicament qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient. Par définition, l'erreur médicamenteuse est évitable car elle manifeste ce qui aurait dû être fait et qui ne l'a pas été au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse d'un patient » [2].

Cette définition est reprise par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) et des produits de santé en 2009. Elle définit l'erreur médicamenteuse comme « Dans le domaine de la santé, l'erreur médicamenteuse est l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte survenu au cours du processus de soins impliquant un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient » [4].

## b) Les causes de la survenue de l'erreur médicamenteuse

Chercher la ou les causes d'une erreur médicamenteuse, c'est répondre à la question : « Pourquoi l'EM s'est-elle produite ? »

A chaque étape de la prise en charge médicamenteuse du patient (figure 1), la survenue d'une erreur médicamenteuse peut se produire lors de :

- ✓ la prescription par le médecin,

La prescription est un acte médical. Elle est effectuée par écrit ou par informatique dans des conditions bien définies. On va mettre en évidence les risques liés à cette étape de prescription. Selon le « guichet erreurs médicamenteuses » de l'ANSM de juillet 2010, 8% des 1124 erreurs médicamenteuses signalées pour l'année 2009 représentent des erreurs de prescription. Et, pour la période entre 2005 et 2008 dans le rapport de juin 2009, celles-ci représentent 6,9% des 1082 erreurs signalées [4].

L'étude EVISA a également mis en évidence des pratiques professionnelles à risques notamment : le défaut de communication médecin-patient, les avis médicaux spécialisés par téléphone, les erreurs dans le choix du traitement, le défaut de prévention et de surveillance et l'insuffisance d'échanges entre les professionnels [5].

Dans l'étude ENEIS 2004, parmi les 47 événements évitables pour lesquels une erreur a été identifiée pendant la phase de thérapeutique de prise en charge, 23 (48,6%) sont la conséquence d'erreurs de réalisation des soins, 9 (15,8%) d'indications erronées et 15 (35,6%) de retards de la mise en œuvre des soins. Les résultats de l'étude ENEIS de 2009 sont comparables à 2004 [6].

Les risques identifiés lors de l'étape de prescription susceptibles d'entraîner des erreurs médicamenteuses sont : prescription orale, absence d'identification du prescripteur, non-identification ou mauvaise identification du patient, mauvaise lisibilité de prescription, prescription informatique erronée, usage d'abréviations, libellé imprécis ou erroné, mauvais choix de médicament, contre-indication non respectée, existence d'interactions, terrain et pathologie associées non prise en compte et surveillance non précisée [6,7].

- ✓ la retranscription de l'ordonnance par le personnel infirmier,
  
- ✓ l'étape de dispensation c'est-à-dire la validation de l'ordonnance par le pharmacien et la préparation des piluliers en doses unitaires par les préparateurs en pharmacie,

Selon le rapport « guichet erreurs médicamenteuses » de juillet 2010 de l'ANSM, 12,0% et 12,6% des 1124 erreurs médicamenteuses signalées entre 2005 et 2008 représentent respectivement des erreurs de délivrance et des erreurs de préparation, tandis que pour l'année 2009 dans le rapport de juin 2009 sur 1082 erreurs signalées, ces mêmes pourcentages sont respectivement 14,7% et 11,7% [4,5].

Les risques encourus à cette étape sont ceux inhérents aux actes de dispensation lors de l'analyse de l'ordonnance, de la communication d'information, de la préparation galénique, et de la délivrance des médicaments aux unités de soins. Les principales erreurs sont les erreurs de dose, d'omission, de médicament (similitude de nom ou de présentation) et erreurs de forme galénique [6].

- ✓ l'administration du médicament par le personnel infirmier,

L'étape d'administration du médicament est la dernière étape de prise en charge du patient hospitalisé. Cette étape présente des risques par elle-même. Elle est le stade ultime pouvant potentiellement concrétiser les erreurs médicamenteuses générées dans les étapes précédentes.

Selon le rapport « guichet erreurs médicamenteuses » de juin 2009 de l'ANSM, 57,1% des 1082 erreurs médicamenteuses signalées entre 2005 et 2008 représentent des erreurs d'administration tandis que pour l'année 2009, dans le rapport de juillet 2010, celles-ci représentent 58,7% des 1124 erreurs signalées [4,5].

Dans la majorité des cas, il s'agit de confusions ou de risques de confusion. Les autres causes sont principalement des défauts d'information, des défauts de conditionnement, et des similitudes de noms commerciaux ou de dénominations communes, et quelques cas de défauts de qualité. En outre, près du tiers des cas s'avère être des erreurs de pratique impliquant le professionnel de santé. Ceci correspond à des erreurs d'inattention, parfois liées à des situations particulières (contexte d'urgence par exemple) [6].

- ✓ l'adhésion et la compréhension du traitement par le patient [5,22],

Tout patient bénéficiant d'une thérapeutique médicamenteuse doit recevoir une information. Cette information est décrite dans la loi relative au droit des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 et répond aux recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information établies par la HAS [6].

Les actions d'information sont adaptées à la situation propre de chaque patient et de sa pathologie. On s'adapte par rapport au niveau de compréhension du patient, de sa culture et de ses habitudes de vie. Elles sont conduites dans un climat de confiance et formulées de façon compréhensible, claire et précise. Les intervenants (le médecin, l'équipe soignante et le pharmacien) s'assurent de la compréhension de la personne hospitalisée et son entourage proche s'il est présent. Ils vont lui expliquer le traitement puis ça sera au tour du patient d'expliquer aux professionnels de santé son propre traitement [6].

L'information est optimisée grâce à l'élaboration de documents d'information et d'éducation destinés aux patients. Elle comporte des recommandations en vue d'optimiser la prise en charge thérapeutique notamment sur le bon usage des médicaments et de la gestion du risque médicamenteux. Il existe des consultations spécialisées sur des pathologies ciblées. Elles permettent d'éduquer le patient sur la manipulation du matériel spécifique nécessaire pour l'administration de son traitement [6].

Tous les patients sont potentiellement concernés par la survenue d'erreur médicamenteuse mais, avec l'âge, l'exposition à ce risque est plus grande, notamment chez les personnes consommant plusieurs médicaments. La polymédication est, chez le sujet âgé, habituelle et légitime. Mais elle augmente le risque iatrogénique, diminue probablement l'observance des traitements, et a un coût élevé. Mieux prescrire chez le sujet âgé est un enjeu de santé publique [3].

Chez le patient âgé, même si la consommation importante de médicaments est souvent justifiée, leur élimination est plus lente, l'organisme est plus sensible, et les effets indésirables sont deux fois plus fréquents et plus graves. L'assurance maladie estime que 10 à 20 % d'entre eux entraînent une hospitalisation [3].

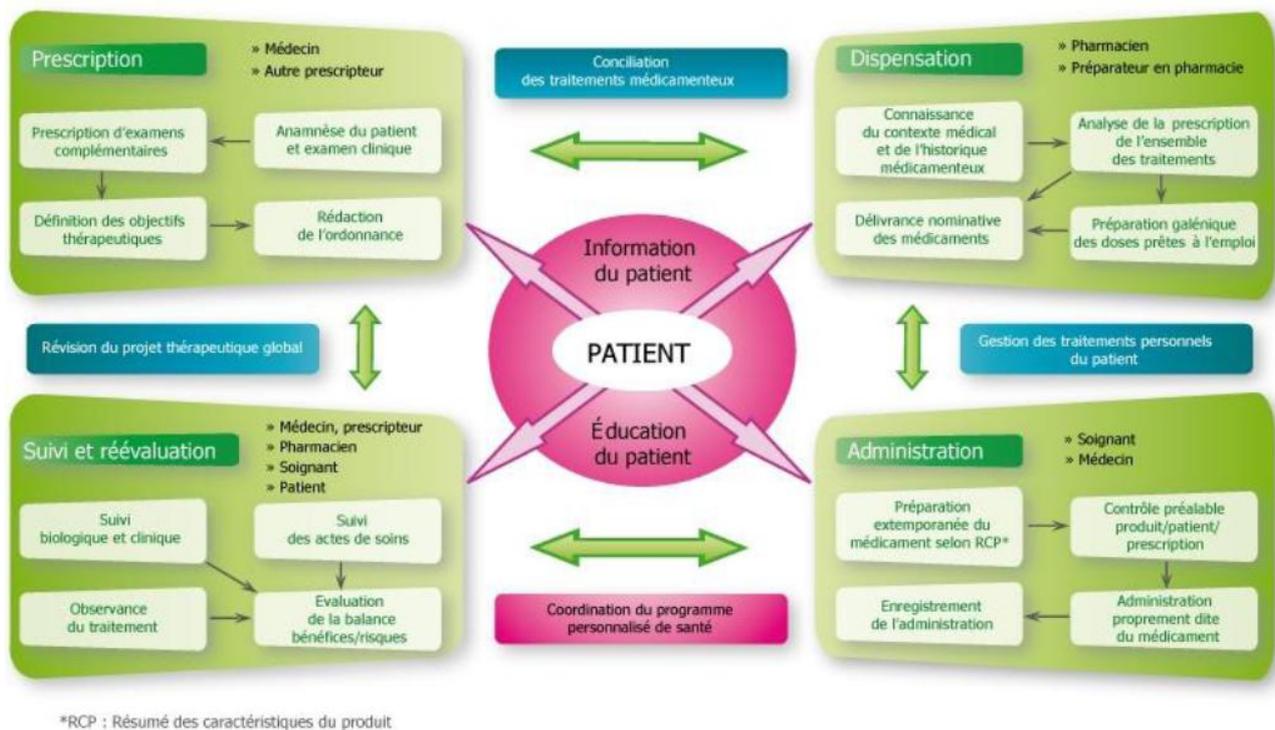


Figure 1 : Les activités de la prise en charge médicamenteuse du patient

### c) Les facteurs contributifs de la survenue de l'erreur médicamenteuse

De nombreux facteurs influencent également l'erreur médicamenteuse, tels que :

- ✓ les facteurs liés aux produits de santé,

Les médicaments (excipient à effet notoire, gamme prêtant à confusion, étiquetage erroné), les dispositifs médicaux (défaillance du dispositif lors de l'utilisation, erreur de manipulation, défaut de conception), la polymédication (supérieur à 6 médicaments), les médicaments souvent source de iatrogénie sont : les psychotropes, les anticoagulants, les antiépileptiques, les médicaments du système cardio-vasculaire et les diurétiques, or ces médicaments sont très souvent prescrits chez les personnes âgées. Concernant la gestion du traitement personnel des patients, l'arrêté du 6 avril 2011 précise en outre que ses modalités de gestion sont définies afin d'assurer la continuité des soins et de garantir la sécurité du patient. Il ne devra être mis, ou laissé à disposition des patients aucun médicament en dehors de ceux qui leur auront été prescrits dans l'établissement [6].

✓ les facteurs liés aux patients,

Les pathologies et la co-morbidité (patients avec des facteurs de risques), l'environnement social et familial du patient (ses habitudes de vie, un métier particulier), la personnalité et le comportement du patient (difficulté de compliance aux soins par exemple), l'expression et la communication du patient ainsi que l'aptitude aux soins (connaissance insuffisante de sa pathologie, difficulté de compréhension orale, défaut de mémorisation de son traitement), les âges extrêmes de la vie : comme la petite enfance (formes galéniques non adaptées) et également les personnes âgées (le Service Médical Rendu avec un rapport bénéfice/risque négatif, la dénutrition avec un indice de masse corporel très faible, une insuffisance rénale ou encore une insuffisance hépatique...), l'observance, l'automédication...

Dans l'étude de Queneau, on a montré que les patients admis aux urgences pour un effet indésirable médicamenteux étaient plus âgés et consommaient plus de médicaments que les patients dont l'admission n'était pas liée aux médicaments [8]. Les changements de cadre de prise en charge, tels qu'une sortie d'hospitalisation ou la consultation chez un spécialiste, sont des situations pour lesquelles la vigilance devra être également accrue. En effet, la multiplicité des ordonnances et des conseils, le changement de traitement, génèrent inévitablement des confusions [9].

✓ les facteurs liés aux professionnels de santé,

La qualification, les compétences et les aptitudes techniques (sous-estimation des facteurs de risque, erreur de calcul, erreur de lecture), l'état physique et psychologique du professionnel de santé (stress, surmenage, fatigue, manque de sommeil), les capacités relationnelles et la motivation (excès de confiance en soi, manque de motivation), une modification du traitement pendant l'hospitalisation : introduction d'un nouveau traitement, instauration ou modification d'un régime, changement de posologie, arrêt de certains médicaments, méconnaissance de certaines spécialités [10].

✓ les pratiques et les procédures opérationnelles,

Les pratiques générales (défaillance dans l'identification du patient, consignes confuses, manque d'informations), les protocoles et les procédures (protocole indisponible, mal diffusé ou non adapté), les pratiques logistiques des produits de santé (rédaction du bon de commande incomplète, délais d'obtention des produits insatisfaisant), les pratiques liées à la prescription (examen clinique incomplet, absence de prise en compte des avis pharmaceutiques, défaut d'identification des prescripteurs), les pratiques liées à la dispensation (erreur de substance active,

non-respect de la chaîne du froid, erreur de conditionnement), les pratiques liées à l'administration (erreur de rangement, erreur de sélection de produit), les pratiques liées au suivi clinique (absence de suivi thérapeutique, retard d'examen complémentaires), les pratiques liées aux transitions (absence de gestion des traitements personnels, absence de continuité des soins) les pratiques liées à l'éducation thérapeutique (défaut d'informations sur les risques, sur quoi faire en cas d'oubli) [11].

✓ l'équipe,

La communication (défaut de communication, divergences dans les écrits, absence de concertation), dynamique et interactions (défaut de coopération dans l'équipe, mauvaise cohésion, manque de soutien), encadrement et supervision (défaut d'encadrement) [11].

✓ l'environnement de travail,

Les charges et les conditions de travail (délais imposés, mauvaises conditions de travail avec du bruit...), les locaux et le mobilier (problème de température, d'humidité), les fournitures et équipements (équipements insuffisants, défaillance dans le transport, formation incomplète sur le nouveau matériel), l'informatique (absence de dossier patient partagé, défaut d'alerte du logiciel, problème de paramétrage, panne informatique), l'hygiène et la maintenance (absence de nettoyage, défaut de stérilisation, absence d'équipement de secours) [11].

✓ l'organisation et le management,

Attribution des responsabilités (organigramme absent, degré d'autonomie insuffisant), gestion des compétences et des effectifs (effectif inapproprié, indisponibilité du personnel apte de haut niveau), formation continue et apprentissage (absence de vérifications des compétences, absence de politique d'intégration des nouveaux arrivants), planification des tâches (définition imprécise des tâches, absence d'anticipation), organisation de proximité (changement récent d'organisation interne), culture qualité risques sécurité (défaut de coordination entre les services, défaillance dans la gestion d'une crise, défaillance dans le retour d'expérience) [11].

- ✓ le contexte institutionnel,

Contexte réglementaire et économique (pression de production, absence de soutien financier), la gestion du personnel (climat social difficile), politique de sécurité des soins (plans d'actions et objectifs mal définis, retour d'expérience non partagé), liens avec d'autres structures (faiblesse de relations avec les autres établissements de santé, restructurations territoriales difficiles) [11].

- ✓ les facteurs liés au système d'information,

Le défaut de système d'information entre l'exercice libéral et hospitalier conduit à la perte voire à la non transmission de l'information, de même que l'absence de communication au sein des professionnels de santé hospitaliers.

En 2005, l'étude de Burda montre qu'entre le chirurgien et l'anesthésiste il n'y avait aucune information transmise sur l'historique médicamenteux du patient. Ils ont démontré qu'il y avait 46% de divergences médicamenteuses entre les deux historiques [12].

#### d) La caractérisation de l'erreur médicamenteuse

Une REMED (Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et Dispositifs associés) est une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins et de prévention du risque iatrogène médicamenteux. Elle concourt à optimiser l'organisation de la prise en charge thérapeutique des patients au cours de laquelle le médicament et le dispositif médical éventuellement associé sont utilisés. L'usage a aussi consacré l'expression « Revue des erreurs médicamenteuses ».

Une REMED est une revue de mortalité et de morbidité spécifiquement centrée sur les erreurs médicamenteuses. C'est une démarche structurée d'analyse a posteriori de cas d'erreurs médicamenteuses rendues anonymes. Basée sur une analyse collective, pluri-professionnelle et systémique, elle vise à concevoir et mettre en œuvre des actions de réduction des risques liés à la prise en charge médicamenteuse des patients.

En réfléchissant collectivement a posteriori sur le processus de prise en charge médicamenteuse, la REMED permet :

- ✓ de caractériser les erreurs et d'identifier les défaillances et dysfonctionnements survenus au cours de la prise en charge médicamenteuse,
- ✓ d'analyser de manière transparente, non culpabilisante, ces situations de non qualité,

- ✓ de déterminer le type et le degré de réalisation des erreurs médicamenteuses,
- ✓ de déterminer les étapes du processus de soins au cours desquelles les problèmes sont survenus,
- ✓ d'examiner les conséquences avérées ou potentielles pour les patients et les professionnels, ainsi que les démarches de récupération mises en œuvre,
- ✓ de rechercher et comprendre les causes profondes et les facteurs contributifs,
- ✓ d'être force de proposition d'actions d'amélioration visant à prévenir, intercepter ou récupérer les erreurs médicamenteuses,
- ✓ de contribuer à la mise en œuvre de ces actions puis de les suivre et les évaluer.

La Revue des erreurs médicamenteuses est une démarche pédagogique favorisant :

- ✓ la compréhension de la complexité du processus de prise en charge médicamenteuse des patients,
- ✓ l'amélioration des pratiques professionnelles liées aux soins médicamenteux,
- ✓ le perfectionnement des connaissances grâce au retour d'expérience,
- ✓ le renforcement de la communication entre professionnels de santé,
- ✓ l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse,
- ✓ la maîtrise et la gestion des risques liés aux produits de santé.

Elle participe aux démarches de développement professionnel continu, de certification et de management de la qualité et des risques des établissements de santé, ainsi qu'à leurs dispositifs contractuels (contrat pluriannuel d'objectifs et contrat de bon usage).

Elle s'inscrit dans les dispositions relatives aux droits des patients et à la qualité et sécurité des soins que le patient soit hospitalisé, résident ou ambulatoire [11].

La SFPC, dans le classeur de la REMED caractérise l'erreur médicamenteuse selon 6 éléments signifiants (selon la taxonomie SFPC 2014).

- ✓ 1<sup>ère</sup> caractérisation : selon les produits de santé impliqués dans l'erreur médicamenteuse
  - Les médicaments : nom de spécialité, dénomination commune internationale, dosage, forme galénique, volume, concentration
  - Le traitement du patient
  - Le protocole ou la stratégie thérapeutique
  - Le dispositif médical associé
  - Autre produit de santé
  
- ✓ 2<sup>ème</sup> caractérisation : selon la nature de l'erreur médicamenteuse
  - Erreur de patient
  - Erreur par omission
  - Erreur de médicament : stratégie thérapeutique, protocole thérapeutique, redondance, ajout, contre indication, forme galénique, médicament erroné, injustifié, détérioré, périmé...
  - Erreur de dose : dosage, posologie, concentration, volume, débit de perfusion : sur dose ou sous dose
  - Erreur de modalités d'administration : voie, durée de perfusion, durée d'application, technique d'administration
  - Erreur de moment de prise
  - Erreur de durée de traitement
  
- ✓ 3<sup>ème</sup> caractérisation : selon le niveau de réalisation de l'erreur médicamenteuse
  - Niveau 1 : erreur médicamenteuse potentielle, risque d'erreur ou circonstance susceptible de provoquer une erreur
  - Niveau 2 : erreur médicamenteuse avérée et interceptée avant atteinte du patient, erreur avérée par omission ou par commission qui est interceptée avant d'atteindre le patient
  - Niveau 3 : erreur médicamenteuse avérée et identifiée après atteinte du patient, erreur avérée par omission ou par commission qui a atteint le patient, qui est détectée puis éventuellement traitée pour en atténuer les conséquences cliniques

- ✓ 4<sup>ème</sup> caractérisation : selon la gravité constatée des conséquences de l'erreur médicamenteuse
  - Mineure : EM sans conséquence pour le patient
  - Significative : EM avec surveillance accrue pour le patient mais sans conséquence clinique pour lui
  - Majeure : EM avec conséquences cliniques temporaires pour le patient : traitement ou intervention ou transfert vers un autre établissement, induction ou allongement du séjour hospitalier, à l'origine d'une atteinte physique ou psychologique réversible
  - Critique : EM avec conséquences cliniques permanentes pour le patient : à l'origine d'une atteinte physique ou psychologique permanente irréversible
  - Catastrophique : EM avec mise en jeu du pronostic vital ou décès du patient.
  
- ✓ 5<sup>ème</sup> caractérisation : selon l'existence d'un risque associé à l'erreur médicamenteuse
  - Erreur médicamenteuse porteuse de risque : l'erreur médicamenteuse dont il est question, a eu ou aurait pu entraîner des conséquences cliniques graves c'est-à-dire majeures, critiques ou catastrophiques pour le patient. L'erreur médicamenteuse grave est éligible à une analyse approfondie.
  - Erreur médicamenteuse non porteuse de risque : l'erreur médicamenteuse dont il est question, n'a pas eu et n'aurait pas entraîné de conséquence clinique majeure, critique ou catastrophique pour le patient.
  
- ✓ 6<sup>ème</sup> caractérisation : selon l'étape initiale de survenue de l'erreur médicamenteuse
  - L'étape d'identification du patient c'est-à-dire l'étape préalable à la plupart des étapes suivantes
  - L'étape de prescription est la décision médicale relative aux objectifs thérapeutiques, on formule, rédige et saisie l'ordonnance
  - L'étape de dispensation est l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation galénique, magistrale ou hospitalière ainsi que la délivrance nominative ou globalisée des médicaments
  - L'étape d'administration (collecte, répartition en pilulier et contrôle), on fabrique les préparations extemporanées si besoin, on effectue l'administration des médicaments proprement dite et on enregistre notre acte d'administration

- L'étape de suivi thérapeutique et clinique est la mise en œuvre d'une réévaluation de la balance bénéfices-risques
- L'étape d'information du patient et du professionnel de santé
- L'étape logistique des produits de santé qui permet les achats, l'approvisionnement-stockage à la pharmacie, l'approvisionnement-détention dans les unités de soins et l'approvisionnement-détention à domicile [11].

## 2) Le contexte favorisant l'émergence de la démarche de conciliation des traitements médicamenteux

En Angleterre, Howard montre que les erreurs médicamenteuses ont de multiples causes, de la prescription à l'administration. Les principales causes d'erreurs médicamenteuses sont liées à l'absence de communication entre les professionnels de santé et également au manque de connaissances sur l'historique médicamenteux du patient. Howard décide de cibler plus particulièrement les facteurs humains. Cette étude montre que la diminution des erreurs médicamenteuses passe par l'amélioration des méthodes de communication entre les différents professionnels de santé [13].

Selon l'étude de Locca [14], la prescription est plus sûre et plus efficiente si les médecins et pharmaciens travaillent ensemble et forment un cercle de qualité entre eux. Cette étude suisse montre qu'il y a une meilleure maîtrise des coûts médicamenteux dans le cercle de qualité médecins-pharmaciens en regard d'un groupe témoin de médecins travaillant sans relation privilégiée avec un pharmacien. Cette coopération médecin-pharmacien existe déjà en Australie, en Angleterre et aux Etats-Unis, aussi bien au niveau hospitalier qu'en ambulatoire mais également au sein des réseaux de soins [14].

Dans son étude, Cornish montre qu'à l'admission à l'hôpital, 53,6% des patients ont au moins une erreur médicamenteuse. Aucun dommage corporel grave n'a été détecté mais des dommages corporels et des détériorations cliniques ont été observés. Des protocoles ont été envisagés afin d'améliorer la prise en charge d'un patient à l'admission, dont un protocole qui est de préciser la liste de médicaments de chaque patient hospitalisé dès son admission [15].

D'autres pays font état de résultats analogues. Deux études belges montrent que respectivement 60,4% et 81,9% des patients hospitalisés ont au moins une erreur médicamenteuse détectée dans leur traitement à l'admission [16,17]. Au Canada, Vira évalue cette fréquence à 38,3% [18].

En Suède, Hellström les estime à 47% [19]. Une équipe américaine de médecins urgentistes montre que 87% des listes de médicaments établis par le service des urgences contiennent au moins une erreur médicamenteuse chez les patients âgés de plus de 65 ans [20].

La iatrogénie médicamenteuse est également un problème majeur en France. Les communications françaises se multiplient à ce sujet depuis 2010 [10, 21, 22]. Elles concernent la conciliation des traitements à l'admission et confirment l'importance du problème.

Selon le rapport IGAS 2012 (Inspection Générale des Affaires Sociales), la qualité des soins implique les professionnels de santé dans et hors l'hôpital. Les médicaments continuent à être source de multiples erreurs, or un grand nombre d'entre elles restent évitables. Des théories de sécurisation et de bon usage du médicament ont été mises en place dans les établissements de santé. Chaque établissement doit faire un signalement en cas d'accident ou d'effet indésirable notable ou grave et doit mettre en place un programme d'actions pour lequel il passe contrat avec l'ARS (Agence Régionale de Santé). Ces actions sont de multiples natures : actions de formation, de sécurisation, soit du circuit du médicament soit des préparations, actions de communication également en interne et auprès du public... Pour renforcer la sécurisation, des guides et des référentiels nationaux de bon usage ont été mis en place ; une liste « d'événements qui ne devraient jamais arriver » a été élaborée, inspirée par la démarche du NHS britannique (« *never events* »). Ces événements sont des effets indésirables graves évitables si des mesures de prévention adéquates sont mises en œuvre. Des approches globales ont été mises en place : la certification des établissements de santé, la conduite de programmes de gestion des risques et la mesure d'indicateurs de qualité. Des mesures ont renforcé l'action de la certification sur la sécurité, notamment grâce à l'utilisation d'un profil de risque propre à chaque établissement et de nouvelles méthodes de visite avec le « patient traceur » qui permettra d'évaluer directement la méthode de prise en charge des personnes hospitalisées [23].

Dans la version V2014 de la certification des hôpitaux, la HAS a mis en place la méthode du patient traceur. C'est une méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques qui consiste, à partir d'un séjour d'un patient hospitalisé, à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui s'en rattachent. Cette méthode a plusieurs caractéristiques ; elle prend en compte le regard du patient et elle permet d'observer les interfaces et la collaboration interdisciplinaire tout au long de la prise en charge.

Les 4 étapes de cette méthode sont :

- ✓ La sélection du patient et consentement de celui-ci,
- ✓ La personnalisation de la grille générique « patient traceur »,
- ✓ La rencontre des professionnels qui ont pris en charge le patient dans les différents services,
- ✓ L'entretien avec le patient.

C'est donc autour du patient que doit s'organiser le système de santé pour supprimer peu à peu les points de rupture dans sa prise en charge médicamenteuse [16]. Le patient doit être un acteur central de son projet de soins.

Selon Lavezzi, l'implication du patient pendant son hospitalisation est primordiale car au retour à domicile, il devra gérer seul son traitement [24].

Cette méthode du « patient traceur » permet de travailler en équipe pluridisciplinaire et pluri-professionnelle à partir de la prise en charge d'un patient.

Des partenaires libéraux de ville peuvent également faire partie de la méthode car cette pratique permet de développer une culture partagée qualité-sécurité [25,26].

Le projet international des *High 5s* a été lancé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour sécuriser le parcours de soins du patient hospitalisé dans différents domaines.

### 3) Le projet *High 5s* de l'OMS

#### a) La définition et le lancement du projet dans différents pays

Le projet *High 5s* a été lancé par l'OMS en 2006 pour répondre aux problèmes majeurs qui continuent de se poser en matière de sécurité des patients dans le monde entier. Le nom *High 5s* découle de la volonté initiale des fondateurs du projet de réduire de manière significative la fréquence de 5 problèmes de sécurité pour le patient dans 8 pays au cours d'une période de 5 ans. Ce projet réunit les pays suivants : Australie, Allemagne, Pays Bas, Canada, Etats-Unis, Singapour, République de Trinité-et-Tobago, France [27]. Ces pays vont mettre en œuvre différents protocoles afin d'obtenir une amélioration significative de la prise en charge des patients.

Le projet *High 5s* a pour mission de faciliter la mise en œuvre et l'évaluation de protocoles normalisés pour la sécurité des patients dans le cadre d'un réseau d'apprentissage mondial, afin de parvenir à réduire de manière significative, soutenue et mesurable la survenue de 5 problèmes de sécurité à haut risque pour le patient [28].

Ces 5 grands problèmes de sécurité sont :

- ✓ le bon usage des médicaments injectables à haut niveau de risque,
- ✓ la sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soin,
- ✓ 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.

Parmi les principaux éléments composant le projet *High 5s* figurent [29] :

- ✓ l'élaboration et la mise en œuvre de protocoles opératoires normalisés spécifiques aux 5 problèmes cités ci-dessus,
- ✓ la mise au point d'une stratégie globale d'évaluation de l'impact,
- ✓ la collecte de données, la notification et l'analyse,
- ✓ et l'instauration d'un réseau commun d'apprentissage électronique.

La stratégie visant à évaluer l'impact des protocoles opératoires normalisés inclut une observation sur site de ceux-ci ; l'utilisation de mesures des résultats spécifiques aux protocoles ; l'utilisation d'un cadre d'analyse des manifestations afin d'identifier les situations qui peuvent constituer des échecs des protocoles ; et des études de référence ainsi que des études périodiques relatives à la culture de la sécurité à l'hôpital.

La stratégie d'évaluation cherche à recenser les facteurs sous-jacents aux manifestations indésirables préoccupantes, à faire correspondre ces facteurs avec ceux que les protocoles s'efforcent de prévenir, et à assurer le suivi des changements intervenus dans la culture de la sécurité dans les hôpitaux participants. Un système de gestion de l'information complexe contribue à la collecte des données et aux efforts d'analyse, et un protocole de suivi de la qualité des données ont été mis en place pour veiller à la validité des résultats du projet [30,31,32].

Le projet *High 5s* est conçu pour générer des connaissances qui permettent d'affiner et d'améliorer les protocoles opératoires normalisés, ainsi que d'évaluer la faisabilité et le succès des approches normalisées mises en œuvre pour résoudre des problèmes spécifiques liés à la sécurité des patients dans de multiples pays et cultures. La réalisation des objectifs du projet doit permettre de tirer de précieux enseignements et d'obtenir de nouvelles connaissances afin de faire progresser la sécurité des patients dans le monde entier et en particulier, la France [31].

#### b) La place de la France dans le projet *High 5s*

La France intègre ce projet international en 2009 avec approbation de Madame le ministre Roselyne Bachelot sur proposition de la Haute Autorité de Santé (HAS). La France s'est engagée à l'heure actuelle à évaluer la mise en œuvre et l'impact de 2 de ces protocoles, à savoir :

- ✓ la sécurité de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse aux points de transition du patient hospitalisé : c'est le *SOP Med'Rec* pour *Standard Operating Protocol Medication Reconciliation*,
- ✓ la prévention des erreurs de procédure et de site en chirurgie.

Le *SOP Med'Rec* vise à prévenir et corriger les erreurs médicamenteuses, dues à une mauvaise communication entre professionnels de santé, survenant aux différents points de rupture dans le parcours de soins du patient. Ces points de ruptures sont l'admission, le transfert entre différents services de soins et la sortie du patient de l'hôpital [33,34].

La HAS a mandaté l'OMEDIT Aquitaine (Observatoire des Médicaments, des dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques) pour l'accompagnement des établissements de santé Français dans la mise en œuvre et l'évaluation du SOP *Med'Rec* [35, 36, 37].

Ce protocole a été implanté dans 8 établissements de santé volontaires. Le centre hospitalier de Lunéville est retenu site pilote en 2009 par la HAS pour participer au *SOP Med'Rec*. Les 7 autres établissements sont ; le centre hospitalier de Compiègne, le centre hospitalier universitaire de Grenoble, la clinique privée de Moutier Rozeille, le centre hospitalier universitaire de Nîmes, le groupe hospitalier Nord Bichat-Claude Bernard de l'assistance publique des Hôpitaux de Paris, le centre hospitalier de Saint Marcellin, et les hôpitaux universitaires de Strasbourg. La fin de ce protocole standard normalisé est actée pour juillet 2015 [27].

Le terme *Med'Rec (Medication Reconciliation)* se traduit en Français par la conciliation des traitements médicamenteux. Dès janvier 2010, le centre hospitalier de Lunéville initie la démarche de conciliation des traitements médicamenteux à l'admission du patient hospitalisé. En effet, ses professionnels de santé ont élaboré des outils et testé la méthode pour une diffusion aux 7 autres établissements [34].

#### 4) La conciliation des traitements médicamenteux à l'admission

Les objectifs de la conciliation à l'admission sont de [38]:

- ✓ Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient à son admission en établissement de santé ou médico-social par la prévention ou par l'interception et correction des erreurs médicamenteuses détectées grâce à la conciliation. La conséquence majeure est l'évitement d'événements indésirables graves.
- ✓ Contribuer à la maîtrise des dépenses de santé par la diminution des coûts de prise en charge des événements indésirables médicamenteux qui sont associés à la mise en œuvre de traitement correcteur et/ou à la ré-hospitalisation non programmée des patients.

L'implantation de la conciliation dans les organisations d'un établissement vise la suppression des points critiques dans le parcours de soin du patient car la prise en charge médicamenteuse est :

- ✓ mieux coordonnée entre les professionnels de ville en lien avec ceux de l'hôpital par la diffusion partagée des informations sur les traitements des patients,

- ✓ plus performante quand sont associés, notamment dans le cadre du développement de la pharmacie clinique, à la conciliation l'analyse pharmaceutique des traitements, la gestion des médicaments du domicile apportés par le patient, la contribution à la révision, l'accompagnement du projet thérapeutique global et l'éducation thérapeutique du patient [38].

La conciliation est une activité contributive de la sécurisation de prise en charge globale du patient. Elle est surtout indiquée pour des situations particulières et des populations de patients à risque telles que les personnes âgées polymédiquées, les enfants et adolescents, les malades chroniques, les handicapés, et les patients hospitalisés en urgence [16].

#### a) La définition de la conciliation à l'admission

La conciliation des traitements médicamenteux est un processus formalisé, interactif et pluri-professionnel. Elle garantit la continuité des soins en intégrant à une nouvelle prescription, les traitements en cours et habituellement pris par le patient. Elle favorise la transmission d'informations complètes et exactes des traitements du patient entre professionnels de santé notamment à son admission dans un établissement de soins. L'usage a également consacré l'appellation "conciliation médicamenteuse".

La conciliation est dite proactive lorsque la liste des médicaments pris à domicile par le patient est établie avant rédaction de la première ordonnance à son admission en hospitalisation. Elle est dite rétroactive lorsque cette liste est établie après rédaction de cette première ordonnance [38].

#### b) Le processus de conciliation à l'admission

Concilier à l'admission représente un enchaînement d'étapes dont la cible est de sécuriser la prescription des médicaments.

Elle débute par la recherche active d'information sur les traitements du patient, par la formalisation de la liste exhaustive et complète de ses médicaments, par la prise en compte de cette liste dans la prescription hospitalière lors d'une conciliation proactive ou la comparaison de cette liste avec la prescription lors d'une conciliation rétroactive, puis par la rédaction d'un complément d'information ou d'une nouvelle prescription pour correction des divergences détectées.

Les 5 étapes du processus de conciliation à l'admission (figure 2) sont :

✓ **la recherche active d'informations sur les traitements du patient dès son admission.**

Cette recherche débute par un entretien avec le patient et son entourage ainsi qu'avec les professionnels de santé de ville ou d'autres établissements de soins le cas échéant. Les ordonnances, les courriers des médecins, ainsi que les bases de données telles que le dossier médical partagé et le dossier pharmaceutique sont à consulter. Si les médicaments du domicile sont apportés par le patient, ils constituent une autre source d'information utile. Au cours de cette étape, le patient a un rôle important à jouer, il permet d'accéder aux autres sources d'informations. La conciliation doit favoriser l'implication de la personne malade et promouvoir son rôle clé dans la sécurité de sa prise en charge médicamenteuse. La communication du patient sur ses traitements, son adhésion et ses attentes en termes d'information sur le médicament y est encouragée.

✓ **la formalisation d'une liste exhaustive et complète de ses médicaments, i.e la juste liste.**

La liste à établir concerne les médicaments pris par le patient qu'ils soient prescrits ou non (y compris l'automédication, les compléments alimentaires, la phytothérapie, ...). Cette juste liste constitue la cible à atteindre pour les professionnels de santé en charge des conciliations. Il est pertinent de croiser au moins 3 sources d'information, voire plus pour garantir l'obtention d'une liste exacte. Cette liste est validée par le pharmacien expert des produits de santé pour créer la confiance dans le résultat délivré au prescripteur.

✓ **la comparaison de la liste avec la prescription hospitalière à l'admission pour détecter les éventuelles divergences.**

Chaque ligne de médicament est caractérisée par la décision médicale qui semble avoir été prise, conférant au médicament un statut observé et factuel. Le médicament est ainsi considéré comme arrêté, suspendu, poursuivi en l'état, poursuivi avec modification, substitué ou ajouté. Ensuite, la recherche de la décision médicale annotée dans le dossier du patient permet de dire si cette décision est documentée ou non. Lorsqu'elle l'est, la ligne de traitement est validée. Lorsqu'elle ne l'est pas, il est conclu à l'existence d'une divergence.

- ✓ **la caractérisation des divergences observées selon l'intention du prescripteur comme divergences non intentionnelles (= erreur médicamenteuse) ou intentionnelles suite à une modification de l'état de santé du patient.**

A ce stade, la participation du médecin est obligatoire pour faire état du degré d'intention de la divergence non documentée : la divergence est qualifiée d'intentionnelle ou de non intentionnelle.

Les divergences intentionnelles non documentées correspondent à des modifications volontaires de traitement dont les raisons ne sont pas renseignées dans le dossier patient. Il peut s'agir d'un ajout, d'une modification ou de l'interruption d'un médicament. Ce défaut d'information est susceptible de générer une erreur médicamenteuse.

Les divergences non intentionnelles ou erreurs médicamenteuses correspondent à des modifications de traitement involontaires. Elles sont susceptibles de générer un événement indésirable pour le patient.

- ✓ **la correction consécutive des erreurs médicamenteuses interceptées avec rédaction d'une nouvelle ordonnance pour corriger les divergences détectées en tant que de besoin [39].**

La fiche de conciliation est archivée dans le dossier médical du patient. Elle est réutilisée lors de la conciliation de transfert ou de sortie du patient hospitalisé. [39].

<b>Étape 1</b>	<b>La recherche active d'informations sur les traitements du patient</b> auprès du patient et de son entourage, auprès des professionnels de santé de soins primaires et ceux d'établissements de santé, par l'exploitation de systèmes documentaires et/ou de bases de données	Activité pharmaceutique
<b>Étape 2</b>	<b>La formalisation d'une liste exhaustive et complète des médicaments</b> la juste liste des médicaments concerne les médicaments pris par le patient observant ou non, prescrits ou non par un médecin. Nécessité de croiser au moins 5 sources d'informations pour une confiance dans la liste	Activité pharmaceutique
<b>Étape 3</b>	<b>La comparaison de la liste avec la prescription hospitalière à l'admission</b> pour repérer les divergences entre la liste et l'ordonnance rédigée à l'admission pour qualifier la ligne de prescription du médicament comme ligne arrêtée, suspendue, poursuivie, modifiée, substituée ou ajoutée pour signaler si cette information est documentée ou non documentée	Activité pharmaceutique
<b>Étape 4</b>	<b>La caractérisation des divergences observées selon l'intention</b> comme divergences intentionnelles non documentées = Erreurs médicamenteuses et divergences non intentionnelles	Activité médicale
<b>Étape 5</b>	<b>La rédaction d'un complément d'information ou d'une nouvelle prescription</b> pour poursuivre la prise en charge médicamenteuse sécurisée du patient en tant que de besoin. Il s'agit de l'acte médical de conciliation proprement dite	Activité médicale

Figure 2 : Les activités consécutives de la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission du patient hospitalisé

### c) Les différents modes de conciliation à l'admission

La conciliation se déroule selon un mode proactif ou rétroactif.

✓ Mode proactif

La liste des médicaments pris par le patient est établie avant la rédaction de la première ordonnance à son admission en hospitalisation (figure 3). Le prescripteur prend en compte la liste dans sa prescription. La conciliation proactive prévient la survenue de l'erreur médicamenteuse liée à l'étape de transmission des informations entre les professionnels de santé de ville et de l'hôpital [39].

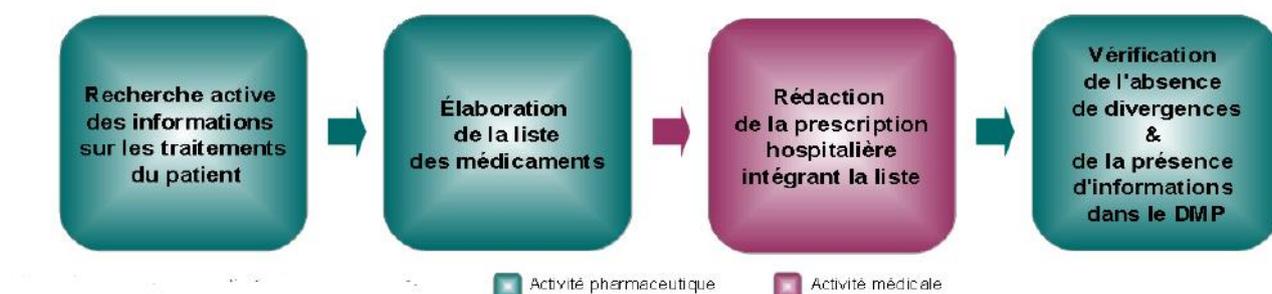


Figure 3 : Conciliation médicamenteuse proactive

✓ Mode rétroactif

La liste des médicaments pris par le patient à son domicile est établie après rédaction de l'ordonnance à l'admission (figure 4). La comparaison de la liste avec l'ordonnance des médicaments à l'admission permet l'identification des divergences éventuelles dont les erreurs médicamenteuses. Elles correspondent à des modifications de traitement involontaires qui sont susceptibles d'entraîner un événement indésirable pour le patient. Ces erreurs médicamenteuses sont interceptées et corrigées par la conciliation [3,29]. Les divergences intentionnelles non documentées correspondent à des modifications volontaires de traitement, mais dont les raisons ne sont pas signalées dans le dossier patient. Ces défauts d'information sont susceptibles de générer des erreurs médicamenteuses [39].



Figure 4 : Conciliation médicamenteuse rétroactive

#### d) Les outils de la conciliation à l'admission

Le centre hospitalier de Lunéville a créé des outils pour optimiser la démarche de conciliation à l'admission. Ces outils sont mis à disposition des établissements de santé désirant mettre en œuvre la conciliation.

##### ✓ La fiche de recueil des médicaments

Elle est un support pour le recueil des médicaments lors de la recherche active d'informations sur les traitements du patient pris avant hospitalisation (Annexe 1). Pour chaque source d'information consultée, les médicaments y sont notés. Chaque fiche de recueil des médicaments est identifiée avec les : nom, prénom, date de naissance et Identifiant Permanent du Patient.

Cette fiche de recueil, une fois complétée, permet la formalisation de la liste exhaustive et complète des médicaments pris par le patient. On entend par exhaustive que le médicament est connu de la source d'information et par complète, que la source d'information précise le dosage, la forme galénique, la voie d'administration et la posologie. Cette juste liste concerne les médicaments pris par le patient qu'il soit observant ou non et que les médicaments soient prescrits ou non par le médecin. Il faut croiser au moins 3 sources d'informations pour une confiance dans la juste liste.

##### ✓ La fiche patient

Elle est un support pour le recueil du contexte clinique et des données biologiques du patient. Chaque fiche patient est identifiée avec les : nom, prénom, date de naissance et Identifiant Permanent du Patient. Y figure le motif d'hospitalisation, les antécédents médicaux et/ou chirurgicaux du patient ainsi que ses données biologiques (Annexe 2).

##### ✓ La fiche de conciliation des traitements à l'admission

Elle est un support pour réaliser l'acte de conciliation proprement dite (Annexe 3). Chaque fiche de conciliation est identifiée avec les : nom, prénom, date de naissance et Identifiant Permanent du Patient. On y trouve également le numéro de chambre du patient, le mode de conciliation (proactif/rétroactif), les noms des professionnels de santé de ville du patient, ainsi que les sources d'informations consultées pour établir la juste liste.

Sur cette fiche est formalisée la juste liste des médicaments pris par le patient avant son hospitalisation. En regard de la juste liste est inscrit les médicaments prescrits sur la première ordonnance établie à l'admission du patient. La comparaison de la juste liste à la prescription hospitalière à l'admission conduit à repérer les divergences. Le médecin caractérise les divergences observées comme divergences intentionnelles non documentée et erreurs médicamenteuses (= divergences non intentionnelles).

✓ La base de données « conciliation »

Elle recueille au quotidien toutes les informations relatives à la conciliation à l'admission des patients hospitalisés. Tous les patients sont anonymisés. Y figure le numéro d'anonymat du patient, le service d'hospitalisation, la date d'admission, les informations sur la conciliation des traitements (patient concilié en proactif, dans les 24h, ou au delà), le nombre et le type de divergences (erreur médicamenteuse ou divergence intentionnelle), le nombre de lignes de médicaments (de la juste liste et de l'OMA), le temps pour établir la juste liste et le temps de conciliation proprement dite, les sources d'information consultées pour établir la juste liste.

Une requête informatique de cette base de données conduit à l'élaboration d'un tableau de bord (production d'indicateurs, de courbes et de diagrammes). Il permet de suivre et d'évaluer le degré d'implantation de la conciliation dans l'établissement.

✓ La base de données « erreur médicamenteuse »

Elle recueille au quotidien toutes les informations sur les erreurs médicamenteuses. Y figure le numéro d'anonymat du patient, le nombre d'erreurs médicamenteuses existantes, la classe ATC du médicament où se situe l'erreur médicamenteuse, le médicament inscrit sur la juste liste et celui de l'OMA, le statut du médicament, la nature de l'erreur médicamenteuse, la décision médicale de reprise ou non, l'évaluation de la gravité potentielle des conséquences de l'erreur médicamenteuse par le médecin et le pharmacien.

e) Les indicateurs

Le suivi d'indicateurs permet d'évaluer le degré d'implantation de la conciliation à l'admission dans l'établissement (IPAQSS CM1 : indicateur de performance sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins) et l'impact de la pratique de conciliation des patients (IPC CM2 : indicateur de pratique clinique) [37].

L'indicateur de performance sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que l'indicateur de pratique clinique, sont extraits de la base « conciliation ».

✓ Indicateur de la performance sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins :

$$CM1 = \frac{\text{nombre de patients conciliés} \times 100}{\text{nombre de patients éligibles}}$$

✓ Indicateur de pratique clinique :

$$CM2 = \frac{\text{nombre de patients avec } \geq 1 \text{ EM* corrigée} \times 100}{\text{nombre de patients conciliés}}$$

Le nombre de patients éligibles à la conciliation est à définir par l'établissement de santé en fonction de la population, des unités de soins ciblés par la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse.

## 5) La conciliation des traitements médicamenteux de sortie

L'objectif de la conciliation de sortie est de prévenir la iatrogénie médicamenteuse liée aux erreurs en sécurisant la prise en charge médicamenteuse à la sortie du patient hospitalisé en transmettant aux professionnels de santé d'aval et au patient une information juste et validée relative à son traitement global [40].

### a) La définition de la conciliation de sortie

La conciliation de sortie est un processus interactif et pluri-professionnel qui garantit la continuité du traitement à la sortie du patient hospitalisé.

La conciliation de sortie organise la transmission d'une information juste et validée relative au traitement global du patient vers :

- ✓ le patient : pour l'aider à adhérer à son traitement médicamenteux à domicile et ainsi favoriser l'observance si ses capacités cognitives et son état de conscience le permettent [40].
- ✓ le pharmacien d'officine : pour optimiser son acte de dispensation
- ✓ le médecin traitant : pour intégrer à sa nouvelle prescription, les modifications apportées au traitement pendant l'hospitalisation
- ✓ l'établissement de santé relais : pour intégrer à sa nouvelle prescription, les modifications apportées au traitement pendant l'hospitalisation.

Le fait de concilier à l'admission ne dispense pas de concilier à la sortie. Un patient concilié ou non à l'admission doit être concilié à la sortie. La conciliation de sortie est une méthode de prévention des erreurs médicamenteuses survenant à l'étape de transmission des données par les praticiens hospitaliers aux professionnels de santé d'aval [40].

La généralisation de la conciliation de sortie à tous les services de court séjour de l'établissement de santé, promeut le travail en équipe sur le territoire et autour du patient. Elle permet des échanges d'information entre les différents professionnels de santé et les systèmes d'information en santé.

#### b) Le processus de la conciliation de sortie

Concilier à la sortie représente un enchaînement d'étapes dont la cible est de sécuriser la prise en charge médicamenteuse à la sortie du patient hospitalisé.

Les 5 étapes du processus de conciliation de sortie sont :

- ✓ La recherche active des informations sur les traitements du patient issues du traitement médicamenteux à l'admission, des traitements en cours de l'hospitalisation, du traitement de sortie et de l'ordonnance de sortie
- ✓ L'identification des divergences observées lors de la comparaison avec les informations recueillies

- ✓ La résolution des divergences observées, avec le médecin hospitalier pour correction éventuelle du traitement de sortie et de l'ordonnance de sortie
- ✓ La synthèse commentée des informations recueillies par le pharmacien hospitalier pour formaliser la fiche de conciliation de sortie. Cette fiche définit la stratégie thérapeutique médicamenteuse du patient
- ✓ La transmission sécurisée des informations sur la prise en charge médicamenteuse globale du patient aux professionnels de santé d'aval. Un entretien avec le patient pour délivrer une information sur le traitement à prendre à domicile par le pharmacien hospitalier. L'entretien est réalisé si les capacités cognitives et l'état de conscience du patient le permettent [41].

Une étude au CHU de Nantes a été établie en 2011 sur la conciliation de sortie. A la sortie de chaque patient, ils envoyaient un courrier pharmaceutique de sortie destiné au pharmacien d'officine. L'objectif était d'améliorer l'information des pharmaciens d'officine quant au séjour à l'hôpital de leurs patients et ainsi d'optimiser le suivi pharmaco-thérapeutique. Les pharmaciens d'officine sont satisfaits de l'information apportée par le courrier pharmaceutique de sortie [42].

#### c) Les outils de la conciliation de sortie

Le centre hospitalier de Lunéville a créé des outils pour optimiser la démarche de conciliation de sortie. Ces outils sont mis à disposition des établissements de santé désirant mettre en œuvre la conciliation.

- ✓ la fiche de conciliation des traitements de sortie

Elle est un support pour organiser la conciliation de sortie (Annexe 4). Chaque fiche de conciliation est identifiée avec les : nom, prénom, date de naissance et Identifiant Permanent du Patient.

On y trouve également la date et heure de sortie du patient, ainsi que les noms de ses professionnels de santé de ville.

Sur cette fiche est formalisée la juste liste des médicaments pris par le patient avant son hospitalisation. En regard de la juste liste le médecin inscrit les médicaments à poursuivre à la sortie. Y figure également les commentaires expliquant les changements de traitement.

✓ la fiche d'information destinée au patient

Elle est un support pour aider le patient à poursuivre son traitement médicamenteux à domicile (Annexe 5). La nature de l'information au patient sortant porte sur ses traitements, sur leur évolution et sur les raisons de cette évolution. Cette fiche contient toutes les informations nécessaires au patient pour poursuivre son traitement seul à domicile. Les noms des médicaments sont inscrits ainsi que les posologies, des commentaires peuvent être notés également.

Cette fiche est remise par le pharmacien hospitalier au patient juste avant sa sortie lors d'un entretien pharmaceutique.

✓ le courrier de conciliation de sortie

Il est destiné au médecin traitant, au pharmacien d'officine et à tout professionnel de santé prenant en charge le patient à sa sortie (Annexe 6). Le courrier est formalisé à partir de la fiche de conciliation des traitements de sortie, puis validé par le pharmacien hospitalier. Ce dernier compare la liste des médicaments à poursuivre à la dernière ordonnance d'hospitalisation et à l'ordonnance de sortie. La juste liste des médicaments pris par le patient avant son hospitalisation est mise en regard des médicaments à poursuivre à la sortie. Les changements de traitement sont expliqués par des commentaires.

Au centre hospitalier de Lunéville, le courrier de conciliation de sortie est transféré le jour même de la sortie du patient par messagerie sécurisée aux professionnels de santé d'aval (Pharmacrypt pour les pharmaciens et Apicrypt pour les médecins). Si ces professionnels de santé n'ont pas de messagerie sécurisée, le courrier de conciliation de sortie est alors transféré par fax ou courrier postal.

✓ La base de données « conciliation »

Elle recueille au quotidien toutes les informations relatives à la conciliation de sortie des patients sortant (nombre d'erreurs médicamenteuses détectées, durée de conciliation, information donnée au patient, délai d'envoi du courrier de conciliation). Cette base de données est la même que celle qui recueille au quotidien les données sur la conciliation à l'admission.

#### d) Les indicateurs

Le suivi d'indicateurs permet d'évaluer ; le degré d'implantation de la conciliation de sortie dans l'établissement (I1 : indicateur d'activité) ; la performance du processus ( I2 : indicateur de performance) ; l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient ( I3 : indicateur de qualité) ; et l'impact de la pratique de conciliation de sortie (I4 et I5 : indicateurs de pratique clinique) [40]. Ces indicateurs sont extraits de la base « conciliation ».

Le suivi des indicateurs permet d'évaluer entre autre :

✓ Indicateur d'activité :

$$I1 = \frac{\text{nombre de patients conciliés à la sortie} \times 100}{\text{nombre de patients éligibles}}$$

✓ Indicateur de performance :

$$I2 = \frac{\text{nombre de patients conciliés le jour de la sortie} \times 100}{\text{nombre de patients conciliés à la sortie}}$$

✓ Indicateur de qualité :

$$I3 = \frac{\text{nombre de patients concilié à la sortie de manière complète} \times 100}{\text{nombre de patients conciliés à la sortie}}$$

✓ Indicateurs de pratique clinique :

$$I4 = \frac{\text{nombre de patients bénéficiant d'une consultation pharmaceutique à la sortie} \times 100}{\text{nombre de patients conciliés à la sortie}}$$

$$I5 = \frac{\text{nombre de patients avec } \geq \text{une erreur médicamenteuse corrigée} \times 100}{\text{nombre de patients conciliés à la sortie}}$$

## **II. La conciliation des traitements médicamenteux au centre hospitalier de Lunéville : de l'implantation à l'évaluation de l'impact clinique**

### 1) La recherche de la juste liste des médicaments à l'admission du patient hospitalisé

Le manque de fiabilité de la liste des médicaments pris par le patient à son domicile est un problème récurrent auquel les professionnels de santé sont confrontés. Rechercher ces informations est essentiel pour améliorer la sécurité thérapeutique du patient tout au long de son parcours de soin.

La juste liste des médicaments pris par le patient à son domicile constitue la cible à atteindre pour les professionnels en charge des conciliations. La juste liste contribue à sécuriser la prescription qui est l'étape initiale de la prise en charge médicamenteuse du patient. Elle se définit comme étant la liste des médicaments à la fois exhaustive et complète. La liste est exhaustive lorsque toutes les lignes de médicaments sont identifiées par leur nom de spécialité ou leur dénomination commune internationale. La liste est complète lorsque pour chaque ligne de médicament, le dosage, la forme galénique, la voie d'administration et la posologie sont précisés. Les anglo-saxons appellent cette juste liste établie lors de la conciliation à l'admission du patient hospitalisé, la "gold standard pre-admission list".

#### a) La qualité informationnelle de la liste des médicaments à l'admission

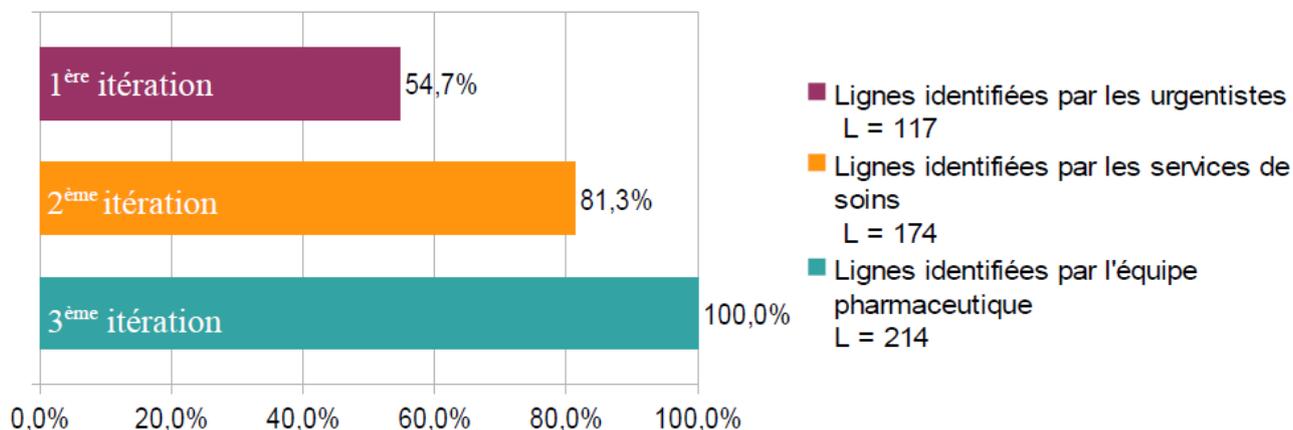
En 2011, une enquête de pratique est réalisée au centre hospitalier de Lunéville. Elle concerne la qualité informationnelle de la liste des médicaments obtenue soit par le personnel du service des urgences, soit par celui du service de soins où le patient est hospitalisé. Seuls 24% des patients hospitalisés après passage aux urgences bénéficient d'une juste liste [30]. Les sources d'informations ayant permis d'identifier les médicaments de la liste ne sont mentionnés ni dans le dossier patient, ni dans le système d'information propre au service des urgences de l'établissement. Le pourcentage de lignes complètes de médicaments, détectées aux urgences est de 54,7%. Ce constat d'insuffisance de données est en accord avec Caglar et al. pour qui les listes de médicaments établies aux urgences sont justes dans seulement 13% des cas [20].

Pour cette raison, la recherche de la liste des médicaments est recommencée *de novo* par le personnel médical et soignant du service de soin d'aval. Le processus est donc itératif et non efficient en raison de l'absence de fiabilité dans la liste communiquée par les urgences.

L'origine des sources d'information n'est pas mentionnée dans le dossier du patient.

Le pourcentage de lignes complètes dans le service de soins en aval est de 81,3%.

L'équipe pharmaceutique recommence une troisième fois le processus mais de façon structurée. La liste devient exhaustive et complète et les sources sont renseignées à 100% (figure 5).



**Figure 5 : Nombre de lignes de médicaments complètes dans les listes établies au cours des conciliations itératives**

L'activité de conciliation est mieux intégrée dans le parcours de soin du patient si elle est efficace. Pour cela, il est judicieux de choisir le professionnel le plus compétent et/ou le mieux formé. L'étude de Wong montre que les listes de médicaments obtenus par les pharmaciens sont plus précises et plus complètes que celles obtenus par d'autres professionnels de santé [43]. De même, Balon montre que la liste est plus précise lorsqu'elle est établie par le pharmacien hospitalier [44].

#### b) La qualité informationnelle des sources d'information

La juste liste est dépendante de l'accessibilité de la source d'information et de la disponibilité de l'information. La source est accessible lorsqu'elle est susceptible de donner une information sur le traitement médicamenteux du patient. La ligne de médicament est disponible lorsque la source met à disposition au moins une partie de l'information sur le traitement médicamenteux du patient lors de sa consultation.

La recherche et la formulation de la liste des médicaments est une étape chronophage car les sources d'information sont nombreuses et parfois indisponibles d'où une réitération des consultations.

Une source d'information est jugée d'autant plus intéressante que les informations sont disponibles et complètes ; le produit de ces deux paramètres correspond à la capacité informationnelle d'une source d'information.

En 2011, une étude observationnelle est réalisée au centre hospitalier de Lunéville. Elle concerne la qualité informationnelle de 14 sources d'informations ; le logiciel d'aide à la prescription informatisée Image Pharma® de la société SQLI ; le pharmacien d'officine ; le patient ; le médecin traitant ; la lettre du médecin traitant ; la base RéseauLu® (réseau de coordination pour le maintien à domicile des personnes âgées dans le territoire du Lunévillois) ; le dossier médical patient antérieur ; la famille ; l'ordonnance du médecin traitant ; Ma pharmacie personnelle® (médicaments apportés par le patient) ; les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; la lettre du médecin spécialiste ; la lettre au médecin traitant du médecin hospitalier ; l'infirmière libérale.

Pour chaque patient, chaque source d'information et chaque ligne de médicament, sont spécifiés la disponibilité (la source dispose d'une information sur le traitement médicamenteux du patient lors de sa consultation), l'exhaustivité (la source identifie tous les médicaments par leur nom de spécialité ou leur dénomination commune internationale) et la complétude (la source précise le dosage, la forme galénique, la voie d'administration et la posologie), lorsque la source est accessible (la source est susceptible de donner une information sur le traitement médicamenteux du patient). La disponibilité, l'exhaustivité et la complétude ont pour unité d'œuvre la ligne de médicament. L'accessibilité a pour unité d'œuvre le patient.

La capacité informationnelle (produit de la disponibilité et de la complétude) est évaluée pour chacune des 14 sources d'information.

Le délai d'accès à une source n'a pas été retenu comme critère d'évaluation car l'objectif de l'étude cible la complétude de l'information et non la rapidité de son obtention [45].

#### *Accessibilité et disponibilité*

L'accessibilité et la disponibilité des sources d'information sont présentées dans la figure 6. Les 4 sources les plus accessibles sont le logiciel d'aide à la prescription Image Pharma® (97,4%), le pharmacien d'officine (89,6%), le patient lui-même (85,2%) et le médecin traitant (80,0%).

Les 4 sources pour lesquelles les informations sont les plus souvent disponibles sont la fiche de liaison des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) d'où provient le patient hospitalisé, l'ordonnance du patient principalement rédigée par le médecin traitant, l'infirmière à domicile (toutes les trois à 100%) et le pharmacien d'officine (94,2%).

Accessibilité et disponibilité sont indépendantes, les EHPAD par exemple ont une disponibilité maximale (100%) mais une accessibilité faible (9,6%). A l'inverse le logiciel de prescription Image Pharma® est presque toujours accessible (97,4%) mais délivre peu d'informations (14,3%). Pour le pharmacien d'officine la source peut être consultée pour de nombreux patients et donner de nombreuses informations (accessibilité et disponibilité de 89,6% et 94,2%) [45].

### *Exhaustivité et complétude*

L'exhaustivité et la complétude des sources d'information sont présentées dans la figure 6. Les 4 sources qui permettent d'obtenir la liste la plus exhaustive (les médicaments sont identifiés) sont ; la fiche de liaison de l'EHPAD (100% des médicaments), le pharmacien d'officine (89,3%), l'ordonnance (87,8%) et le médecin traitant (64,7%). La fiche de liaison de l'EHPAD et l'ordonnance sont des documents dont la finalité est de recenser les prescriptions, d'où une exhaustivité élevée. Le pharmacien d'officine dispose d'une traçabilité informatisée des actes de dispensation. Il peut donc retrouver les médicaments délivrés sur ordonnance et souvent ceux délivrés sans ordonnance. La source d'information "médecin traitant" a une exhaustivité élevée mais non optimale. Les médecins généralistes disposent la plupart du temps d'un dossier patient informatisé avec l'historique des prescriptions. Quand ils sont joints à leur cabinet, ils communiquent la liste complète des médicaments prescrits. Ce n'est, bien sûr, plus le cas lorsqu'ils sont joints au domicile de leurs patients. Les 4 sources qui donnent les informations les plus complètes (la ligne de traitement comporte le nom du médicament, le dosage, la forme galénique, la voie d'administration et la posologie) sont la fiche de liaison de l'EHPAD (100%), l'ordonnance (84,0%), le pharmacien d'officine (67,0%) et le médecin traitant (53,2%) (figure 6).

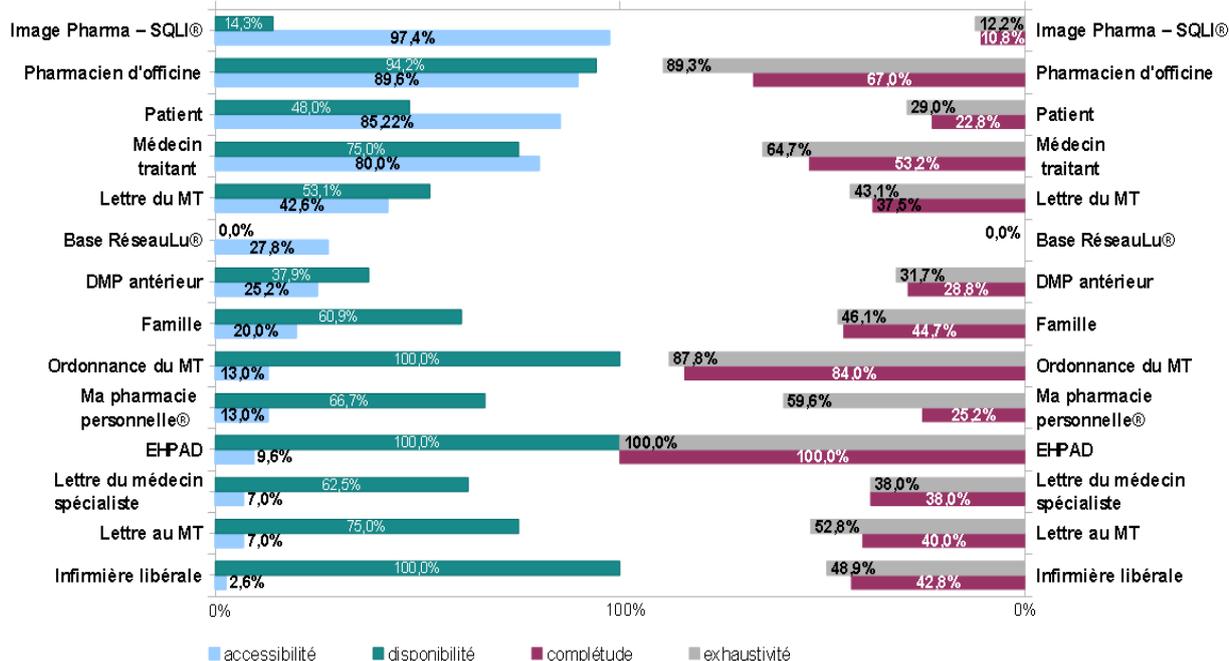


Figure 6 : Accessibilité, disponibilité, exhaustivité et complétude des 14 sources d'informations

### Capacité informationnelle

La capacité informationnelle des sources d'information est présentée en regard de l'accessibilité dans le tableau I. La fiche de liaison de l'EHPAD affiche une capacité informationnelle de 100% mais cette source ne concerne que 11 patients (9,6%). L'ordonnance du médecin traitant dispose d'une capacité informationnelle de 84,0% ; néanmoins seuls 15 patients (13,0%) l'apportent. Le pharmacien d'officine (63,1%) occupe la 3ème position en raison d'une accessibilité élevée de 89,6%. Pour les autres sources d'information, la capacité informationnelle est inférieure à 50%.

### Dossier pharmaceutique

Les pharmaciens du CH de Lunéville consultent le DP du patient hospitalisé depuis janvier 2013. Le DP est un historique médicamenteux de 4 mois. Il est une des sources d'information analysées pour établir la liste des médicaments pris par le patient lors de la conciliation des traitements médicamenteux. En effet quels que soient le jour de la semaine et le moment de la journée le DP communique cet historique pour un grand nombre de patients. [46 ;47]

En 2013, 172 patients conciliés à l'admission ont été inclus dans une étude observationnelle rétrospective. Lorsque la carte vitale du patient est accessible, et s'il en possède un, le DP est alors consulté. L'accessibilité et la disponibilité du DP sont respectivement de 10,9% et 97,5%.

Le DP a permis d'identifier 1186 lignes de médicaments des 1298 lignes identifiées par la conciliation (soit 91,4% d'exhaustivité).

L'information délivrée n'est jamais complète car la posologie des médicaments n'apparaît pas dans le DP des patients.

**Tableau I : Capacité informationnelle des 14 sources en regard de leur accessibilité**

SOURCE	CAPACITE INFORMATIONNELLE	ACCESSIBILITÉ		Nombre de lignes identifiées	Nombre de lignes complètes
		Pourcentage de patient	Nombre de patient		
EHPAD	100,0%	9,6%	11	101	101
Ordonnance du MT	84,0%	13,0%	15	87	22
Pharmacien d'officine	63,1%	89,6%	103	707	474
Infirmière libérale	42,8%	2,6%	3	32	14
Médecin traitant	39,9%	80,0%	92	509	270
Lettre au MT	30,0%	7,0%	8	74	30
Famille	29,2%	20,0%	23	98	47
Lettre du médecin spécialiste	23,8%	7,0%	8	39	15
Lettre du MT	19,9%	42,6%	49	200	75
Ma pharmacie®	16,8%	13,0%	15	112	94
Patient	15,6%	85,2%	98	484	111
DMP antérieur	10,9%	25,2%	29	90	26
Image Pharma – SQLI®	1,5%	97,4%	112	118	13
Base RéseauLu®	0,0%	27,8%	32	0	0

### c) Discussion

#### *De la nécessité de consulter plusieurs sources d'information*

Les résultats relatifs à la capacité informationnelle des sources d'information (tableau I) montrent qu'aucune source ne se suffit à elle-même. Seuls les patients arrivant d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes font exception. Dans leur cas, la fiche de liaison de l'EHPAD permet à elle seule de fournir la juste liste. Pour tous les autres patients, seule la combinaison d'au moins trois sources d'information tend vers l'obtention d'une juste liste des médicaments.

### *Les caractéristiques de l'information pour établir la juste liste des médicaments*

Dans la littérature les paramètres étudiés relatifs à la fiabilité de l'information, ne sont pas toujours les mêmes ou ne sont pas toujours définis par les mêmes critères [48].

Pour notre étude, nous avons distingué l'accessibilité de la disponibilité mais également l'exhaustivité de la complétude. La figure 6 montre l'indépendance des paramètres : il existe des sources d'information dont l'accessibilité est élevée et la disponibilité faible et inversement. Quant à l'exhaustivité, quelle que soit sa valeur la complétude lui est au mieux équivalente.

Cette distinction dans les caractéristiques n'affecte pas la comparaison avec les résultats publiés par d'autres équipes. Fitzsimons aboutit, en Irlande, aux mêmes résultats concernant les EHPAD : accessibilité de 7% (9,6% au CHL) et complétude de 98% (100% au CHL) ( $p < 0.2$  – non significatif) [49].

L'équipe néerlandaise de Lau confirme la capacité informationnelle élevée du pharmacien d'officine en raison de l'amplitude des heures d'ouverture des officines, du haut niveau d'informatisation et de la qualité de l'archivage des données. Il constate 97,6% d'exhaustivité versus 89,3% au CHL [50].

Quelles que soient les études, la lettre du médecin traitant affiche une complétude modérée : 36,9% au CHL versus 25% dans l'étude de Tulner [51] et 28% dans une étude réalisée par l'équipe de médecine interne de l'Hôpital d'instruction des armées de Brest [52].

L'ordonnance apportée par le patient est peu accessible (13,0% soit 15 patients). Toutefois, elle conduit à la formalisation d'une liste exhaustive à 87,8% et complète à 84,0%. L'exhaustivité comme la complétude ne sont pas maximales. La raison est multifactorielle : les ordonnances apportées sont le plus souvent celles du médecin traitant. Or certains médicaments, comme les spécialités ophtalmologiques, sont prescrits par des médecins spécialistes. Influente également les prescriptions de spécialités à conditionnement trimestriel ; le médicament ne figure sur l'ordonnance qu'une fois sur trois. Une troisième cause est le "stock" détenu au domicile du patient; il induit une prescription non systématique de la spécialité.

Aucune source ne doit être exclue, toutes peuvent jouer un rôle. Ainsi, l'accessibilité de l'infirmière à domicile est de 2,6%, elle fournit une information exhaustive à 48,9% et complète à 42,8%. Malgré une faible capacité informationnelle, cette source est intéressante dans certaines situations, notamment pour les patients ayant des médicaments injectables (insulinothérapie par exemple).

### *Des recommandations pour établir la juste liste*

En pratique, le suivi de ces recommandations crée une confiance dans le résultat obtenu :

- Dans le cas où le patient vient d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, un seul contact est suffisant pour établir la juste liste : celui avec les professionnels de l'établissement ;
- Le dossier médical est consulté pour appréhender la situation clinique et faciliter les entretiens ultérieurs ;
- Le premier entretien doit être conduit avec le patient. Sa capacité informationnelle est faible (15,6%). Mais il communique des informations essentielles tels les noms du médecin traitant, du pharmacien d'officine et de l'infirmière qui vient à son domicile ;
- Le 2ème contact à privilégier est le pharmacien d'officine (capacité informationnelle de 63,1%). Ses coordonnées sont impérativement notées dans le dossier du patient;
- Pour les autres sources, (médecin spécialiste, logiciel d'aide à la prescription, médicaments apportés par le patient, dossier médical patient antérieur ou lettres adressées au médecin traitant), leur consultation est conditionnée par l'entretien avec le patient ;
- Il est indispensable de combiner au moins 3 sources d'information afin de lever d'éventuelles contradictions entre deux sources ;
- Il est recommandé de consulter jusqu'à 5 sources d'information pour aboutir à la juste liste ;
- Certaines situations complexes méritent que toutes les sources d'information accessibles soient consultées pour s'assurer d'une juste liste, ce qui est confirmé par Balon et Pippins [44,53]. Dans tous les cas, les sources d'information consultées doivent être mentionnées dans le dossier du patient et sur le document établissant la juste liste.
- La liste est signée par un pharmacien senior pour validation. Il est garant du respect de la procédure. La liste est ainsi communiquée au médecin du service de soin [45].

### *Les sources d'information complémentaires*

Deux sources d'informations n'ont pas été analysées car non accessibles au moment de l'étude : l'historique des remboursements de la base de données AMELI de l'Assurance maladie et le Dossier médical partagé.

## 2) La formalisation du processus de conciliation à l'admission

La conciliation à l'admission est mise en place au centre hospitalier de Lunéville depuis janvier 2010. Le CHL est un établissement public de santé de 423 lits. Une analyse du processus de conciliation sur la période allant de janvier 2010 à décembre 2011 est réalisée pour aboutir à la formalisation d'un nouveau processus plus efficient.

Depuis janvier 2012, la démarche de conciliation médicamenteuse à l'admission d'un patient hospitalisé au centre hospitalier de Lunéville, suit ce nouveau processus. Les deux modes de conciliation sont réalisés concomitamment dans la pratique de tous les jours. Le patient est concilié de façon proactive s'il arrive au service des urgences pendant les heures d'ouverture de la PUI ou s'il est pris en charge par l'équipe pharmaceutique avant que l'ordonnance d'admission soit établie. Sinon, le patient est concilié de façon rétroactive.

A partir du moment où un patient entre au service des urgences, il est potentiellement éligible à la conciliation. Pour le moment, le centre hospitalier de Lunéville applique ce processus aux personnes âgées de plus de 65 ans puis hospitalisées en service de soins de courte durée. Ce sont ces personnes qui ont le plus de risques iatrogéniques. Le processus est implanté pour le moment en cardiologie, médecines, chirurgies, unité de soins continus et aux urgences. L'heure d'arrivée du patient dans le service des urgences correspond à l'heure à laquelle débute le décompte horaire pour calculer les délais de réalisation de la conciliation. L'âge des patients, les données sur les traitements et les données organisationnelles du processus sont collectées et analysées avec un logiciel par l'équipe pharmaceutique.

Toutes les étapes du processus de conciliation sont formalisées sous forme d'un logigramme en utilisant les symboles de gestion normalisés des informations. Le logigramme (figure 7) est réalisé au cours des réunions pluriprofessionnelles à l'aide du logiciel Open Office®.

Le but de l'élaboration de ce logigramme est de formaliser la démarche de conciliation de façon explicite. Il facilitera ensuite la formation et la communication d'une démarche encore peu connue et peu implantée dans les pratiques professionnelles.

Les différentes étapes du processus sont décrites et leur enchaînement est clairement établi. Les acteurs intervenants à chaque étape sont cités, ainsi que les supports et les sources utilisés.

Le logigramme formalisé est validé et rendu opposable en commission médicale d'établissement. L'organisation décrite est à l'origine de l'amélioration de l'efficacité des activités de conciliation.

Le logigramme prend en compte quatre variables :

- ✓ La première est la disponibilité du personnel du service de pharmacie, acteur principal du processus de conciliation. Par conséquent, une première distinction est faite selon l'ouverture ou la fermeture du service de pharmacie.
- ✓ La deuxième variable concerne la temporalité du transfert du patient dans le service de soins en regard de la rédaction de la fiche de conciliation. Celle-ci, remplie par les pharmaciens, est achevée avant transfert ou non du patient dans le service de court séjour.
- ✓ La troisième variable cible le mode de conciliation proactif ou rétroactif dont les étapes de réalisation diffèrent.
- ✓ La dernière variable décrit le caractère intentionnel ou non de la divergence observée entre la liste des médicaments du patient et la première ordonnance.

Lors des horaires d'ouverture de la pharmacie, la formalisation de la juste liste est établie par une personne de l'équipe pharmaceutique et vérifiée par un pharmacien senior.

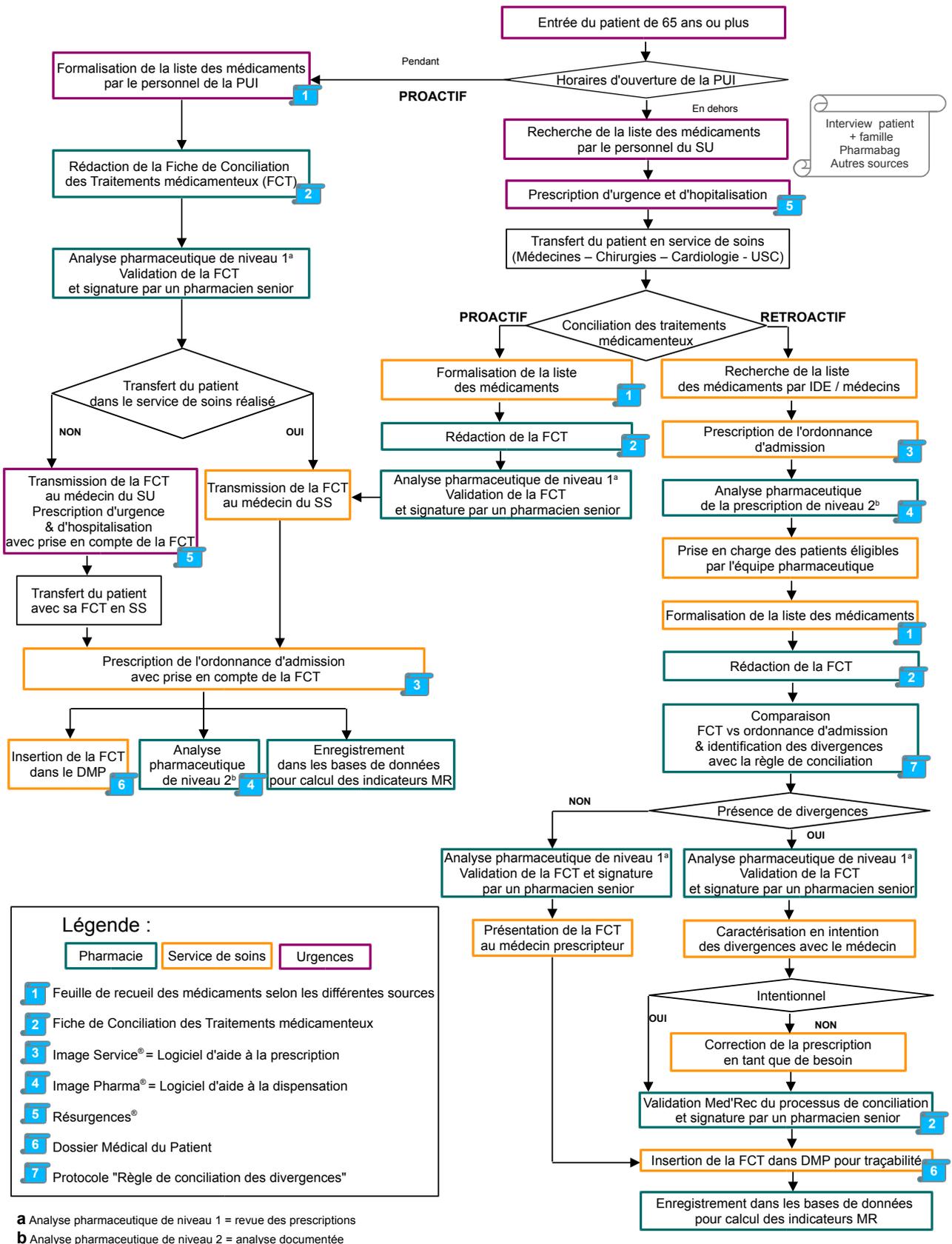
Dès lors que le patient est transféré en service de soins, il y a transmission de la fiche de conciliation au médecin du service de soins. De ce fait, la prescription du patient est établie en fonction de la juste liste et il n'y a pas d'erreur médicamenteuse : c'est la conciliation proactive.

En dehors des horaires d'ouverture de la pharmacie, la recherche de la liste des médicaments est effectuée par le personnel du service des urgences. Une prescription d'urgence et d'hospitalisation est établie. Ensuite, le patient est transféré en services de soins et la conciliation a lieu :

- ✓ soit en proactive si aucune ordonnance auparavant n'a été établie,
- ✓ soit en rétroactive si une ordonnance a déjà été établie par un médecin.

Lorsque le processus de conciliation est terminé et validé, il y a apposition d'une signature par le pharmacien senior et la fiche de conciliation est insérée dans le dossier médical patient pour traçabilité.

Ce logigramme permet de comprendre facilement le processus de conciliation. Toutes les étapes y sont décrites. Il est également utilisé lors de la formation de nouvelles équipes médicales notamment lors de la formation bisannuelle des internes en médecine et pharmacie [54,55].



**Légende :**

Pharmacie    Service de soins    Urgences

- 1 Feuille de recueil des médicaments selon les différentes sources
- 2 Fiche de Conciliation des Traitements médicamenteux
- 3 Image Service® = Logiciel d'aide à la prescription
- 4 Image Pharma® = Logiciel d'aide à la dispensation
- 5 Résurgences®
- 6 Dossier Médical du Patient
- 7 Protocole "Règle de conciliation des divergences"

**a** Analyse pharmaceutique de niveau 1 = revue des prescriptions  
**b** Analyse pharmaceutique de niveau 2 = analyse documentée

Figure 7 : Logigramme de la conciliation des traitements médicamenteux au CH de Lunéville

### 3) Les résultats de la conciliation à l'admission entre janvier 2010 et janvier 2014

En janvier 2010, l'activité de conciliation des traitements médicamenteux à l'admission débute dans le service de médecine à orientation diabétologie et nutrition.

En avril 2011, la démarche de conciliation des traitements à l'admission s'étend et prend en charge les patients du service de chirurgie-urologie. En octobre 2011, les patients de la chirurgie orthopédique et viscérale sont également pris en charge par l'activité de conciliation.

A partir de janvier 2012, les patients des services de médecine gastro-entérologie, de cardiologie et l'unité de soins continus sont alors pris en charge par cette activité.

Entre janvier 2010 et janvier 2012 l'activité de conciliation à l'admission s'est étendue à tous les services de médecine et chirurgie de l'établissement. Ainsi, le nombre de lits pris en charge par l'activité de conciliation est passé de 28 à 124 lits. La maturation de l'activité de conciliation est représentée par la figure 8.

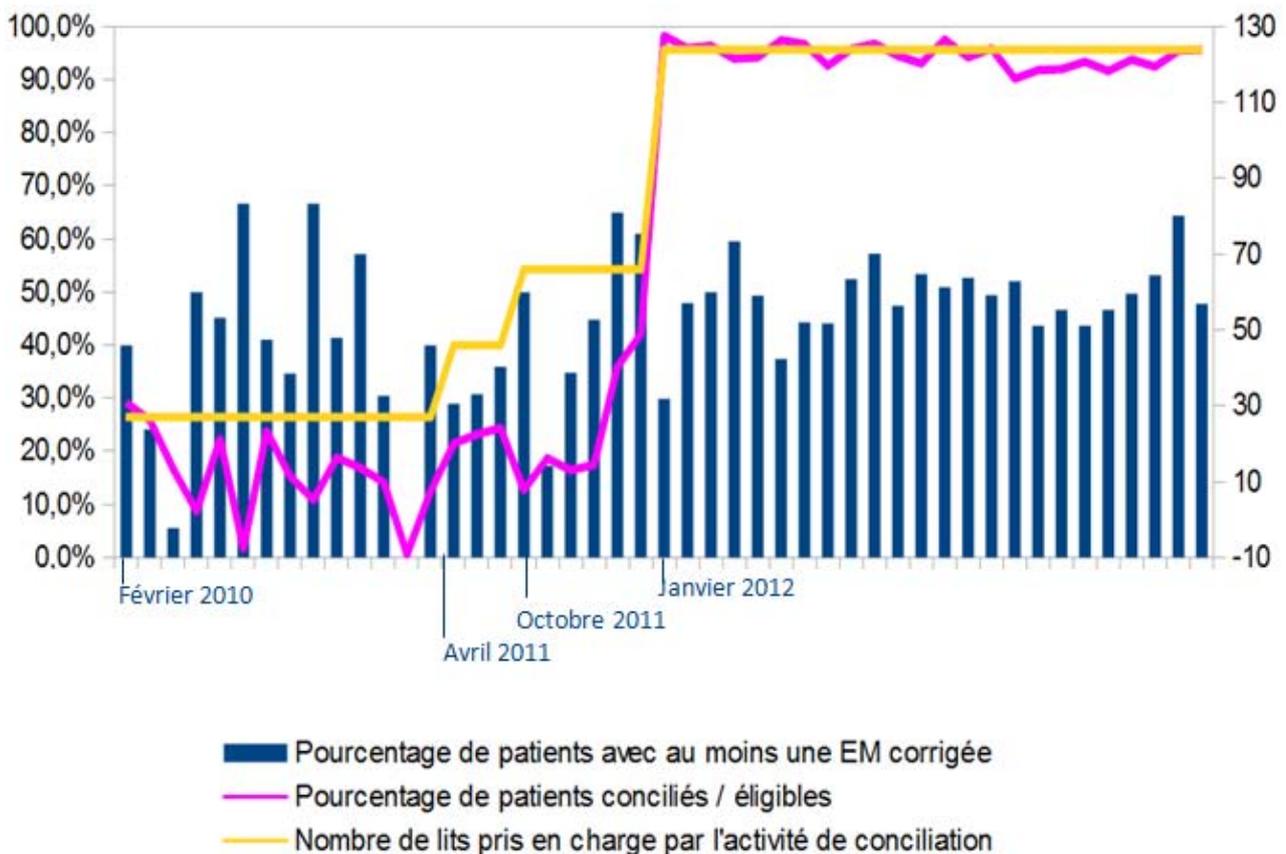


Figure 8 : Maturation de l'activité de la conciliation au centre hospitalier de Lunéville

Au centre hospitalier de Lunéville, entre janvier 2010 et janvier 2014, ce sont 4448 patients qui ont bénéficié d'une démarche de conciliation à l'admission. Les patients éligibles qui ne bénéficient pas de la conciliation sont les patients décédés ou ceux hospitalisés le week-end mais sortis avant le lundi. Aucun patient n'a refusé d'être concilié. La répartition des patients dans les cinq services de soins est présentée dans le tableau II pour les deux périodes (janvier 2010 à décembre 2011 et janvier 2012 à janvier 2014).

**Tableau II : Caractéristiques des 4448 patients conciliés à l'admission entre janvier 2010 et 2014**

<b>Nombre de patients conciliés dans les services de soins :</b>	<b>Janvier 2010 à décembre 2011</b>	<b>Janvier 2012 à janvier 2014</b>
➤ <b>médecine diabétologie nutrition</b>	<b>469</b>	<b>653</b>
➤ <b>chirurgies (urologie, orthopédique et viscérale)</b>	<b>184</b>	<b>979</b>
➤ <b>médecine gastroentérologie</b>	<b>0</b>	<b>899</b>
➤ <b>cardiologie</b>	<b>0</b>	<b>628</b>
➤ <b>unité de soins continus</b>	<b>0</b>	<b>636</b>
<b>TOTAL</b>	<b>653</b>	<b>3795</b>

Entre la première et la seconde période, nous avons multiplié par 5,8 le nombre de patients conciliés à l'admission dans l'établissement.

Cette maturation d'activité est due à la mise en œuvre du nouveau processus dès janvier 2012. L'organisation de la conciliation débute au service des urgences pour capitaliser les informations déjà acquises et concilier plus rapidement.

Le pourcentage de patients conciliés (par rapport au nombre de personnes éligibles) a augmenté de 18,0% à 94,6% (tableau III). Ces pourcentages correspondent au nombre de personnes éligibles sur l'établissement selon les périodes données.

De plus, on peut constater que le nombre de patients conciliés de façon proactive a augmenté de 14,6% entre la période 2010-2011 et 2012-2014. Entre 2010 et 2011, beaucoup de patients étaient conciliés de façon rétroactive.

Le nombre de patients conciliés dans les 24 heures est passé de 43,2% à 52,6%, soit une augmentation de 9,4% (tableau III).

Au début du processus, nous ne sommes pas parvenus à concilier le maximum de personnes. En effet, pendant la période 2010-2011, le temps pour établir la juste liste est de 51 minutes. Lors de la période 2012-2014, la juste liste est établie en 28 minutes. Nous sommes passés par une phase d'apprentissage du personnel médical.

La conciliation des traitements médicamenteux à l'admission est un processus d'interception et correction de l'EM. En effet, on peut observer 0,9 EM interceptée par patient concilié en rétroactif sur la première période et 1,2 EM interceptée lors de la seconde période. Entre ces 2 périodes, nous sommes passés de 42,5% de patient ayant au moins une EM corrigée à 48,8% (tableau III).

Ces résultats permettent de montrer que la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission est un processus efficient depuis la mise en place du logigramme en janvier 2012. La conciliation à l'admission permet aussi d'éviter un certain nombre d'EM qui peuvent être graves pour le patient hospitalisé. Ces EM sont ainsi corrigées et évitées.

Tableau III : Indicateurs de la conciliation à l'admission sur deux périodes données (janvier 2010 à décembre 2011 et janvier 2012 à janvier 2014)

Période d'étude	Janvier 2010 à décembre 2011	Janvier 2012 à janvier 2014
<b>Services de soins concernés par la conciliation</b>	Médecine et chirurgies 66 lits	Médecines, chirurgies, cardiologie et USC 124 lits
<b>Temps moyen d'une juste liste</b>	51 minutes	28 minutes
<b>% des patients conciliés/ nombre de patients éligibles</b>	18,0% (653/3630)	94,6% (3795/4012)
<b>% des patients conciliés en 24h/ nombre de patients conciliés</b>	43,2% (282/653)	52,6% (1997/3795)
<b>% de patients conciliés en rétroactif versus proactif</b>	92,80% vs 7,20% (47/653 proactif)	78,20% vs 21,80% (826/3795 proactif)
<b>% de patients ayant au moins une EM corrigée/ patients conciliés en rétroactif</b>	42,5% (277/652)	48,8% (1847/3787)
<b>Nombre d'EM interceptées/ patient concilié en rétroactif</b>	0,9 (582/652)	1,2 (4395/3787)

La hausse du nombre d'erreurs médicamenteuses mesurée (1,2 versus 0,9) est multifactorielle : elle s'explique par l'augmentation du nombre de lignes de médicaments chez les patients de la 2ème période, plus il y a de médicaments plus il y a de divergences. La deuxième cause est l'augmentation du nombre de patients conciliés en rétroactif en dehors des heures d'ouverture du service de pharmacie ; le médecin prescripteur ne disposant alors que d'une liste très partielle des médicaments du patients, le nombre de divergences augmente. Une troisième cause serait une modification des pratiques médicales : les médecins ne chercheraient plus à compléter eux-mêmes la liste initiée aux urgences, ils se contenteraient d'une liste très partielle en attendant la prise en charge de cette activité par les pharmaciens.

Les divergences intentionnelles non documentées sont des erreurs médicamenteuses de niveau 1, selon la classification de la Société Française de Pharmacie Clinique ; elles se définissent comme des erreurs potentielles autrement dit des circonstances favorables à la survenue d'une erreur. La modification d'un traitement sans que celle-ci soit documentée de façon explicite ou argumentée peut être, effectivement, une source d'erreur pour le professionnel qui prend le relais du traitement. Pour autant la difficulté d'interprétation de cet indicateur est réelle dans la mesure où le consensus professionnel sur ce qu'est une information " documentée " n'est pas formalisé à ce jour.

La charge de travail induite par l'activité de conciliation -28 minutes par patient- peut être considérée comme un obstacle à son implantation. Une des solutions est la ré-ingénierie des processus dans l'établissement de santé pour permettre le redéploiement de personnel vers le service de pharmacie. De nombreuses activités sont dévolues à l'heure actuelle à ce service, ou doivent l'être : préparations galéniques, approvisionnement en plein/vide des produits de santé, gestion in situ au bloc opératoire des produits de santé, délivrance nominative des médicaments, automatisation et... conciliation. Le principe est de centraliser, de préférence au même moment, des activités réitérées ou dispersées sur plusieurs personnels des services de soins vers le service de pharmacie. L'affectation de moyens devient alors possible pour une direction d'établissement soucieuse de sa maîtrise des dépenses. L'implication des préparateurs en pharmacie hospitalière est indispensable ; l'élaboration de la juste liste lors de la conciliation doit être une nouvelle activité de leur métier pour ne pas faire porter tout le poids de celle-ci sur les pharmaciens.

#### 4) L'impact clinique de la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission

Entre janvier 2010 et janvier 2014, 4448 personnes ont bénéficié de l'activité de conciliation. Les erreurs médicamenteuses interceptées et corrigées sont alors caractérisées à l'aide de 3 éléments signifiants de l'outil de la SFPC version 2014 : la gravité, le type et les médicaments impliqués dans la survenue de l'erreur.

##### *La gravité des conséquences de l'erreur médicamenteuse*

La gravité potentielle des conséquences de l'erreur médicamenteuse interceptée par l'activité de conciliation est appréciée indépendamment par un pharmacien et par le médecin en charge du patient. L'évaluation de la gravité potentielle est réalisée en se posant la question : « Quelle serait la gravité de l'erreur médicamenteuse dans les 6 mois suivant l'hospitalisation si elle n'avait pas été détectée ou interceptée ou rattrapée et qu'aucun événement intercurrent influençant la prise en charge du patient n'était survenu ? ». Le 4ème élément signifiant de l'outil SFPC version 2014 permet de caractériser la gravité à l'aide d'une échelle à 5 niveaux. Les praticiens cotent tout d'abord la gravité selon 3 niveaux : « mineure », « significative » et « majeure plus ». En cas de cotation « majeure plus », ils la déclinent en 3 niveaux supplémentaires : « majeure », « critique » et « catastrophique » [56].

Les patients conciliés entre janvier 2010 et janvier 2014 qui ont au moins une EM sont au nombre de 2124 sur les 4448 patients conciliés soit 47,7 % des patients. Le nombre d'EM interceptées et corrigées s'élève à 4977 soit 1,1 erreur par patient. Pour ces EM détectées, 4465 ont eu leur gravité estimée à la fois par le médecin et le pharmacien. Nous allons présenter les résultats relatifs à l'évaluation de la gravité potentielle de ces EM.

Médecins et pharmaciens ont caractérisé de façon identique 4141 erreurs médicamenteuses sur les 4465. On obtient un taux de concordance de 92,7%. Les erreurs médicamenteuses caractérisées « majeure + » par le pharmacien et le médecin représentent 2,4% (108/4465) des erreurs analysées (tableau IV).

Tableau IV : Gravité potentielle des 4465 erreurs médicamenteuses

		Médecin				
Pharmacien		GRAVITE	Mineure	Significative	Majeure +	TOTAL
Pharmacien	Mineure		<b>3283</b>	49	4	3336
	Significative		220	<b>750</b>	8	978
	Majeure +		20	23	<b>108</b>	151
	TOTAL		3523	822	120	4465

### *La typologie de l'erreur médicamenteuse*

La caractérisation des erreurs médicamenteuses selon leur type est établie en fonction des 3 niveaux de gravité potentielle dont l'évaluation est concordante entre médecin et pharmacien.

Les figures 9,10 et 11 représentent la répartition de la nature d'erreur médicamenteuse en fonction de leur gravité. Les EM de gravité majeure plus sont principalement des omissions dans 68% des cas. Les EM dues à des erreurs de médicament (14%), de sur dose (9%), de sous dose (8%) et de voie d'administration (1%) sont représentées en plus faible proportion.

Les EM de gravité significative représentent 16,8% (750/4465) des erreurs. Les erreurs par omission restent prépondérantes 53%. Les erreurs de sous dose, de sur dose et de médicament représentent respectivement 16%, 17% et 13% de ces erreurs.

Le pourcentage des EM caractérisées comme mineures par les 2 praticiens est de 73,5% (3283/4465). 48% sont des erreurs d'omission. Les erreurs de moment sont représentées en seconde position avec 19%. Les erreurs de sur dose, de sous dose et de médicament sont représentées en proportions équivalentes soit respectivement 11%, 12% et 9%.

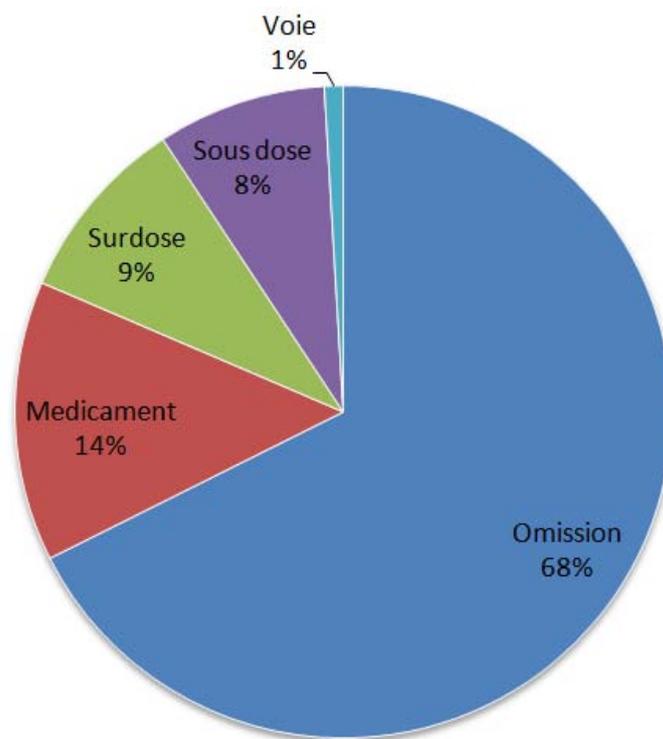


Figure 9 : Répartition des natures de l'EM lorsqu'elle est caractérisée majeure plus

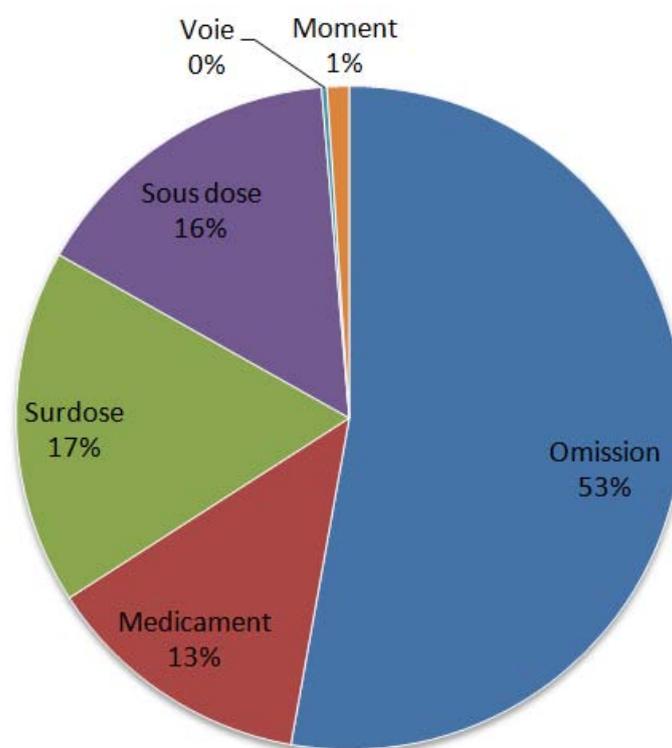


Figure 10 : Répartition des natures de l'EM lorsqu'elle est caractérisée significative

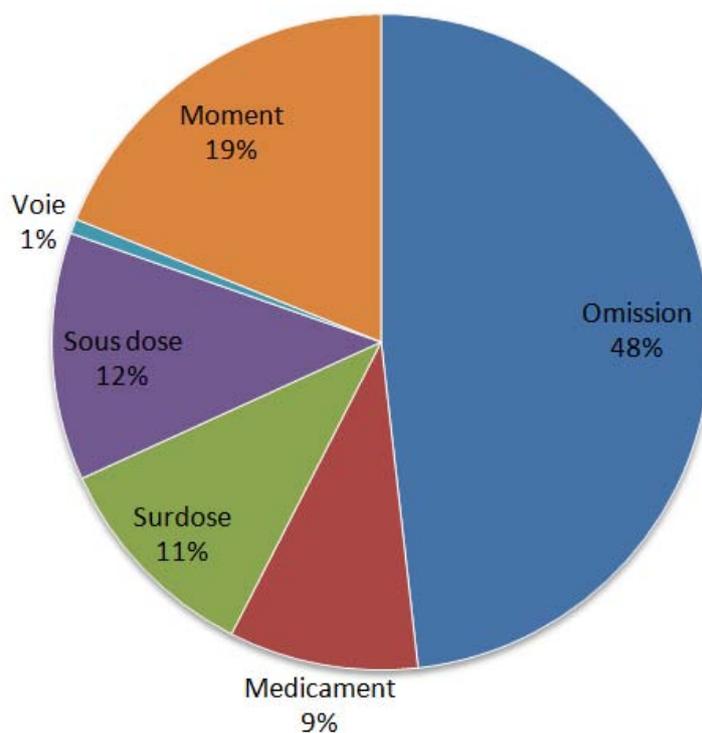


Figure 11 : Répartition des natures de l'EM lorsqu'elle est caractérisée mineure

#### *La classification de l'erreur médicamenteuse*

La caractérisation des erreurs médicamenteuses selon leur classe ATC est établie en fonction des 3 niveaux de gravité potentielle dont l'évaluation est concordante entre médecin et pharmacien.

Les figures 12, 13 et 14 représentent la répartition des classes ATC des EM respectivement de gravité majeure plus, significative et mineure.

Les médicaments du système cardiovasculaire de type diurétiques, bêtabloquant représentent 40% des EM de gravité majeure. Les médicaments de la classe « sang et organes hématopoïétiques » se placent en seconde position. Il s'agit exclusivement d'antithrombotiques de type anti-vitamine K et anti-agrégant plaquettaire.

En ce qui concerne les EM de gravité significative, toutes les classes sont quasiment impliquées mais 45% des médicaments sont néanmoins des médicaments du système cardiovasculaire. Les médicaments de l'appareil digestif et du métabolisme représentent 16% des EM de gravité significative (médicaments du diabète).

Les EM de gravité mineure impactent principalement 3 classes thérapeutiques : les médicaments du système cardiovasculaire, les médicaments du système nerveux central et la classe de l'appareil digestif et le métabolisme. Leurs pourcentages sont égaux (21%).

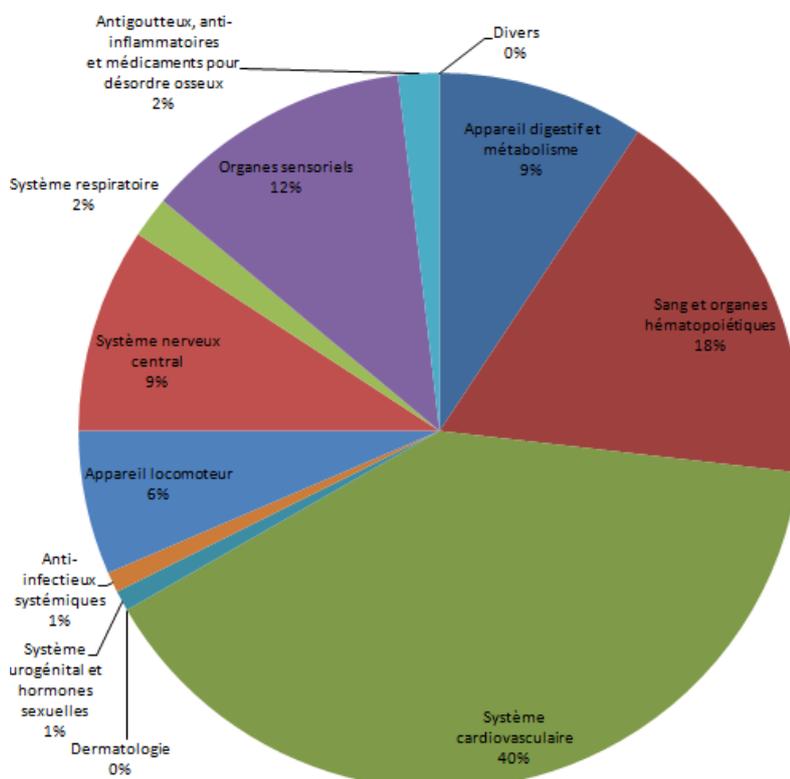


Figure 12 : Répartition des classes ATC impliquées dans les EM en fonction de la gravité majeure plus

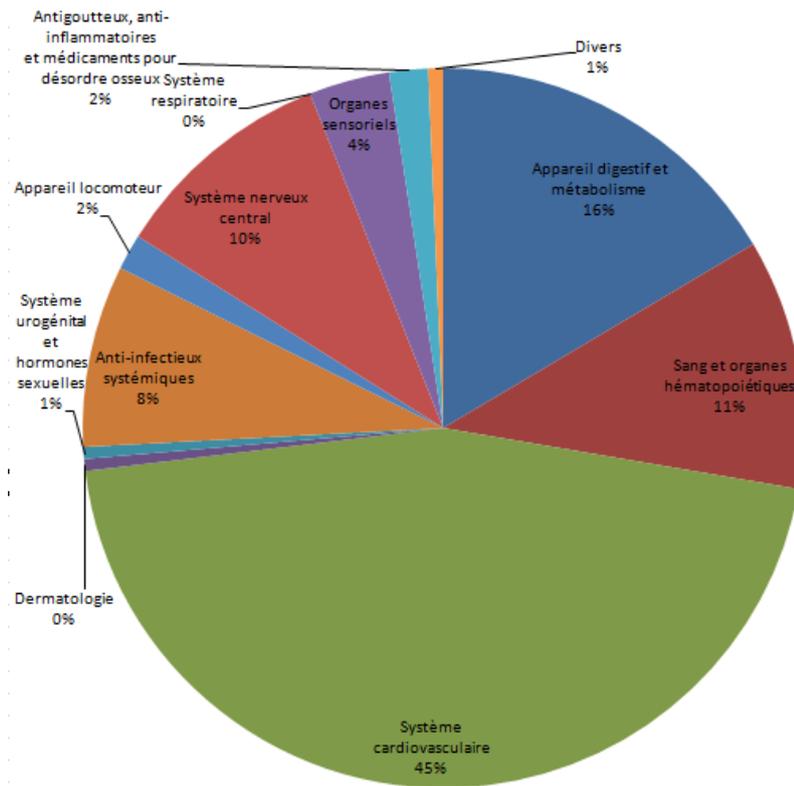


Figure 13 : Répartition des classes ATC impliquées dans les EM en fonction de la gravité significative

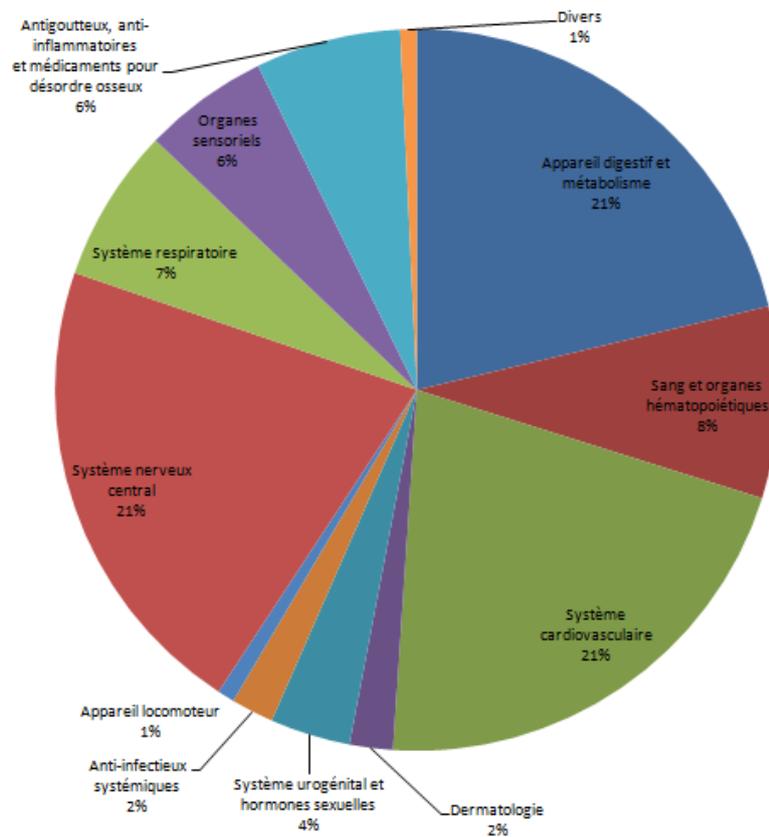


Figure 14 : Répartition des classes ATC impliquées dans les EM en fonction de la gravité mineure

Il faut réaliser cette évaluation de façon indépendante entre pharmacien et médecin pour que le résultat soit le plus objectif possible. La conciliation est un processus consommateur de temps mais permet l'évitement d'une conséquence clinique potentiellement grave pour un patient.

De plus, elle apporte un bénéfice au niveau économique car des erreurs médicamenteuses de gravité « significatives ou majeure plus » auraient nécessité un suivi biologique ou clinique, un traitement correcteur, une intervention d'un certain type ou encore induire une prolongation d'hospitalisation ou un transfert en unité de soins intensifs et continus.

Selon une étude française, plus de 27% des erreurs identifiées ont présenté un impact clinique potentiel pour le patient. Les types d'erreurs identifiées étaient l'omission, l'erreur de dose et l'erreur de fréquence d'administration. Ces résultats confortent l'idée selon laquelle la conciliation permet la prévention d'erreurs médicamenteuses dont les potentiels de gravité sont significatifs pour les patients. L'intervention combinée de pharmaciens et médecins dans le cadre d'un processus formalisé de conciliation médicamenteuse concourt à l'amélioration de la qualité des soins offerts aux patients. Ceci est surtout vrai chez la personne âgée polypathologique qui bénéficie de nombreux médicaments [57].

Le tableau V présente la répartition selon le type et la classe ATC des principales EM de gravité majeure plus. Les erreurs d'omission d'un médicament du système cardiovasculaire, d'un antithrombotique ou d'un collyre antiglaucomeux représentent plus de la moitié des EM de gravité majeure. Ce sont d'importantes classes médicamenteuses qu'il ne faut pas négliger lors de la recherche de la juste liste (y compris les collyres).

Tableau V : Répartition selon le type et la classe ATC des principales EM de gravité majeure plus

	Omission	Médicament	Sur dose	Autres natures	TOTAL
<b>Système cardiovasculaire (ATC=C)</b>	29	6	6	3	44
<b>Sang et organes hématopoiétiques (ATC=B)</b>	14	2	1	2	19
<b>Organes sensoriels (ATC=S)</b>	13	0	0	0	13
<b>Appareil digestif et métabolisme (ATC=A)</b>	6	1	1	2	10
<b>Système nerveux central (ATC=N)</b>	4	3	0	3	10
<b>Autres classes</b>	9	1	2	0	12
<b>TOTAL</b>	75	13	10	10	108

5) Les résultats de la conciliation de sortie entre janvier 2013 et janvier 2014

La conciliation de sortie a été initiée au centre hospitalier de Lunéville en novembre 2012 en service de chirurgie. C'est un processus interactif qui garantit la continuité du traitement médicamenteux lors du retour à domicile du patient hospitalisé. Il y a transmission en temps utile d'une information validée au patient, au pharmacien d'officine et au médecin traitant.

Le processus de conciliation de sortie s'intègre au processus de sortie existant du patient. Il peut être formalisé en 4 étapes dès lors que la décision médicale de sortie est prise (figure 15):

- ✓ **Formalisation et préparation par le médecin et l'infirmière des documents de sortie ;** l'ordonnance de sortie, le courrier médical provisoire, la prescription médicale de transport et le carton du prochain rendez-vous si besoin. Ils sont remis au patient directement.
- ✓ **Formalisation de la fiche de conciliation de sortie provisoire par le médecin, puis envoi instantanément de cette fiche à la pharmacie par l'infirmière.** Elle précise les modifications apportées au traitement et à poursuivre à la sortie. Le médecin peut demander une consultation pharmaceutique au patient. L'infirmière faxe la feuille de conciliation de sortie provisoire à la pharmacie à usage intérieur. Le pharmacien de l'établissement contrôle, analyse et valide la fiche de conciliation de sortie.
- ✓ **Formalisation du courrier de conciliation de sortie par le pharmacien.** Ce courrier contient la juste liste des médicaments pris par le patient avant son hospitalisation mise en regard de la liste des médicaments à poursuivre à la sortie. Toute modification est documentée afin de transmettre aux professionnels de santé de ville une information sur l'évolution des traitements. Ce courrier est envoyé aux professionnels de ville via une messagerie sécurisée (*Pharmacrypt*) au pharmacien d'officine et (*Apicrypt*) au médecin libéral. Le courrier de conciliation de sortie est signé par le médecin et le pharmacien.
- ✓ **Formalisation de la fiche d'information patient par le pharmacien.** Elle permet au pharmacien d'avoir un support pour expliquer au patient l'évolution de son traitement. Cette fiche est alors remise au patient. Tous les médicaments à prendre à la sortie y figurent avec les posologies et les différentes modalités de prise de ceux-ci.

Dès la sortie du patient, le médecin du service de soins rédige et envoie le courrier de sortie final au médecin traitant.

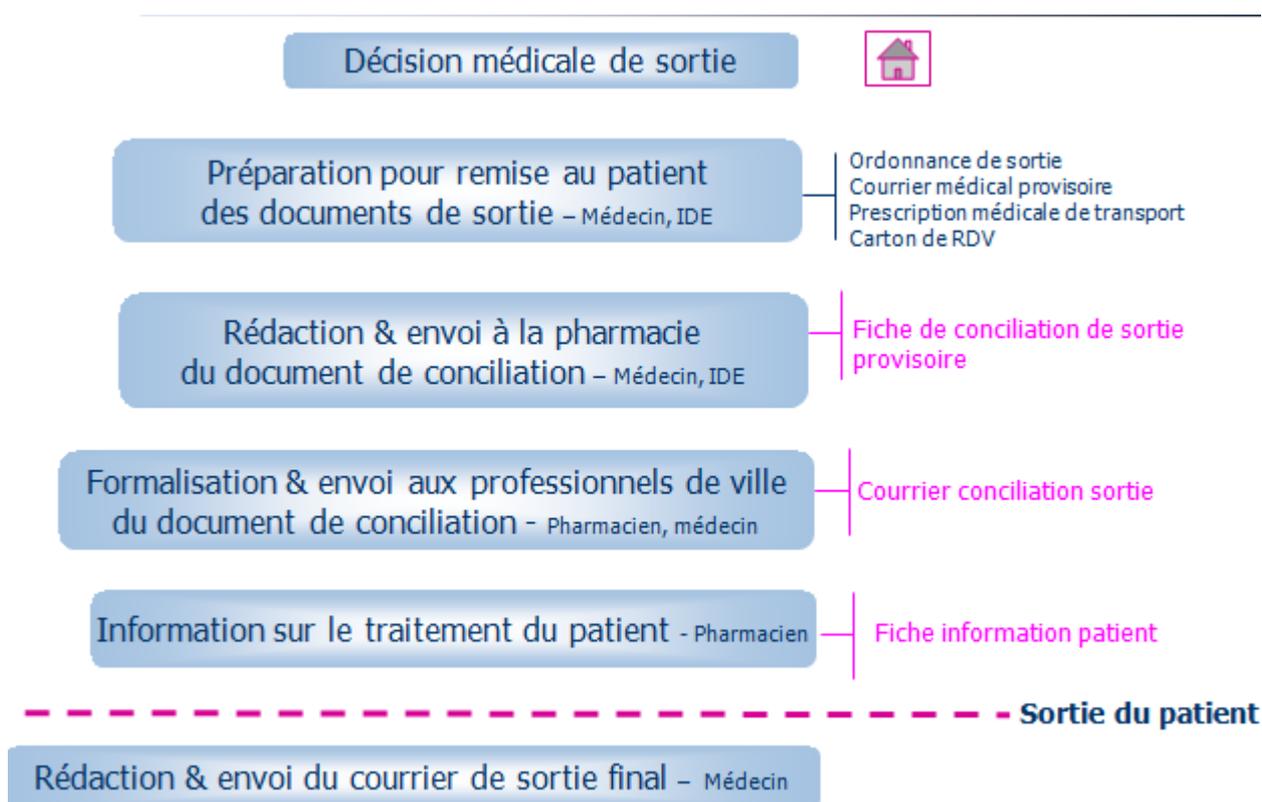


Figure 15 : Le processus de conciliation de sortie

Entre janvier 2013 et janvier 2014, 520 patients étaient éligibles à la conciliation de sortie. 187 patients ont bénéficié de la conciliation de sortie, soit 36,0 % des patients éligibles (avec retour d'information vers le médecin traitant et le pharmacien d'officine via leurs messageries sécurisées). Le nombre de patients conciliés à la sortie dépend de la disponibilité du médecin à formaliser la fiche de conciliation de sortie provisoire, et du moment de décision de faire sortir le patient (les patients sortant le weekend ne bénéficient pas d'une conciliation de sortie).

Ce sont 109 fiches d'informations qui ont été remises aux patients. Des patients bénéficient d'une conciliation de sortie avec retour d'information vers le médecin traitant et le pharmacien d'officine sans avoir reçu la fiche d'information patient lors de la visite du pharmacien hospitalier. En effet, certains patients sortent du service de soins avant que le pharmacien ait pu les voir. D'autres n'ont pas les capacités cognitives pour en bénéficier ou partent vers un autre établissement de santé.

Le temps consacré à l'équipe pharmaceutique pour établir la fiche de conciliation est de 22 minutes +/- 5 minutes par patient (tableau VI).

Tableau VI : Indicateurs de la conciliation de sortie entre janvier 2013 et janvier 2014

Période d'étude	Entre janvier 2013 et janvier 2014
<b>Services de soins concernés par la conciliation</b>	Chirurgie
<b>Nombre de patients conciliés à l'admission en chirurgie</b>	520
<b>% de patients conciliés à la sortie du service de chirurgie</b>	36,0%
<b>% de patients ayant bénéficié d'une information personnalisée</b>	58,3%
<b>Temps moyen par patient pour effectuer la conciliation de sortie</b>	22mins+/- 5mins

La conciliation de sortie sécurise la prise en charge médicamenteuse du patient tout en décroissant la ville de l'hôpital. La cible à atteindre est d'étendre la conciliation de sortie à tous les services de l'hôpital pour chaque patient hospitalisé puisse en bénéficier. Les attentes du patient en termes d'informations sur sa prise en charge thérapeutique médicamenteuse sont réelles.

La transmission d'informations aux pharmaciens d'officines permet une meilleure communication ville-hôpital, une amélioration des conseils pharmaceutiques associés, et permet surtout d'anticiper la venue du patient (disponibilité des médicaments et des dispositifs médicaux à commander par exemple). Le décret du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants permettait de créer un statut de pharmacien correspondant qui servait d'interlocuteur pharmaceutique en ville. A ce jour, ces mesures n'ont pas encore été mises en place [58].

De plus, la conciliation de sortie permet d'établir une relation de confiance avec les professionnels de santé en ville ; en particulier avec le médecin traitant. Celui-ci favorise la cohérence des soins des patients, facilite l'accès et la continuité des soins, évite les doublons et les gestes inutiles, donc va éviter les risques d'hospitalisation et les surcoûts engendrés.

### III. Promouvoir la démarche de conciliation des traitements médicamenteux

#### 1) La mise en œuvre de la démarche de conciliation dans un établissement de santé

Comme tout projet, qui implique plusieurs professionnels de santé, il est indispensable d'institutionnaliser la mise en œuvre de la démarche de conciliation en la priorisant auprès de la direction. Il s'agit de mettre en avant le bénéfice de la mise en œuvre pour la politique qualité et sécurité de l'établissement.

La mise en œuvre doit être portée par un chef de projet entouré d'une équipe pluri-professionnelle pour assurer l'intégration de l'activité dans la pratique courante. Il s'agit surtout de viser la communauté médicale. L'activité de conciliation sera mieux intégrée dans le parcours de soins du patient si elle est efficiente. Pour cela, il est judicieux de choisir le professionnel le plus compétent et/ou le mieux formé. L'étude de Wong [59] montre que les listes de médicaments obtenus par les pharmaciens sont plus précises et plus complètes que celles obtenus par d'autres professionnels de santé. La participation des préparateurs en pharmacie pour la formalisation de la fiche de conciliation a été évoquée par Blanchet [60]. La participation d'étudiant en 5<sup>ème</sup> année hospitalo-universitaire est également une piste à privilégier [61].

La conciliation est un processus chronophage, cette activité doit donc se centrer en priorité sur les patients les plus à même d'en bénéficier. Par exemple, le protocole *Med'Rec* a privilégié les patients de plus de 65 ans passés par les urgences et admis en services de soins.

L'activité de conciliation peut être aussi concentrée sur certains services, comme le service des urgences par exemple. Son périmètre dépend des attentes de la communauté médicale, de l'effectif dédié à cette activité et de l'organisation du service. Dans tous les cas, la conciliation doit être d'abord limitée à un service désireux de développer cette activité pour être ensuite étendue à d'autres services.

La conciliation pourra s'étendre à d'autres services si une ré-ingénierie du processus global est établie et ceci grâce à l'expérience du ou des services tests.

Les systèmes d'informations peuvent aussi aider à rendre la conciliation plus efficiente. Par exemple, les systèmes d'informations peuvent permettre à l'aide de requêtes informatiques à la sélection automatique des patients selon l'âge, selon le service de destination et ceci permet d'identifier les patients éligibles à la conciliation selon nos critères déterminés.

De plus, l'activité de conciliation doit être mesurée en termes de volume et d'efficacité sur la prise en charge médicamenteuse : des indicateurs d'impact clinique, des indicateurs d'activité, la satisfaction des patients et des professionnels de santé sont à mesurer et à prendre en compte.

Ceci servira d'outil de communication pour un déploiement au niveau national. Les établissements les plus avancés en termes de mise en place de la conciliation serviront au déploiement de la conciliation dans d'autres établissements de santé. Ainsi, les établissements précurseurs de l'activité pourront également faire des formations ou des publications pour étendre ce projet et même au niveau international.

Les facteurs favorisant la mise en œuvre de la conciliation sont multiples :

- ✓ Les attentes du patient en termes d'informations sur sa prise en charge thérapeutique médicamenteuse
- ✓ La vision globale de la conciliation des traitements médicamenteux incluant l'ensemble des points de transition
- ✓ La démarche de pharmacie clinique intégrée et acceptée par la communauté médicale
- ✓ Les collaborations pluri-professionnelles ville-hôpital
- ✓ La maturité du système d'information de la structure
- ✓ L'évolution des indicateurs de processus vers des indicateurs de pratique cliniques
- ✓ Le suivi des erreurs médicamenteuses comme indicateur d'impact clinique [41].

## 2) La formation au niveau hospitalier et la relation ville-hôpital

La pérennisation de la conciliation a incité l'équipe pharmaceutique à concevoir un programme de formation à l'attention des professionnels de santé pour intégrer la conciliation médicamenteuse dans leurs pratiques.

Cette formation est valable aussi bien pour les professionnels de santé hospitaliers que ceux exerçant en ville. La communication avec les professionnels de santé de ville est très importante, car elle permet le décroisement ville-hôpital.

Alors que la loi HPST place le médecin généraliste au cœur du système de santé, et de ce fait, est en faveur d'un rapprochement concret entre la médecine ambulatoire et hospitalière, les relations restent parfois trop distantes. En effet, les contraintes d'exercice du secteur ambulatoire sont souvent méconnues des praticiens hospitaliers et inversement [58].

La conciliation pose clairement le problème de l'information sur le traitement du patient entre les différents professionnels de santé, médecins/pharmaciens, généralistes/spécialistes, exerçant en ville ou dans un établissement de santé. Au CHL, le challenge est bien de disposer du traitement du patient dès que possible et de l'intégrer, encore une fois aussi vite que possible, au traitement hospitalier [62].

La formation des professionnels de santé en ville permet donc leur compréhension et leur coopération vis-à-vis du processus de conciliation. Effectivement, nous savons que ce sont les pharmaciens d'officine et les médecins traitants qui nous donnent les informations les plus complètes sur la juste liste (respectivement 67% et 53,2%). Ils sont donc essentiels au bon fonctionnement du système et doivent être formés en priorité.

La conciliation structure également une relation de confiance entre les différents professionnels de santé. Elle permet aussi de capitaliser, au bénéfice des soignants des services d'hospitalisation, les premières informations obtenues aux urgences. C'est pour cela que la formation est pratiquement obligatoire. Elle permet de mettre en évidence l'importance de la relation ville-hôpital, d'où la conciliation de sortie qui a été mise en place au centre hospitalier de Lunéville pour prévenir les médecins traitants des changements éventuels du traitement [58].

Le programme de formation détaille le processus de conciliation pour faciliter sa compréhension et sa mise en œuvre. Il est présenté sous forme de diaporamas, où il décrit la méthode de la conciliation, ses outils et son impact clinique en termes de gravité potentielle des erreurs médicamenteuses évitées. Ces diaporamas de formation sont présentés au sein des différents services de soins (médecins et infirmières). Ils sont également utilisés lors de la formation biannuelle des nouveaux internes en médecine et en pharmacie au CHL.

De plus, le patient, acteur majeur de sa santé et du processus de conciliation, doit également être formé. C'est pourquoi, au centre hospitalier de Lunéville, des panneaux d'affichage sont installés à l'accueil, dans les services de soins et également dans les salles de consultation.

Le message est destiné au patient, il rappelle l'importance de la juste liste et le rôle important qu'il peut jouer dans la conciliation. Il est donc acteur de sa santé directement au niveau de l'hôpital.

Dans un second temps, un plan d'action est établi et supporté par la direction de l'établissement pour rendre le patient acteur de sa santé. Il prend la forme d'un document d'une page contenant au recto des explications sur ce qu'est la juste liste et au verso un encart pour y inscrire la liste de médicaments (Annexe 7).

Ce document est diffusé dans les secrétariats médicaux de l'établissement mais aussi chez les médecins et pharmaciens de soins primaires du territoire du Lunévillois. A charge pour tous ces professionnels d'apposer leur marque et de fournir les explications au patient pour que celui-ci adopte une attitude participative.

Le but est qu'il remplisse le document et qu'il communique aux professionnels de santé sa liste de médicaments en tant que de besoin.

Le centre hospitalier de Lunéville a créé une vidéo pour promouvoir la conciliation médicamenteuse. Elle explique avec des mots simples la conciliation des traitements et permet l'implication du patient dans son traitement dès son arrivée à l'hôpital. Cette vidéo est disponible sur internet à l'adresse suivante : [https://www.youtube.com/watch?v=vYECxe0S\\_XY](https://www.youtube.com/watch?v=vYECxe0S_XY)

### 3) Intégrer la conciliation dans le système d'information hospitalier

L'intégration des supports d'information permettant la mise en œuvre de la démarche de conciliation au système d'information hospitalier lui permettra d'être plus efficient.

En effet, cette intégration permettrait de ;

- Capitaliser le recueil d'information sur les traitements du patient selon les sources consultées,
- Faciliter la rédaction de l'ordonnance des médicaments à l'admission,
- Faciliter l'acte de conciliation proprement dite, dont la correction des EM,
- Sécuriser les transmissions d'information en évitant toute retranscription (conciliation à l'admission et de sortie),

A l'heure actuelle, plusieurs établissements qui ont mis en place la démarche de conciliation (dont le CH de Lunéville) travaillent avec des éditeurs de logiciels pour l'intégrer aux systèmes d'informations.

Dans un monde idyllique, la conciliation n'aurait pas lieu d'exister si le patient possédait « un dossier médico-pharmaceutique » qui serait commun à tous les professionnels de santé (médecins/pharmaciens de ville et de l'hôpital, infirmières libérales, kinésithérapeutes...). Ainsi, une base de données électronique commune à tous ces professionnels de santé permettrait de renseigner toutes les informations médicales du patient (changements de traitement, antécédents du patient, les allergies éventuelles...).

#### IV. Questions/réponses sur la conciliation

1) Comment mettre en œuvre la conciliation dans mon établissement ?

Il faut pouvoir inscrire l'implantation de la conciliation des traitements médicamenteux dans le programme de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse de l'établissement et lui attribuer une gestion de projet institutionnelle. Il est indispensable d'institutionnaliser la mise en œuvre de la démarche de conciliation en la priorisant auprès de la direction. Il s'agit de mettre en avant le bénéfice de la mise en œuvre pour la politique qualité et sécurité de l'établissement. La mise en œuvre doit être portée par un chef de projet entouré d'une équipe projet pluri-professionnelle pour assurer l'intégration de l'activité dans la pratique courante.

2) Ne doit-on pas appeler le médecin traitant en priorité pour établir la juste liste ?

La source d'information "médecin traitant" a une exhaustivité non satisfaisante. Hormis l' EHPAD, les sources qui donnent les informations les plus complètes (la ligne de traitement comporte le nom du médicament, le dosage, la forme galénique, la voie d'administration et la posologie) sont l'ordonnance du médecin traitant(84,0%), le pharmacien d'officine (67,0%) puis le médecin traitant (53,2%). Cela peut s'expliquer par de multiples raisons ; patient vu à domicile, médecin non informatisé, médecin en visite qui n'est pas à son cabinet, ...[45]

3) Quelles sont les recommandations pour établir la juste liste ?

Dans le cas où le patient vient d'un EHPAD, un seul contact est suffisant pour établir la juste liste : celui avec les professionnels de l'établissement. Le dossier médical est consulté pour appréhender la situation clinique et faciliter les entretiens ultérieurs. On peut y trouver des informations sur les personnes à consulter pour obtenir des informations sur le traitement du patient. Le premier entretien doit être conduit avec le patient. Sa capacité informationnelle est faible (15,6 %). Mais il communique des informations essentielles tels les noms du médecin traitant, du pharmacien d'officine et de l'infirmière qui vient à son domicile. Le deuxième contact à privilégier est le pharmacien d'officine (capacité informationnelle de 63,1 %) [45].

Pour les autres sources, (médecin spécialiste, logiciel d'aide à la prescription, médicaments apportés par le patient, dossier médical patient antérieur ou lettres adressées au médecin traitant), leur consultation est conditionnée par l'entretien avec le patient. Il est indispensable de combiner au moins trois sources d'information afin de lever d'éventuelles contradictions entre deux sources.

Il est recommandé de consulter jusqu'à cinq sources d'information pour aboutir à la juste liste. La liste est signée par un pharmacien senior pour validation. Il est garant du respect de la procédure. La liste est ainsi communiquée au médecin du service de soin. En pratique, le suivi de ces recommandations crée une confiance dans le résultat obtenu.

#### 4) Existe-t-il d'autres sources d'informations complémentaires ?

Oui, l'historique des remboursements de la base de données AMELI de l'Assurance Maladie, le dossier médical partagé et le dossier pharmaceutique.

#### 5) Peut-on utiliser la source AMELI?

Non, elle n'est encore pas disponible pour les professionnels de santé exerçant à l'hôpital. Elle est disponible uniquement par les médecins généralistes.

#### 6) Est-ce que c'est au pharmacien de concilier ? Qui peut établir la juste liste ?

Il faut une implication du pharmacien dans l'organisation et la coordination de la démarche de conciliation médicamenteuse. Les listes de médicaments obtenus par les pharmaciens sont plus précises et plus complètes que celles obtenus par d'autres professionnels de santé. Toutefois, les pharmaciens ne peuvent supporter seuls toute l'activité de conciliation. Les préparateurs en pharmacie hospitalière, les infirmiers, ainsi que les internes et externes en pharmacie, peuvent établir la juste liste. Le pharmacien organise et coordonne la démarche de conciliation médicamenteuse : il est garant du respect de la procédure. Il valide et signe chaque fiche de conciliation pour créer une confiance dans le résultat obtenu; la fiche est ainsi communiquée au médecin du service de soins sans retenue.

- 7) Est-ce que vous avez un bon accueil des professionnels de santé de ville (pharmaciens, IDE et médecin traitant)?

Oui, l'accueil est pratiquement toujours satisfaisant car ils considèrent la conciliation des traitements médicamenteux comme une activité importante dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients.

- 8) Doit-on concilier tous les patients dès leur admission à l'hôpital ?

Il faut pouvoir concilier de façon sélective en raison de la charge de travail. Pour cela, identifier la population à risques : patients confus, âgés, handicapés, enfants,... En effet le principal type d'erreur médicamenteuse rencontré lors de la conciliation est l'omission de traitement et ceci peut avoir des conséquences dramatiques chez un patient [63,64].

- 9) Est-il important de faire appel au patient pour établir la juste liste?

Oui, il est important d'interroger le patient à propos de ses traitements prescrits et non prescrits : par exemple, les médicaments prescrits par des spécialistes (gynécologues, ophtalmologue), les médicaments pris sans ordonnances, un traitement en aigu (allergies aux pollens, rhume, grippe), l'homéopathie, la phytothérapie ou encore l'aromathérapie. A l'heure actuelle, beaucoup de patients se soignent seuls ou font appel à leur pharmaciens d'officine dans un premier temps.

De plus, les patients nous renseignent sur le nom de leur médecin traitant, le nom de leur pharmacien d'officine, le nom de leur infirmière libérale... c'est donc une source à consulter dans un premier temps. Nous devons interroger également la famille ou l'entourage du patient qui peuvent être une source précieuse surtout si le patient est non communicant.

10) Est-il important d'effectuer un entretien pharmaceutique avec le patient ?

Il est recommandé d'établir un entretien pharmaceutique avec le patient. Le patient ne prend pas toujours ses médicaments conformément aux prescriptions. Il est préférable de revoir avec lui les posologies, comment il fait en cas d'oubli... souvent on peut s'apercevoir que le patient dit tout connaître alors qu'il n'en est rien.

Il est important de poser des questions ouvertes en fin d'entretien ; cela permet de faire participer le patient une dernière fois et il peut poser d'autres questions à ce moment-là.

## **Conclusion**

La sécurisation du circuit du médicament et la prévention de la iatrogénie médicamenteuse sont des enjeux majeurs de santé publique. La conciliation est une démarche innovante en France. Elle est une méthode puissante d'interception et de correction des erreurs médicamenteuses. Elle semble aujourd'hui indissociable d'une prise en charge sécurisée du patient hospitalisé.

La conciliation structure une relation de confiance entre les professionnels de santé. Elle permet de capitaliser, au bénéfice des soignants des services d'hospitalisation, les premières informations obtenues aux urgences. L'implication du pharmacien dès la prise en charge du patient aux urgences est une forte valeur ajoutée. Une conciliation quel que soit son mode d'exercice (proactif ou rétroactif) permet d'identifier toutes les lignes de médicaments. De surcroît lorsqu'elle est proactive, l'élaboration de la juste liste ne nécessite plus l'intervention des professionnels de soins du service en aval. La démarche est d'autant plus efficiente que la conciliation est proactive.

## Références bibliographiques

- [1] DOERPER S, BAUM T. Comprendre, s'initier et mettre en œuvre la démarche de conciliation et l'expérience *Med'Rec* au Centre Hospitalier de Lunéville. Introduction. Th : Pharm : Nancy Poincaré : 2011.
- [2] SCHMITT E, ANTIER D, BERNHEIM C, DUFAY E, HUSSON M.C, TISSOT E. Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse. Janvier 2006. Page 26.
- [3] Assurance Maladie, *La iatrogénie médicamenteuse*. <http://www.ameli.fr/assures/offre-de-prevention/la-iatrogenie-medicamenteuse.php> (page consultée le 14 octobre 2014).
- [4] ANSM, *Guichet des erreurs médicamenteuses : présentation et bilan depuis sa mise en place*. Juin 2009. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/GUICHET\\_EM.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/GUICHET_EM.pdf) (page consultée le 14 octobre 2014).
- [5] Direction générale de l'offre de soin. Qualité de la prise en charge médicamenteuse, outils pour les établissements de santé. Février 2012.
- [6] ANSM, *Guichet erreurs médicamenteuses : bilan d'activité de l'année 2009*. Juillet 2010. [http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/7881b7874c6cf3eb29e3a6657c84fa70.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/7881b7874c6cf3eb29e3a6657c84fa70.pdf) (page consultée le 14 octobre 2014).
- [7] CCECQA. Rapport final, comparaison des deux études ENEIS 2004 et 2009. Mars 2011.
- [8] QUENEAU P, BANNWARTH B, CARPENTIER F, GULIANA J.M, et al. Effets indésirables médicamenteux observés dans des services d'accueil et d'urgences français. Bull Acad Nat. 2003 ; 187 : 647-670.
- [9] GUIGNARD E, SCHNEIDER M.P, FAVRAT B, PECOUD A et al. Erreurs médicamenteuses en ambulatoire : problématique, prévention autour de l'ordonnance et amélioration de l'information aux patients. Med Hyg. 2004 ; 62(2501) :2080-2087.
- [10] COLOMBE M. Optimisation de la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission : Pour qui, comment ? 31. Th : Pharm : Reims : 2011.

- [11] SFPC, Le manuel de la REMED version 2014. La revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs associés une méthode d'amélioration de la qualité des soins. 2014.
- [12] BURDA SA, HOBSON D, PRONOVOST PJ. What is the patient really taking? Discrepancies between surgery and anesthesiology preoperative medication histories. 2005.
- [13] HOWARD R, AVERY A, BISSELL P. Causes of preventable drug-related hospital admissions: a qualitative study. 2008.
- [14] LOCCA J.F, NIQUILLE A, KRAHENBULHT J.M, FIGUEIREDO H, BUGNON O. Qualité de la prescription médicamenteuse : des progrès grâce à la collaboration médecins-pharmaciens. Revue Médicale Suisse. 2009 ; 5 : 2382-7.
- [15] CORNISH P et al. Unintended Medication Discrepancies at the Time of Hospital Admission. 2005.
- [16] STEURBAUT S, LEEMANS L, LEYSEN T, DE BAERE E, CORNU P, METS T, DUPONT AG. Medication history reconciliation by clinical pharmacists in elderly inpatients admitted from home or nursing home. Ann Pharmacother 2010 ; 44 : 1596-603.
- [17] CORNU P, STEURBAUT S, LEYSEN T, DE BAERE E, LIGNEEL C, METS T, DUPONT AG. Effect of medication reconciliation at hospital admission on medication discrepancies during hospitalization and at discharge for geriatric patients. Ann pharmacother 2012 ; 46(4) : 484-94.
- [18] VIRA T, COLQUHOUN M, ETCHELLS EE. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. Qual Saf Health Care 2006; 15: 122-126
- [19] HELLSTROM LM, BONDESSON A, HOGLUND P, ERIKSSON T. Errors in Medication History at Hospital Admission: Prevalence and Predicting Factors. BMC Clin Pharmacol. 2012; 12(9).
- [20] CAGLAR S, HENNEMAN PL, BLANK FS, SMITHLINE HA, HENNEMAN EA. Emergency department medication lists are not accurate. J Emerg Med. 2011; 40 : 613-616.

- [21] DUFAY E, BAUM T, DOERPER S, CONRAD E, DONY A, PINEY D, ROSA D, COLLARD C, PIERRE RASQUIN E. La conciliation des traitements médicamenteux : détecter, intercepter et corriger les erreurs médicamenteuses à l'admission des patients hospitalisés. *Risque et qualité* 2011 ; volume VIII n°2 : 130-138.
- [22] PERENNES M. La conciliation des traitements médicamenteux : une étude prospective dans un service de médecine interne. Th : Pharm : Rennes : 20
- [23] L'HOPITAL. IGAS, Rapport 2012.
- [24] LAVEZZI OF. Le risque médicamenteux de l'hôpital à la ville : démarche du centre Bois-Gibert. 2013.
- [25] HAS. Guide méthodologique ; Le patient-traceur en établissement de santé ; Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Octobre 2013.
- [26] RULLON I. La méthode du patient traceur. Haute Autorité de Santé, trimestriel d'information aux établissements de santé, n° 5 – Avril-juin 2012.
- [27] Haute Autorité de Santé, *L'initiative OMS High 5s*. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r\\_1498429/fr/linitiative-oms-high-5s](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1498429/fr/linitiative-oms-high-5s) (page consultée le 14 octobre 2014).
- [28] Projet *High 5s*, Le projet *High 5s* : agir pour la sécurité. [https://www.high5s.org/pub/Manual/TrainingMaterials/High\\_5s\\_Project\\_Overview\\_Fact\\_Sheet\\_FR.pdf](https://www.high5s.org/pub/Manual/TrainingMaterials/High_5s_Project_Overview_Fact_Sheet_FR.pdf) (page consultée le 14 octobre 2014).
- [29] Haute Autorité de Santé, *High 5s : mobilisation internationale en faveur de la sécurité des patients*. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_857696/le-projet-international-high-5s](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_857696/le-projet-international-high-5s) (page consultée le 14 octobre 2014).
- [30] Centre Hospitalier de Lunéville, *Un projet international au Centre Hospitalier de Lunéville*. <http://www.ch-luneville.fr/actualites.php> (page consultée le 14 octobre 2014).
- [31] High 5s, *La Haute Autorité de Santé rejoint la mobilisation internationale en faveur de la sécurité des patients à l'Hôpital*. <https://www.high5s.org/bin/view/Main/France> (page consultée le 14 octobre 2014).

- [32] EVALOR, THILLY N, BRIANCON S. Projet *Med'Rec*- l'initiative *High 5s*. Février 2010.
- [33] Projet *High 5*, Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care Standard Operating Protocol Fact Sheet. [http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/ps\\_medication\\_reconciliation\\_fs\\_2010\\_en.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/ps_medication_reconciliation_fs_2010_en.pdf) (page consultée le 14 octobre 2014).
- [34] Projet *High 5s*, Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care: Medication Reconciliation, *High 5s: Action on Patient Safety Getting Started Kit*. [https://www.high5s.org/pub/Manual/TrainingMaterials/MR\\_Getting\\_Started\\_Kit.pdf](https://www.high5s.org/pub/Manual/TrainingMaterials/MR_Getting_Started_Kit.pdf) (page consultée le 14 octobre 2014).
- [35] Haute Autorité de Santé, *La sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soin*. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r\\_1498439/fr/la-securite-de-la-prescription-medicamenteuse-aux-points-de-transition-du-parcours-de-soins](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1498439/fr/la-securite-de-la-prescription-medicamenteuse-aux-points-de-transition-du-parcours-de-soins) (page consultée le 14 octobre 2014).
- [36] ARS OMEDIT Aquitaine, Louliere B. Continuité de la prise en charge médicamenteuse des patients : projet *High'5s* et projets régionaux. Juin 2012.
- [37] ALLENET B, ARNAULD P, AZIZI Y, BAUM T, BONHOMME J, DESBUSQUOIS AC, DEVELAY A, DOERPER S, DONY A, DUFAY E, DUFFOURC MO, FERRY O, FREUND J, GOURIEUX B, GRAIN A, JELSKI D, LIEBBE AM, MICHEL B, PAPY E, PERRIN F, PIERREL S, PIERRON E, PIERROT S, RAULT A, RIBES A, ROUX C, TOURNADE N et VIDAL A. SFPC, Guide de gestions des risques associés aux produits de santé V100214. Réaliser une conciliation des traitements médicamenteux à l'admission du patient hospitalisé. Février 2014.
- [38] JANICE L, et al. Medication Reconciliation During Transitions of Care as a Patient Safety Strategy. *Annals of Internal Medicine*, vol 158: number 5 (part 2). Mars 2013.
- [39] DUFAY E. Pratiques professionnelles, la conciliation des traitements médicamenteux. *Dialog Hopital*, 2011, 17 : 7-9
- [40] MERGER D, DOERPER S, DUFAY E. Réaliser une conciliation des traitements médicamenteux à la sortie du patient hospitalisé. Aout 2013.

- [41] ROUX C, DOERPER S. XVIème Congrès de la SFPC. La conciliation médicamenteuse : sécuriser le parcours de soin du patient et clarifier la prise en charge médicamenteuse à l'admission et à la sortie du patient hospitalisé. Février 2014.
- [42] SAFRANO L, MAILLARD N, FOUNINI M, MAULAZ B, OULD-AOUDIA V, LEPELLETIER A, ROUILLER-FURIC I. Implication du pharmacien hospitalier dans la coopération ville-hôpital : le lien avec l'officine. 2011.
- [43] WONG , BAJCAR M, WONG G, SHABBIR MH, HUH J, CESTA A, POND G, FERNANDES O. Medication reconciliation at Hospital Discharge: Evaluating Discrepancies.2008.
- [44] BALON J et al. Comparison of Hospital Admission Medication Lists With Primary Care Physician and Outpatients Pharmacy Lists. Journal of Nursing Scholarship: 43:3, 292-300. 2011.
- [45] BONHOMME J, DOERPER S, DONY A, BAUM T, PINEY D, DUFAY E. La juste liste des médicaments à l'admission du patient hospitalisé. Juillet 2013.
- [46] Ordre des pharmaciens, Direction Générale de l'Organisation des Soins. *Le Dossier Pharmaceutique rendu désormais accessible aux praticiens hospitaliers*. Communiqué de presse, 15 Janvier 2013 Paris.
- [47] Décret n°2013-31 du 9 janvier 2013 fixant les conditions de l'expérimentation relative à la consultation du dossier pharmaceutique par les médecins exerçant dans certains établissements de santé. J.O 11 Janvier 2013.
- [48] WANG, R Y; Strong, D M. Beyond accuracy: What data quality means to data consumers. Journal of Management Information Systems; Spring 1996; 12, 4; ABI/INFORM Global pg. 5.
- [49] FITZIMONS M, GRIMES T, GALVIN M. Sources of pre-admission medication information : observational study of accuracy and availability. Royal Pharmaceutical Society 2011 International Journal of Pharmacy Practice, 19 pp. 408-416.
- [50] LAU HS, FLORAX C, PORSIUS AJ, DE BOER A. The completeness of medication histories in hospital medical records of patient admitted to general internal medicine wards. J Clin Pharmacol, 49; 597-603. 2000.

[51] TULNER. LR, KUUPER. IM, FRANKFORT SV, VAN CCAMPEN JP, KOKS CHn BRANDJES DP, BEIJNEN JH. Discrepancies in reported drug use in geriatric outpatients: relevance to adverse events and drug-drug interactions. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2009 Apr; 7(2): 93-104.

[52] PERENNES M, CARDE A, NICOLAS X, DOLZ M, BIHANNIC R, GRIMONT P, CHAPOT T, GRANIER H. Conciliation médicamenteuse : une expérience innovante dans un service de médecine interne pour diminuer les erreurs d'anamnèse médicamenteuses. *La Presse Médicale* 2012, Volume 41, Issue 3, Pages e77-e86.

[53] PIPPINS JR, MD, GANDHI TK, MD, MPH, HAMANN C, MD, MS, NDUMELE CD, MPH, LABONVILLE SA, Pharm D, BCPS, et al. Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. *J Gen Intern Med* 2008 Sep;23(9) : 1414-22.

[54] PERRIN F. La conciliation des traitements médicamenteux : amélioration continue du processus ou comment passer d'une méthode d'interception des erreurs médicamenteuses à une méthode de prévention des erreurs médicamenteuses. 2012.

[55] DOERPER S, MORICE S, PINEY D, DONY A, BAUM T, PERRIN F, GUILLAUME V, VIDAL A, FERRY O, PETER N, AZIZI Y, VOUAUX V, ROSA D, DUFAY E. La conciliation des traitements médicamenteux : logigramme d'une démarche efficace pour prévenir ou intercepter les erreurs médicamenteuses à l'admission du patient hospitalisé. Septembre 2013.

[56] DOERPER S, MORICE S, DONY A, BAUM T, PERRIN F, GUILLAUME V, VIDAL A, FERRY O, PETER N, AZIZI Y, VOUAUX V, ROSA D, PINEY D, RAUSS A, DUFAY E. Impact Clinique de la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission du patient hospitalisé. A propos de 1664 erreurs médicamenteuses. Novembre 2012.

[57] QUELENNEC B et al. Potential clinical impact of medication discrepancies at hospital admission. *European Journal of Internal Medicine* 24: 530-535. 2013.

[58] ARS Midi-Pyrénées. Améliorer la performance des établissements de santé par l'optimisation des relations ville-hôpital. Juillet 2011.

[59] WONG E. Should the Pharmacy Profession Lead the Medication Reconciliation Process? *CJHP* 2011;64(5): 372-374.

[60] BLANCHET M. (2010). Evaluation de l'impact clinique de la réalisation d'un bilan comparatif des médicaments au Centre hospitalier affilié universitaire de Québec. *Pharmactuel*, **43**(3).

[61] BARILLET M, LOBBEDEV T, COHEN D, OLLIVIER C. Conciliation médicamenteuse lors d'une hospitalisation en France : participation des externes en pharmacie. *Pharmactuel*, vol 45 : n°4. Octobre novembre décembre 2012.

[62] DUFAY E. La conciliation des traitements médicamenteux, qualité et sécurité des soins liées aux produits de santé, le parcours de soins. 2013.

[63] TOURAINE M. Lettre de la Ministre des affaires sociales et de la santé. Février 2013.

[64] HAS. Comment réduire les réhospitalisations évitables chez les personnes âgées ? [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1602735/fr/comment-eviter-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602735/fr/comment-eviter-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees) (page consultée le 14 octobre 2014)

## Annexes

### Annexe 1 : Fiche de recueil des médicaments pris par le patient

Centre Hospitalier de Lunéville

juin 2014



**Date d'admission :**  
**Heure d'admission :**

**Médecin traitant :**  
**Pharmacie :**

DP  Oui  Non

Étiquette du patient

### Feuille de recueil des médicaments pris par le patient

Sources consultées																
Date de consultation																
Consultée par																
Médicament / Forme / Voie	Patient		Pharmacien d'officine		Médecin traitant											
	Dosage	Posologie	Dosage	Posologie	Dosage	Posologie	Dosage	Posologie	Dosage	Posologie	Dosage	Posologie	Dosage	Posologie	Dosage	Posologie

NB : si l'information est incertaine, la noter entre parenthèse . C : certitude de l'information I : incertitude liée à la source interrogée

## Annexe 2 : Fiche patient

Nom de l'établissement : CH Lunéville

### Identification du patient : patient n° 4

Service : Médecine interne UF 3716

Sexe : Féminin

Age : 69 ans

Poids : /

**Identification des EM** : EM n°4-1, EM n°4-2, EM n°4-3

**Motif d'hospitalisation** : Décompensation cardiaque / Pneumopathie basale gauche / Trouble glycémique

### Antécédents médicaux et/ou chirurgicaux :

HTA / AVC en 2004 / Angor instable / ACFA paroxystique

Diabète type 2 en 1995 sous insuline

Asthme / BPCO avec insuffisance respiratoire / Tabac actif

TVP / Choc septique en 2007 / Hyperthyroïdie

Cataracte opérée / Ostéoporose / Fracture poignet en 2006

### Données biologiques

CRP à 53,5 mg/L                      Taux prothrombine à 69%

Leucocytes à  $15,59 \cdot 10^9/L$     PNN à  $13,06 \cdot 10^9/L$

Hémoglobine à 10,1 g/dL

Créatininémie = 58,5  $\mu\text{mol/L}$

Clairance à la créatinine = supérieure à 90 mL/min

**État d'hydratation =**

**Score de Glasgow =**

---

Établissement

### Annexe 3 : Fiche de conciliation des traitements médicamenteux pris par le patient à l'admission

#### Fiche de conciliation des traitements à l'admission

Patient N° =		Né(e) le IPP :				Conciliation faite le /2014 entre et					Chambre	Processus de conciliation :	Rétroactif			
Liste des médicaments pris par le patient à domicile Au /2014					Statut	Ordonnance des médicaments à l'admission (OMA) Au /2014					Existence d'une divergence	Divergence Intentionnelle ou Erreur Médicamenteuse	Décision Médicale / Erreur Médicamenteuse	Commentaire possible par rapport à la pertinence de la prescription et à la réalisation d'une éventuelle intervention pharmaceutique		
Nom/dosage/forme		Posologie/voie				Nom/dosage/forme		Posologie/voie								
		M	M	S	N			M	M	S	N					
												Traitement ou automédication antérieure :				
Nbre de lignes de la liste		0			0	Nbre de lignes de l'OMA		0								
Temps de formalisation de la liste						Patient(e) hospitalisé(e) le Médecin traitant Pharmacien officine IDE									Signature Pharmacien	
Temps de conciliation																
Sources d'information		DMP en cours DMP antérieur DMP urgences Pharma bag				Base réseauLu SIH-Image Pharma Lettre au MT Lettre du MT				Médecin traitant Médecin spécialiste Pharmacien officine IDE libérale				Patient Famille Consultation DP Autres		

Annexe 4 : Fiche de conciliation de sortie



Fiche de conciliation de sortie

Patient(e) :		Liguli Guy Né(e) le 06/05/35		Hospitalisé(e) le :		04/01/13		Commentaires durée de traitement date reprise éventuelle conseil	Prescrit sur ordonnance de sortie
Liste des médicaments avant hospitalisation			Statut	Liste des médicaments à prendre À la sortie d'hospitalisation					
Nom/dosage/forme	Posologie	Nom/dosage/forme		Posologie					
KARDEGIC 160mg pdr orale	1-0-0-0	poursuivi	KARDEGIC 160mg pdr orale	1-0-0-0					
PARIET 20mg cp	1-0-0-0	poursuivi	PARIET 20mg cp	1-0-0-0					
SIMVASTATINE 20mg cp	1-0-0-0	poursuivi	SIMVASTATINE 20mg cp	1-0-0-0					
ALDACTONE 50mg cp	1-0-0-0	poursuivi	ALDACTONE 50mg cp	1-0-0-0					
ZOLPIDEM 10mg cp	0-0-0-1	poursuivi	ZOLPIDEM 10mg cp	0-0-0-1					
----		ajouté	OROKEN 200mg cp	1-0-1-0			pendant 10j		
----		ajouté	FLAGYL 500mg cp	1-1-1-0			pendant 10j		
----		ajouté	DAFFALGAN 500mg cp	2-2-2-2			Si douleur ou fièvre		
----				---					
----				---					
----				---					
----				---					
----				---					
----				---					
----				---					
----				---					
----				---					
----				---					
----				---					
----				---					
----				---					
----				---					
----				---					
----				---					
----				---					
----				---					

Médecin traitant : Dr Durand  
Pharmacien officine : Dr Muller

Nom du médecin

Validation pharmacien (nom, signature)

## Annexe 5 : Fiche d'information à l'attention du patient



### Fiche d'information patient Liste des médicaments à poursuivre après l'hospitalisation

Madame  
Martha NOBLE

Lunéville, le 12/06/2014

Vous venez d'être hospitalisé(e) au Centre Hospitalier de Lunéville. Lors de votre arrivée, un bilan de l'ensemble de votre traitement médicamenteux a été réalisé. Des modifications y ont été apportées pendant votre séjour.

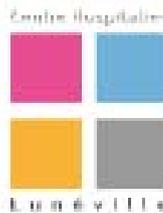
Vous trouverez ci-dessous le traitement que vous devez poursuivre à votre domicile. Il sera adapté si nécessaire par votre médecin traitant lors de votre prochaine consultation.

Médicament	Posologie				Commentaires éventuels	Prescrit sur ordonnance de sortie
	Matin	Midi	Soir	Nuit		

En cas de doutes sur votre traitement médicamenteux, prenez contact avec votre médecin traitant ou votre pharmacien d'officine

Service de chirurgie  
Dr Viviane GUILLAUME

Service de pharmacie  
Dr Sébastien DOERPER



## Centre Hospitalier de Lunéville

### Courrier de conciliation des traitements médicamenteux

En cas de difficulté, contacter les personnes en charge de l'activité de conciliation au :

☎ 03.83.76.12.74 - 📠 Fax : 03.83.76.14.92

E-Mail : [conciliation@ch-luneville.fr](mailto:conciliation@ch-luneville.fr)

~M (MME) CORRESPONDANT~ le Docteur ~NOM  
CORR~  
~ADR\_1 CORR~ ~ADR\_2 CORR~  
~CODE POSTAL CORR~ ~COMMUNE CORR~

~NOM PATIENT~ ~PRENOM PATIENT~  
N~(E) PATIENT~ ~NOM NAISSANCE PATIENT~  
le ~DATE NAISSANCE~  
Sexe: ~SEXE~  
~ADR\_1 PAT~  
~CODE POSTAL PAT~ ~COMMUNE PAT~  
Consultation du ~DATE\_DEBUT\_SEJOUR~  
~INITIALES AUT~ ~INITIALES SEC~

Lunéville, le ~DATE COURRIER~

~LISTE CORR~

~MONSIEUR ET CHER CONFRERE (MME ET CHERE CONSOEUR)~

Votre patient~(E) PATIENT~ ~M (MME) PATIENT~ ~PRENOM PATIENT MIN~ ~NOM PATIENT~, né~(E)  
PATIENT~ le ~DATE NAISSANCE~, a été hospitalisé(e) au Centre Hospitalier de Lunéville. Nous avons  
établi la liste de ses médicaments pris en routine à son domicile. Vous trouverez ci-dessous le bilan réalisé,  
le traitement à poursuivre à la sortie et un éventuel complément d'informations.

#### Avant hospitalisation

#### Après hospitalisation

AQUASYAL Spray buccal	1-1-1-1	poursuivi	AQUASYAL Spray buccal	1-1-1-1	A distance de la prise de fungizone 10% sol buv
DIFFU K 800mg gel	1-0-0-0	poursuivi	DIFFU K 800mg gel	1-0-0-0	
HEMIOXINE 0,125mg cp	1-0-0-0	poursuivi	HEMIOXINE 0,125mg cp	1-0-0-0	
LASILIX FAIBLE 20mg cp	1-0-0-0	poursuivi	LASILIX FAIBLE 20mg cp	1-0-0-0	
PARACETAMOL 500mg sac	*1-1-1-1	poursuivi	PARACETAMOL 500mg sach	*1-1-1-1	Si besoin
NORMACOL lavement	*1-0-0-0	poursuivi	NORMACOL lavement	*1-0-0-0	Si constipation supérieur à 3 jours
MEBEVERINE 300mg gel	1-1-1-0	arrêté			
LOCERYL 5 % vernis	1/sem	poursuivi	LOCERYL 5 % vernis	1fois par semaine le samedi	
LUMIGAN 0,3 mg/ml collyre	1-0-0-0	poursuivi	LUMIGAN 0,3 mg/ml collyre	1-0-0-0	
		ajouté	NORFLOXACINE 400mg cp	1-0-1-0	cystite à E coli, à poursuivre encore 3]
		ajouté	RIVOTRIL 2,5 mg/ml sol buv	3-3-5-0	Gouttes
		ajouté	FUNGIZONE 10% susp buv	1-1-1-0	Cuillère à café (mycose buccale)
					Revoir avec médecin traitant pour date d'arrêt
		ajouté	MOVICOL pdre p sol buv	1-0-0-0	

Docteur ~NOM MEDECIN FCTs~

Docteur ~NOM PHARMACIEN VALIDATION~

Copie : Pharmacien d'officine – Médecin traitant

## LE PATIENT ACTEUR DE SA SANTÉ

**AVOIR LE BON GESTE  
LORS D'UNE HOSPITALISATION  
OU D'UNE CONSULTATION  
= APPORTER SA LISTE DE MÉDICAMENTS**

### Qui ?

☞ Qui doit apporter sa liste de médicaments ?

Vous ou la personne qui vous accompagne à l'hôpital

### Quoi ?

☞ Quels médicaments devez-vous noter sur cette liste ?

Tous vos médicaments pris à domicile, qu'ils soient prescrits ou non

### Comment ?

☞ Comment devez-vous faire cette liste ?

- ☞ Regardez dans votre armoire à pharmacie ce que vous prenez
- ☞ Demandez à votre pharmacien d'officine un plan de prise de vos médicaments
- ☞ Recopiez ou apportez les ordonnances de vos médecins généralistes et de vos médecins spécialistes

### Quand ?

☞ Quand devez-vous apporter cette liste ?

Au plus tôt, dès votre hospitalisation et à toute consultation

### A qui ?

☞ A qui devez-vous remettre cette liste ?

Au médecin et à l'infirmière du service de soins qui vous accueillent

### Pourquoi ?

☞ En quoi est-ce utile ?

Le médecin hospitalier doit prendre en compte lors de sa prescription à l'hôpital l'ensemble de vos médicaments pour éviter les interactions et les surdosages

Centre Hospitalier  
  
Lunéville

Centre hospitalier de Lunéville - Service de Pharmacie

## Verso : Encart rappelant la liste des médicaments pris par le patient

### Votre liste de médicaments

Notez dans le tableau ci-dessous, les **médicaments prescrits** par votre médecin traitant ainsi que ceux prescrits par tous autres médecins (ophtalmologiste, dermatologue, cardiologue, chirurgien, ...). Surtout ne pas oublier les **médicaments que vous allez chercher** chez votre pharmacien **sans ordonnance**.

NOM :

Prénoms :

Date de naissance :

Liste mise à jour le :

MÉDICAMENT	DOSAGE	FORME	MOMENT DE PRISE			
			Matin	Midi	Soir	Nuit
Exemple : Paracétamol	500mg	cp effervescent	2 cp	2 cp	1 cp	2 cp si besoin

Médecin traitant :

Médecin spécialiste :

Pharmacien d'officine :

Infirmier à domicile :

Tampon médecin / pharmacien / infirmier

Centre Hospitalier



Le patient acteur de sa SANTÉ



Travaillons ensemble

N° d'identification : 6734

**TITRE**

**LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX,  
UNE INNOVATION DANS LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES :  
DE L'IMPLANTATION A L'EVALUATION DE L'IMPACT CLINIQUE**

Thèse soutenue le 17 novembre 2014

Par **Émilie PIERRON**

**RESUME :**

L'hospitalisation d'un patient est génératrice d'erreurs médicamenteuses ; et plus particulièrement aux points de transition que sont l'admission, le transfert et la sortie de l'hôpital. Le défaut d'information entre les professionnels de santé en milieu libéral et hospitalier conduit à la survenue d'erreurs médicamenteuses pour le patient.

La conciliation des traitements médicamenteux est une méthode puissante de prévention et de correction des erreurs médicamenteuses qui sont dues à un défaut d'information entre l'exercice libéral et hospitalier. Lorsqu'elle est réalisée à l'admission, au transfert et à la sortie du patient hospitalisé, la conciliation des traitements médicamenteux sécurise la prise en charge médicamenteuse du patient et décroïsonne la ville de l'hôpital.

L'objectif de cette thèse est de présenter la mise en place de la conciliation des traitements médicamenteux au centre hospitalier de Lunéville et d'évaluer son impact clinique.

**MOTS CLES : CONCILIATION-INNOVATION- IMPACT CLINIQUE- ERREUR MEDICAMENTEUSE- SECURITE THERAPEUTIQUE**

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
Dr DOERPER Sébastien Pharmacien praticien hospitalier	Service de pharmacie Centre Hospitalier de Lunéville	Expérimentale <input checked="" type="checkbox"/> Bibliographique <input type="checkbox"/> Thèmes 3-6

**Thèmes**

1 – Sciences fondamentales

3 – Médicament

5 – Biologie

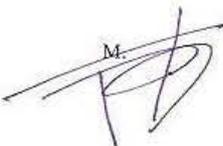
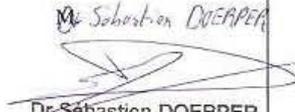
2 – Hygiène/Environnement

4 – Alimentation – Nutrition

6 – Pratique professionnelle

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : le 17 novembre 2014 à 14h

<p align="center"><b>DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE</b></p> <p>présenté par : Mlle PIERRON Emilie</p> <p><u>Sujet :</u> LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX, UNE INNOVATION DANS LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES : DE L'IMPLANTATION A L'EVALUATION DE L'IMPACT CLINIQUE</p> <p><u>Jury :</u> Président : Mme. PAULUS, Doyen de la faculté de pharmacie Directeur : M. DOERPER, Praticien hospitalier pharmacien Juges : M. DONY, Praticien hospitalier pharmacien Mme GUILLAUME, Praticien hospitalier médecin</p>	<p align="center">Vu, Nancy, le 22/09/2014</p> <p align="center">Le Président du Jury      Directeur de Thèse</p> <p align="center">    <b>Dr Sébastien DOERPER</b>          Pharmacien          CENTRE HOSPITALIER DE LUNEVILLE          N° RPPS : 10100247278       </p>
<p align="center">Vu et approuvé, Nancy, le 17.10.2014</p> <p align="center">Doyen de la Faculté de Pharmacie de l'Université de Lorraine,</p> <p align="center">   <b>Francine PAULUS</b> </p>	<p align="center">Vu, Nancy, le 23 OCT. 2014</p> <p align="center">Le Président de l'Université de Lorraine,</p> <p align="center">           Pour le Président et par délégation          Le Vice-Président  <b>Martial DELIGNON</b>  <b>Pierre MUTZENHARDT</b> </p> <p>N° d'enregistrement : 6734</p>