



HAL
open science

Conciliation médicamenteuse d'entrée : mise en place au CHR de Metz-Thionville sur le site de l'hôpital Bel-Air en service de chirurgie ortho-traumatologique et rôle du pharmacien

Marion Cipolletta

► To cite this version:

Marion Cipolletta. Conciliation médicamenteuse d'entrée : mise en place au CHR de Metz-Thionville sur le site de l'hôpital Bel-Air en service de chirurgie ortho-traumatologique et rôle du pharmacien. Sciences pharmaceutiques. 2020. hal-03298189

HAL Id: hal-03298189

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298189>

Submitted on 23 Jul 2021

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

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



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

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.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ
DE PHARMACIE

UNIVERSITE DE LORRAINE
2020

FACULTE DE PHARMACIE

THESE

Présentée et soutenue publiquement

le 14 décembre 2020, sur un sujet dédié à :

CONCILIATION MEDICAMENTEUSE D'ENTREE : MISE EN
PLACE AU CHR DE METZ-THONVILLE SUR LE SITE DE
L'HÔPITAL BEL-AIR EN SERVICE DE CHIRURGIE ORTHO-
TRAUMATOLOGIQUE ET RÔLE DU PHARMACIEN

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par Marion CIPOLLETTA

né(e) le 7 septembre 1994 à Thionville (57)

Membres du Jury

Président : Mme Nathalie THILLY, PU-PH, Professeur de Santé Publique et Epidémiologie, Faculté de Pharmacie, Université de Lorraine

Co-directeur : Mme Marie SOCHA, MCU-PH, Professeur de Pharmacie clinique, thérapeutique et biotechnique, Université de Lorraine et CHRU de Nancy

Directeur : Mme Julie BERNEZ, Docteur en pharmacie, PH au CHR de Metz-Thionville et CH de Jury

Juges : Mme Hélène GARCIA-AULOGE, Docteur en pharmacie, Pharmacien titulaire d'officine

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE PHARMACIE
Année universitaire 2020-2021

DOYEN

Raphaël DUVAL

Vice-Doyen

Julien PERRIN

Directrice des études

Marie SOCHA

Conseil de la Pédagogie

Présidente, Brigitte LEININGER-MULLER

Vice-Présidente, Alexandrine LAMBERT

Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier

Présidente, Béatrice DEMORE

Commission Prospective Facultaire

Président, Christophe GANTZER

Vice-Président, Jean-Louis MERLIN

Commission de la Recherche

Présidente, Caroline GAUCHER

Chargés de Mission

Communication

Aline BONTEMPS

Innovation pédagogique

Alexandrine LAMBERT

Référente ADE

Virginie PICHON

Référente dotation sur projet (DSP)

Marie-Paule SAUDER

Référent vie associative

Arnaud PALLOTTA

Responsabilités

Filière Officine

Caroline PERRIN-SARRADO

Filière Industrie

Julien GRAVOULET

Filière Hôpital

Isabelle LARTAUD,

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Béatrice DEMORE

Marie SOCHA

Pharma Plus ENSIC

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Pharma Plus ENSAIA

Xavier BELLANGER

Pharma Plus ENSGSI

Igor CLAROT

Cellule de Formation Continue et Individuelle

Luc FERRARI

Commission d'agrément des maîtres de stage

François DUPUIS

ERASMUS

Mihayl VARBANOV

DOYENS HONORAIRES

PROFESSEURS EMERITES

Chantal FINANCE

Jeffrey ATKINSON

Francine PAULUS

Max HENRY

Claude VIGNERON

Pierre LEROY

Philippe MAINCENT

Claude VIGNERON

PROFESSEURS HONORAIRES

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES

Jean-Claude BLOCK

Monique ALBERT

Pierre DIXNEUF

Mariette BEAUD

Chantal FINANCE

François BONNEAUX

Marie-Madeleine GALTEAU

Gérald CATAU

Thérèse GIRARD
Pierre LABRUDE
Vincent LOPPINET
Alain NICOLAS
Janine SCHWARTZBROD
Louis SCHWARTZBROD

Jean-Claude CHEVIN
Jocelyne COLLOMB
Bernard DANGIEN
Dominique DECOLIN
Marie-Claude FUZELLIER
Françoise HINZELIN
Marie-Hélène LIVERTOUX
Bernard MIGNOT
Blandine MOREAU
Dominique NOTTER
Francine PAULUS
Christine PERDICAKIS
Marie-France POCHON
Anne ROVEL
Gabriel TROCKLE
Maria WELLMAN-ROUSSEAU
Colette ZINUTTI

ASSISTANTS HONORAIRES

Marie-Catherine BERTHE
Annie PAVIS

ENSEIGNANTS

Section CNU

*

Discipline d'enseignement

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Danièle BENSOUSSAN-LEJZEROWICZ	82	Thérapie cellulaire
Béatrice DEMORE	81	Pharmacie clinique
Jean-Louis MERLIN	82	Biologie cellulaire
Jean-Michel SIMON	81	Economie de la santé, Législation pharmaceutique
Nathalie THILLY	81	Santé publique et Epidémiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Ariane BOUDIER	85	Chimie Physique
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	86	Pharmacologie
Igor CLAROT	85	Chimie analytique
Joël DUCOURNEAU	85	Biophysique, Acoustique, Audioprothèse
Raphaël DUVAL	87	Microbiologie clinique
Béatrice FAIVRE	87	Hématologie, Biologie cellulaire
Luc FERRARI	86	Toxicologie
Pascale FRIANT-MICHEL	85	Mathématiques, Physique
Christophe GANTZER	87	Microbiologie
Frédéric JORAND	87	Eau, Santé, Environnement
Isabelle LARTAUD	86	Pharmacologie
Dominique LAURAIN-MATTAR	86	Pharmacognosie
Brigitte LEININGER-MULLER	87	Biochimie
Patrick MENU	86	Physiologie
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	86	Chimie thérapeutique
Bertrand RIHN	87	Biochimie, Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Alexandre HARLE	82	Biologie cellulaire oncologique
Julien PERRIN	82	Hématologie biologique
Loïc REPPÉL	82	Biothérapie
Marie SOCHA	81	Pharmacie clinique, thérapeutique et biotechnique

MAITRES DE CONFÉRENCES

Xavier BELLANGER [#]	87	Parasitologie, Mycologie médicale
-------------------------------	----	-----------------------------------

Emmanuelle BENOIT ^H	86	<i>Communication et Santé</i>
Isabelle BERTRAND ^H	87	<i>Microbiologie</i>
Michel BOISBRUN ^H	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
Cédric BOURA ^H	86	<i>Physiologie</i>
Sandrine CAPIZZI	87	<i>Parasitologie</i>
Antoine CAROF	85	<i>Informatique</i>
Frédérique CHANGEY	87	<i>Microbiologie</i>
Sébastien DADE	85	<i>Bio-informatique</i>
Natacha DREUMONT ^H	87	<i>Biochimie générale, Biochimie clinique</i>
Florence DUMARCAÏ ^H	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
François DUPUIS ^H	86	<i>Pharmacologie</i>
Reine EL OMAR	86	<i>Physiologie</i>
Adil FAIZ	85	<i>Biophysique, Acoustique</i>
Anthony GANDIN	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Caroline GAUCHER ^H	86	<i>Chimie physique, Pharmacologie</i>
Stéphane GIBAUD ^H	86	<i>Pharmacie clinique</i>
Thierry HUMBERT	86	<i>Chimie organique</i>
Olivier JOUBERT ^H	86	<i>Toxicologie, Sécurité sanitaire</i>
Alexandrine LAMBERT	85	<i>Informatique, Biostatistiques</i>
Julie LEONHARD ^H	86/01	<i>Droit en Santé</i>
Christophe MERLIN ^H	87	<i>Microbiologie environnementale</i>
Maxime MOURER ^H	86	<i>Chimie organique</i>
Coumba NDIAYE	86	<i>Epidémiologie et Santé publique</i>
Arnaud PALLOTTA	85	<i>Bioanalyse du médicament</i>
Marianne PARENT	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Caroline PERRIN-SARRADO	86	<i>Pharmacologie</i>
Virginie PICHON	85	<i>Biophysique</i>
Sophie PINEL ^H	85	<i>Informatique en Santé (e-santé)</i>
Anne SAPIN-MINET ^H	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Marie-Paule SAUDER	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Guillaume SAUTREY	85	<i>Chimie analytique</i>
Rosella SPINA	86	<i>Pharmacognosie</i>
Sabrina TOUCHET	86	<i>Pharmacochimie</i>
Mihayl VARBANOV	87	<i>Immuno-Virologie</i>
Marie-Noëlle VAULTIER	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Emilie VELOT ^H	86	<i>Physiologie-Physiopathologie humaines</i>
Mohamed ZAIYOU ^H	87	<i>Biochimie et Biologie moléculaire</i>

PROFESSEUR ASSOCIE

Julien GRAVOULET	86	<i>Pharmacie clinique</i>
------------------	----	---------------------------

PROFESSEUR AGREGÉ

Christophe COCHAUD	11	<i>Anglais</i>
--------------------	----	----------------

^H Maître de conférences titulaire HDR

* 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

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

SERMENT DE GALIEN

En présence des Maitres de la Faculté, je fais le serment :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances

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

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession

De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens

De coopérer avec les autres professionnels de santé

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

Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) 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 ma présidente de thèse, Madame Nathalie THILLY,

Professeur à la Faculté de Pharmacie de Nancy et Praticien Hospitalier

Pour l'honneur que vous me faites de présider cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A ma co-directrice de thèse, Madame Marie SOCHA,

Maître de conférences des universités et Praticien Hospitalier

Pour m'avoir fait l'honneur d'encadrer cette thèse, recevez mes remerciements.

A ma directrice de thèse, Madame Julie BERNEZ,

Docteur en pharmacie, Pharmacien hospitalier

Pour ton dévouement et ton accompagnement tout au long de ce travail, à ces heures passées pour les corrections. Merci de m'avoir accompagnée et formée durant mon passage à l'hôpital. Je te souhaite le meilleur dans ta carrière.

A mon juge de thèse, Madame Hélène GARCIA-AULOGE,

Docteur en pharmacie, pharmacien titulaire d'officine

Merci d'avoir accepté de juger ce travail, veuillez croire en ma profonde considération et recevoir mes sincères remerciements.

Aux pharmaciens, préparateurs, internes, secrétaires et magasiniers, bref, à la « Team Bel-Air »,

Merci d'avoir allumé la lumière, de m'avoir accueillie durant ces mois dans votre équipe, de m'avoir accompagnée et encouragée dans mon début de carrière. Pour tous ces bons moments. Bébé pharmacien deviendra grand, mais mon passage dans votre équipe restera un de mes meilleurs souvenirs.

Au service « 32 », la chir' ortho',

Merci pour votre accueil au sein de votre service, pour ces cafés/tartines, pour votre gentillesse. Vous êtes une belle équipe et je suis ravie d'avoir pu en faire partie.

Aux pharmacies d'Illange et d'Ennery,

Pour votre accompagnement au cours de mes stages, de m'avoir appris votre métier et de m'avoir transmis votre savoir. Merci pour ces beaux souvenirs au sein de vos équipes.

A la pharmacie de Cattenom,

Pour votre accueil au sein de votre équipe et votre soutien.

A Charlotte et Charles,

Merci pour votre précieuse aide et pour votre investissement dans l'élaboration de ce travail. Je vous souhaite tout le meilleur dans votre carrière et dans vos vies.

A la « mif » ainsi qu'à tous mes amis,

Que ce soit autour d'un verre, d'un bon repas ou lors d'une soirée, merci pour ces nombreux moments de bonheur partagés en votre compagnie et pour votre soutien.

A Pauline, Julien et Marie Aude,

D'avoir partagé les bancs de la fac à mes côtés durant toutes ces années. A tous ces moments difficiles et ces moments de joies que nos études nous auront fait vivre ensemble. Je vous souhaite le meilleur.

Aux « Fous »,

Pour ces moments délirants, ces soirées dingues et ces folles années d'amitié. Qu'elles soient encore nombreuses. A tous ces moments forts de la vie que nous allons encore partager ensemble.

A mes parents, grands-parents, mon frère, Aude et sa famille,

Pour votre soutien et votre accompagnement tout au long de mes études, dans la réussite comme dans l'échec. Merci de m'encourager dans la vie et de me donner les moyens d'avancer. Je vous aime. Merci à Annie pour les corrections apportées à ce travail.

A Julie,

A tous ces bons moments partagés, et à cette complicité. Merci de toujours avoir été à mes côtés. Que la vie nous réserve encore de longues années d'amitié. A Jean-Baptiste et à Jeanne, que j'ai le plaisir de voir grandir. Que l'avenir vous réserve encore de belles choses.

A toi, Maurice,

Pour m'avoir accompagnée durant toutes ces années, pour ta patience et ton dévouement. Merci de faire toujours ressortir le meilleur de moi, dans les bons comme dans les mauvais moments. A tous nos fous rires, nos souvenirs et à tout ce que l'avenir nous réserve ensemble. Je t'aime.

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	I
LISTE DES FIGURES	III
LISTE DES TABLEAUX	V
INTRODUCTION.....	1
I. La conciliation médicamenteuse	5
A. Quelques définitions	5
1. La conciliation médicamenteuse	5
2. La conciliation médicamenteuse d'entrée.....	6
a) La conciliation médicamenteuse proactive	8
b) La conciliation médicamenteuse rétroactive.....	8
3. La conciliation médicamenteuse de sortie et de transfert	9
B. Généralités	10
1. La conciliation médicamenteuse : une discipline de la pharmacie clinique	10
2. La conciliation médicamenteuse en France.....	12
a) L'arrivée de la conciliation médicamenteuse en France	12
b) Les premières évaluations de la conciliation médicamenteuse en France.....	14
3. L'analyse pharmaceutique : une étape de sécurisation de l'ordonnance	15
C. La conciliation médicamenteuse : une méthode de lutte contre l'erreur médicamenteuse.....	16
1. Définition de l'erreur médicamenteuse.....	16
2. Types d'erreurs médicamenteuses	18
3. Causes et facteurs de risques d'erreur médicamenteuse	18
a) Erreurs médicamenteuses liées au circuit du médicament.....	19
b) Erreurs médicamenteuses liées au sujet âgé.....	19
c) Erreurs médicamenteuses aux points de transitions.....	21
4. Les solutions mises en place pour éviter l'erreur médicamenteuse.....	22
a) Généralités	22

b)	Déclaration des erreurs médicamenteuses	22
c)	La conciliation médicamenteuse	23
d)	Création de guides	24
II.	Mise en place de la conciliation médicamenteuse au CHR de Bel-Air	26
A.	Présentation de l'établissement.....	26
B.	Circuit du médicament au CHR	26
C.	Objectifs	28
D.	Contexte	29
III.	Matériel et méthode.....	31
A.	Déroulement de la conciliation médicamenteuse dans le service	31
B.	Collecte des données	35
1.	Profil des patients conciliés	35
2.	Types de conciliation médicamenteuse	36
3.	Sources d'informations consultées	36
4.	Types de divergences	37
a)	Généralités	37
b)	Divergences intentionnelles	38
c)	Erreurs médicamenteuses et corrections des erreurs médicamenteuses.....	39
C.	Enquête satisfaction réalisée dans le service	40
D.	Enquête auprès des pharmacies d'officine	41
IV.	Résultats.....	43
A.	Généralités	43
B.	Profils de patients	43
C.	Sources d'informations	43
D.	Divergences observées	45
1.	Généralités.....	45
2.	Divergences intentionnelles	46
3.	Erreurs médicamenteuses	48

E.	Enquête satisfaction réalisée dans le service	52
F.	Enquête auprès des pharmacies d'officine	54
G.	Conciliation médicamenteuse hors critères	58
V.	Discussion	60
A.	Retours sur l'activité de conciliation médicamenteuse à l'hôpital Bel-Air	60
B.	Fiabilité des sources d'informations	61
C.	Classement des divergences.....	61
D.	Intérêt de la mise en place de la conciliation médicamenteuse.....	62
E.	Développement de la conciliation médicamenteuse	64
	CONCLUSION	65
	BIBLIOGRAPHIE.....	VI
	ANNEXES	XIII

LISTE DES ABREVIATIONS

ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
ARS	Agence Régionale de Santé
ATC	Anatomique, Thérapeutique et Chimique
AVK	Anti-vitamine K
BMO	Bilan médicamenteux optimisé
CAQES	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHU	Centre Hospitalier et Universitaire
CM	Conciliation médicamenteuse
CRPV	Centres Régionaux de Pharmacovigilance
CTM	Conciliation des traitements médicamenteux
CNP	Conseil National Professionnel de gériatrie
DCI	Dénomination Commune Internationale
DI	Divergence intentionnelle
DID	Divergence intentionnelle documentée
DIND	Divergence intentionnelle non documentée
DNDI	Divergence non documentée intentionnelle
DNI	Divergence non intentionnelle
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DMP	Dossier médical patient
DMS	Durée moyenne des séjours
DP	Dossier pharmaceutique
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EIG	Evènement indésirable grave
EM	Erreur médicamenteuse
ENEIS	Enquête nationale sur les évènements indésirables liés aux soins
ETP	Education thérapeutique du patient
EVALOR	Organisation régionales de l'évaluation en santé en Lorraine
FFI	Faisant fonction d'interne
FINESS	Ficher national des établissements sanitaires et sociaux
GHS	Groupe homogène de séjours
GHT6	Groupement Hospitalier de Territoire 6
HAS	Haute Autorité de Santé

IDEs	Infirmières Diplômées d'Etat
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IPP	Inhibiteurs de la pompe à protons
Med'Rec	Medication Reconciliation
OMEDIT	Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OTC	Over the counter
PECM	Prise en charge médicamenteuse
PHEV	Prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville
PMP	Projet médical partagé
PPH	Préparateur en pharmacie hospitalière
PUI	Pharmacie à usage intérieur
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
SAFES	Sujet âgé fragile : évaluation et suivi
SFGG	Société Française de Gériatrie et Gérontologie
SFPC	Société Française de Pharmacie Clinique
SIH	Système d'information hospitalier
SOP Med'Rec	Standard Operation Protocol Medication Reconciliation
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Les différents types de conciliation médicamenteuse, selon (11)	6
Figure 2 : Les activités constitutives de la conciliation médicamenteuse à l'admission du patient hospitalisé (14)	7
Figure 3 : Les différentes étapes de la conciliation médicamenteuse proactive (12)	8
Figure 4 : Les différentes étapes de la conciliation médicamenteuse rétroactive (12)	9
Figure 5 : Modèle 2017 de pharmacie clinique de la SFPC (18)	11
Figure 6 : Les différents types de divergences, selon (12) (26)	17
Figure 7 : Circuit de signalement des erreurs médicamenteuses (49)	23
Figure 8 : Circuit du médicament au CHR de Metz-Thionville	27
Figure 9 : Déroulement de la conciliation médicamenteuse au CHR hôpital de Bel-Air	34
Figure 10 : Extrait du premier tableau Excel - Informations relatives aux patients	35
Figure 11 : Extrait du premier tableau Excel - Relevé des sources d'informations	37
Figure 12 : Exemple de fiche de conciliation médicamenteuse complétée	37
Figure 13 : Extrait du premier tableau Excel - Comptabilisation des divergences	38
Figure 14 : Méthode de relevé des corrections des erreurs médicamenteuses	40
Figure 15 : Présence de l'ordonnance à l'admission du patient	43
Figure 16 : Types de sources d'informations	44
Figure 17 : Types de divergences	45
Figure 18 : Types de divergences intentionnelles	46
Figure 19 : Pourcentage de nouvelles prescriptions en fonction des classes ATC	47
Figure 20 : Pourcentage d'arrêt de prescription en fonction de la classe ATC	47
Figure 21 : Changement de prescription	48
Figure 22 : Pourcentage de changement de prescription en fonction de la classe ATC	48
Figure 23 : Pourcentage d'erreurs médicamenteuses selon le type d'erreur	49
Figure 24 : Pourcentage d'erreurs par absence d'ordonnance selon la classe ATC	49
Figure 25 : Pourcentage d'erreurs par omission selon la classe ATC	50
Figure 26 : Type d'erreurs de prescription	50

Figure 27 : Pourcentage d'erreurs de prescription selon la classe ATC.....	51
Figure 28 : Pourcentage de nouvelles prescriptions selon la classe ATC.....	51
Figure 29 : Pourcentage de correction des erreurs médicamenteuses	52
Figure 30 : Type d'aide apportée par la conciliation médicamenteuse selon la fonction des professionnels	53
Figure 31 : Type d'aide dans la pratique quotidienne du personnel soignant	54
Figure 32 : Connaissance de la conciliation médicamenteuse par les pharmacies d'officine	55
Figure 33 : Fiabilité de la transmission des données	55
Figure 34 : Impact du temps passé par les officines pour la transmission des données	56
Figure 35 : Nécessité de créer un lien entre le pharmacien d'officine et le pharmacien hospitalier	57
Figure 36 : Développement d'une conciliation médicamenteuse de sortie.....	58

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Classement des sources utilisées par le service	29
Tableau II : Récapitulatif des données de conciliation médicamenteuse dans différentes études.....	63

INTRODUCTION

En 2018, la consommation en France de médicaments s'élevait à environ 32,7 milliards d'euros (1). Restant stable depuis ces sept dernières années, elle est cependant plus élevée qu'entre 1980 et 2005 (2). La consommation de médicaments augmente avec l'âge, elle est donc plus importante chez les sujets âgés qui présentent un risque iatrogénique élevé (3). Ce risque iatrogénique s'explique par l'apparition, avec l'âge, de facteurs de risque tels que la poly-médication qui découle de poly-pathologies, les modifications pharmacologiques ou encore le manque d'information entre les professionnels de santé (4).

De ce fait, les personnes âgées sont plus sujettes aux hospitalisations et aux ré-hospitalisations. En France, selon la Haute Autorité de Santé (HAS), 21,7% des hospitalisations des personnes âgées sont liées à des problèmes de thérapeutiques médicamenteuses (5) (6). D'une manière générale, les personnes âgées sont les plus à risque de ré-hospitalisation. En effet, selon l'étude « Sujet Agé Fragile : Evaluation et Suivi (SAFES) », 14% des patients âgés de 75 ans et plus sont ré-hospitalisés dans les 30 jours suivant leur sortie. Les ré-hospitalisations évitables représentent 23% de la totalité des réadmissions. Parmi les facteurs de risque de ré-hospitalisation de la personne âgée qui ont été identifiés, on trouve notamment la survenue d'un évènement indésirable pendant l'hospitalisation. L'amélioration de la communication entre la ville et l'hôpital, au travers de la conciliation médicamenteuse (CM) par exemple, permettrait de diminuer ce taux de réadmission (7).

Les principaux objectifs de la conciliation médicamenteuse sont de sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient en prévenant et/ou en corrigeant les erreurs médicamenteuses (EM), de favoriser la transmission d'informations sur le traitement médicamenteux du patient entre les professionnels de santé, de diminuer le nombre de réadmissions et de procéder à une réévaluation des traitements au long cours des patients (8).

De nombreuses études sur la conciliation médicamenteuse montrent l'intérêt de la conciliation médicamenteuse au sein d'un établissement de santé. En effet, à l'issue du projet Med'Rec, 21 320 erreurs médicamenteuses sur 22 863 patients conciliés dans huit établissements de santé, ont été détectées et 46 188 situations à risques ont été gérées grâce à la conciliation médicamenteuse chez 27 447 patients sur les neuf établissements de santé participant au projet en France. Cette activité apparaît donc comme un moyen de

prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses. Ce projet fait également ressortir que la conciliation médicamenteuse a diminué de 29,30% les ré-hospitalisations à 30 jours au sein du Centre hospitalier de Lunéville (9). La mise en place de la conciliation médicamenteuse dans un service de gériatrie aigüe au Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Nancy, a permis de corriger 88,7% des erreurs médicamenteuses identifiées sur 180 cas conciliés (8).

Le développement de la pharmacie clinique et notamment de la conciliation médicamenteuse au sein des établissements de santé s'inscrit dans les cinq grandes thématiques abordées dans le volet obligatoire du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES). Ce volet, relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations, s'applique à tous les établissements de santé et fixe des obligations. Ces obligations sont les suivantes :

- Amélioration et sécurisation de la prise en charge médicamenteuse et du circuit du médicament et des produits et prestations (LPP) ;
- Développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau, déploiement de la pharmacie clinique (conciliation médicamenteuse) ;
- Promotion de la prescription des produits du répertoire des génériques ou biosimilaires ;
- Engagements relatifs aux dépenses des prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville (PHEV) ;
- Engagements relatifs aux dépenses et au respect des référentiels pour les médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus.

Chacune de ces cinq grandes thématiques ont des objectifs bien définis. Les objectifs de la première thématique portant sur l'amélioration et la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse et du circuit du médicament et des produits et prestations, sont les suivants : l'utilisation des logiciels d'aide à la prescription, l'informatisation et la traçabilité de la prise en charge thérapeutique du patient, l'identification des prescripteurs notamment par leurs numéro RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé) et/ou FINESS (fichier national des établissements sanitaires et sociaux), l'analyse et l'amélioration des pratiques professionnelles et enfin le développement de la dispensation nominative. La deuxième thématique sur le développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau ainsi que le déploiement de la conciliation médicamenteuse, a pour objectifs principaux, la mise en œuvre d'une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la prise en charge médicamenteuse et de la conciliation médicamenteuse ainsi que l'analyse pharmaceutique, la vigilance et le bon usage des antibiotiques, la

participation aux enquêtes relatives aux produits de santé. La thématique sur les engagements relatifs aux prescriptions de médicaments dans le répertoire générique et biosimilaires a pour objectifs de promouvoir la prescription de médicaments génériques et de médicaments biosimilaire ainsi que de définir leur part d'achat. Les objectifs de la quatrième thématique sont de mettre en œuvre l'ensemble des actions d'amélioration de la qualité des pratiques hospitalières en termes de prescription et d'organisation de ces prescriptions nécessaires pour assurer le respect du taux d'évaluation des dépenses de PHEV des produits de santé, faire un focus sur une classe thérapeutique médicamenteuse et sur une classe de dispositifs médicaux et enfin mettre en œuvre une charte régulant l'intervention des prestataires de LPP au sein de l'établissement et/ou des modèles de prescription. Le suivi des dépenses des médicaments et dispositifs médicaux implantable de la liste en sus ainsi que le suivi des indications des médicaments et des dispositifs médicaux implantables hors GHS (groupe homogène de séjours), sont les objectifs de la dernière thématique portant sur les engagements relatifs aux dépenses et au respect des référentiels pour les médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus (10).

Dans le circuit de prise en charge du patient, le pharmacien d'officine est le professionnel de santé le plus sollicité par les patients, car facilement accessible au comptoir. Il est donc proche du patient et possède une connaissance d'ensemble de tous ses traitements et ses habitudes. Le pharmacien d'officine permet donc de faire le lien ville-hôpital dans la conciliation médicamenteuse en partageant les informations nécessaires à la prise en charge du patient, avec le pharmacien hospitalier.

La conciliation médicamenteuse a été mise en place au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Metz-Thionville sur le site de l'hôpital de Mercy et a montré son efficacité, c'est pourquoi il a été décidé de la développer sur le site de l'hôpital Bel-Air. C'est donc dans ce contexte de mise en place de la conciliation médicamenteuse que s'inscrit ce travail de thèse.

Après quelques éléments de définition, nous présenterons la méthodologie adoptée pour cette mise en place. Tout d'abord, nous définirons les différents types de conciliation médicamenteuse puis, à travers quelques généralités, nous remettrons la conciliation médicamenteuse dans son contexte de pharmacie clinique ainsi que ses débuts en France. Nous nous concentrerons ensuite sur un des objectifs principaux de la conciliation médicamenteuse, qu'est la lutte contre l'erreur médicamenteuse. Dans une deuxième partie, nous présenterons le contexte de la mise en place de la conciliation médicamenteuse à l'hôpital Bel-Air puis nous détaillerons, dans une troisième partie, les méthodes utilisées pour

sa mise en place et son évaluation. Les résultats seront présentés dans une quatrième partie et dans un dernier temps nous discuterons ces résultats.

I. La conciliation médicamenteuse

A. Quelques définitions

1. La conciliation médicamenteuse

On utilise les termes de « conciliation médicamenteuse » (CM), de « conciliation des traitements médicamenteux » (CTM) ou simplement de « conciliation » (11).

La conciliation médicamenteuse consiste à recueillir les informations sur les traitements médicamenteux des patients hospitalisés. Selon la définition officielle de la HAS : « La conciliation des traitements médicamenteux est un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts. ». La conciliation médicamenteuse est une démarche essentiellement menée par les établissements de santé et médico-sociaux, en impliquant fortement les professionnels de santé de ville, tel que le pharmacien d'officine.

Les objectifs de la conciliation sont de sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient en évitant les erreurs médicamenteuses et en assurant la continuité du traitement médicamenteux, mais également de diminuer le recours à l'hospitalisation. D'une manière générale, la conciliation médicamenteuse se décrit en quatre étapes :

- Recherche d'informations : il s'agit ici d'utiliser différentes sources d'informations (au minimum 3 sources) pour connaître les traitements médicamenteux pris et à prendre par le patient. Le but est de dresser une liste exhaustive des traitements en prenant en compte l'automédication qui vient s'ajouter aux traitements prescrits. Pour cette étape, les outils utilisés sont la fiche de recueil des médicaments par source d'information (annexe 1) et une trame d'entretien avec le patient (9).
- Réalisation du bilan médicamenteux (BM) pour la synthèse des informations : la rédaction du bilan médicamenteux se fait par le recoupement et l'analyse des différentes informations colligées. L'outil utilisé est la fiche de conciliation des traitements médicamenteux (annexe 2) (9).
- Validation du bilan médicamenteux : cette étape permet d'attester la fiabilité du bilan médicamenteux en vérifiant la bonne réalisation du processus de conciliation

médicamenteuse, en confirmant la cohérence du bilan au vu des informations recueillies et en apposant la signature du pharmacien sur la fiche de conciliation.

- Actualisation de la prescription et du dossier patient : dans cette étape, il s'agit de partager et d'exploiter le bilan médicamenteux réalisé. Le traitement habituel du patient est ainsi comparé au traitement prescrit à l'hôpital (s'il existe) et les divergences sont identifiées. Le partage du bilan médicamenteux permet de réaliser un échange collaboratif entre le pharmacien et le médecin, d'expliquer au patient et à l'entourage les changements dans le traitement, mais aussi de transmettre les informations aux autres professionnels de santé qui encadrent le patient. Les outils pouvant être utilisés pour transmettre les informations sont des lettres de liaison à la sortie, une fiche d'information et un plan de prise destinés au patient et à son entourage, ou encore une fiche d'information destinée aux professionnels de santé (12).

Pour sécuriser cette prise en charge, la conciliation doit être faite aux points de transitions tels que l'admission ou la sortie d'hospitalisation, les transferts entre services ou établissements de santé ainsi que toutes les interventions des différents prescripteurs. Il existe donc différents types de conciliation médicamenteuse dans le parcours de prise en charge hospitalière du patient (figure 1) (11).

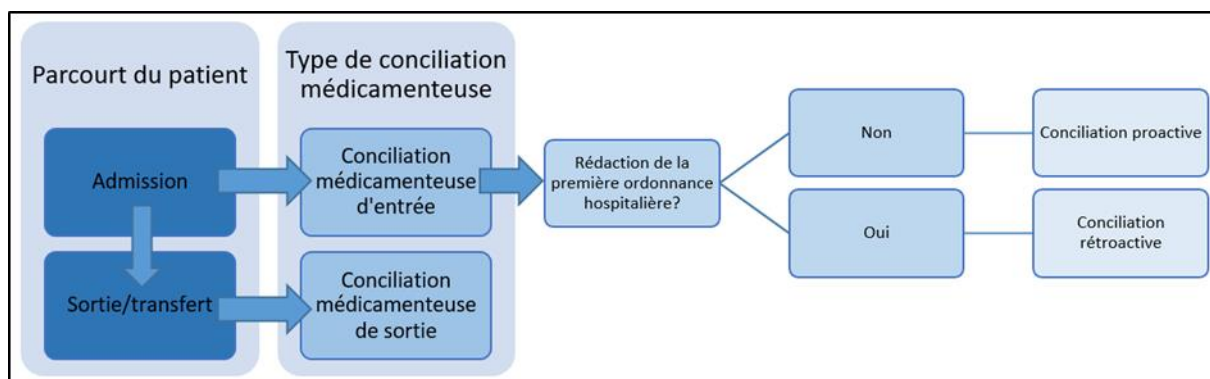


Figure 1: Les différents types de conciliation médicamenteuse, selon (11)

2. La conciliation médicamenteuse d'entrée

On parle de conciliation médicamenteuse d'entrée lors de l'admission du patient. Elle permet de faire le lien ville-établissement de santé et consiste à faire une liste des médicaments pris par le patient qu'ils soient prescrits ou non (automédication).

En effet, l'admission du patient à l'hôpital est un point clé dans la transmission des informations et notamment en ce qui concerne son traitement habituel. La récolte

d'informations sur le traitement médicamenteux du patient s'avère souvent compliquée et chronophage pour le personnel soignant qui le prend en charge. De plus, chez le patient poly médicamenteux il n'est pas rare d'omettre un ou plusieurs médicament(s). Les causes de cet oubli peuvent être multiples : admission du patient sans ordonnance et/ou sans accompagnant, méconnaissance ou incapacité à communiquer son traitement, erreur de retranscription, etc. Le manque de temps de l'équipe soignante est également un facteur qui favorise les oublis de traitement ainsi que le manque de transmission d'informations entre les professionnels de santé. Tous ces facteurs peuvent entraîner des oublis dans la liste exhaustive des traitements médicamenteux du patient et ainsi aboutir à un risque potentiel d'erreur médicamenteuse (13).

La conciliation des traitements médicamenteux à l'entrée peut se diviser en cinq étapes (figure 2) (14):

Étape	Nature de l'activité	Acteur
Étape 1	La recherche active d'informations sur les traitements du patient auprès de lui-même et de son entourage, auprès d'autres professionnels de santé de ville et d'établissements de santé, par l'exploitation de systèmes documentaires et/ou de bases de données	Activité pharmaceutique
Étape 2	La formalisation un bilan exhaustif et complet des médicaments le bilan des médicaments optimisé (BMO) concerne les médicaments pris ou omis par le patient, mais aussi prescrits ou non par un médecin. Il est nécessaire de croiser au moins deux sources d'informations afin de créer une confiance dans le résultat	Activité pharmaceutique
Étape 3	La comparaison du bilan des médicaments avec la prescription hospitalière à l'admission pour repérer les écarts entre le BMO et l'ordonnance des médicaments à l'admission en systématisant la qualification du médicament comme arrêté, suspendu, poursuivi, modifié, substitué, ajouté ainsi que documenté ou non documenté	Activité pharmaceutique
Étape 4	La caractérisation des divergences observées comme absence de divergence, divergences intentionnelles documentées, divergences intentionnelles non documentées, et divergences non intentionnelles (non documentées de fait). Seuls les deux derniers bénéficient de l'étape suivante	Activité médicale
Étape 5	La rédaction d'un complément d'information ou d'une nouvelle prescription 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 constitutives de la conciliation médicamenteuse à l'admission du patient hospitalisé (14)

La première étape est une étape d'investigation réalisée par l'équipe pharmaceutique (pharmacien, interne, externe en pharmacie ou préparateur en pharmacie) en charge du dossier. Elle consiste en la restitution du bilan médicamenteux grâce à plusieurs sources d'informations consultées (entretien avec le patient et/ou la famille, contact avec les professionnels de santé encadrant le patient, ordonnances, etc.). Pour que la conciliation médicamenteuse soit pertinente, il faut croiser au minimum 3 sources (12).

L'étape 2 est la rédaction du bilan médicamenteux en recoupant les informations provenant des différentes sources utilisées. Ce bilan consiste à dresser la liste exhaustive et complète des médicaments pris par le patient, qu'ils soient prescrits ou non.

Une fois le bilan rédigé, la 3^{ème} étape est la confrontation du traitement habituel avec le traitement hospitalier, afin d'observer les écarts entre les deux prescriptions. Ces écarts sont appelés « divergences ».

La caractérisation des divergences observées se fait à la 4^{ème} étape. Le prescripteur classe les écarts observés à l'étape 3 par le pharmacien, en erreur médicamenteuse (EM) ou divergence intentionnelle (DI). Cette caractérisation des divergences entre le traitement habituel et le traitement hospitalier permet de montrer l'efficacité de la conciliation en dénombrant le nombre d'EM évitées.

Enfin, le prescripteur peut rédiger ou modifier la prescription hospitalière en prenant en compte les informations apportées par la conciliation médicamenteuse d'entrée (14).

Selon le moment où la conciliation d'entrée est effectuée, on distingue la conciliation proactive et la conciliation rétroactive.

a) La conciliation médicamenteuse proactive

La conciliation proactive est le recueil des médicaments avant la rédaction de la première ordonnance hospitalière. Il s'agit d'une méthode de prévention des erreurs médicamenteuses (EM) dans le circuit de prise en charge du patient. Elle permet d'éviter les EM grâce à la transmission du bilan médicamenteux du patient aux médecins prescripteurs du service qui prend en charge le patient. Ainsi le médecin peut, lors de la rédaction de la première ordonnance hospitalière, prendre en compte le traitement actuel du patient afin d'en assurer la continuité et adapter le nouveau traitement en lien avec sa prise en charge hospitalière (figure 3) (12) (15). Cette conciliation médicamenteuse est donc à privilégier dans la mesure du possible (11).

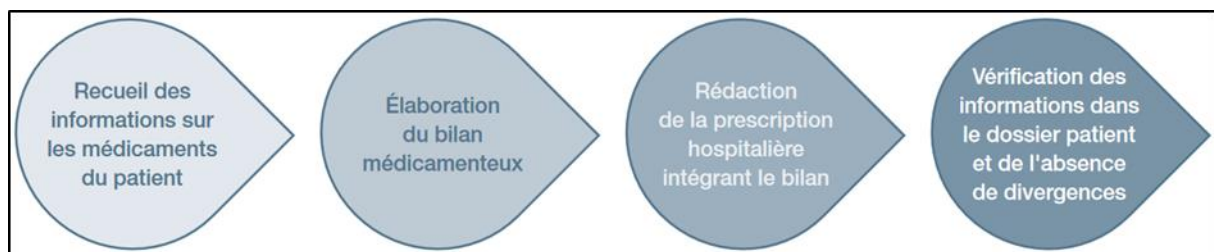


Figure 3 : Les différentes étapes de la conciliation médicamenteuse proactive (12)

b) La conciliation médicamenteuse rétroactive

Lorsque le patient a déjà fait l'objet d'une première prescription hospitalière à son admission, on parle de conciliation rétroactive. C'est une conciliation qui est établie après la rédaction de la première ordonnance hospitalière. Comme la conciliation proactive, elle

consiste à établir une liste des traitements médicamenteux pris par le patient. La conciliation rétroactive confronte le traitement de ville avec le traitement hospitalier. Il s'agit donc ici d'une méthode d'interception des erreurs médicamenteuses. Elle permet de corriger les divergences entre le traitement de ville et le traitement mis en place à l'hôpital. Le fait de confronter les deux prescriptions permet au médecin d'ajuster la première prescription en corrigeant les éventuelles erreurs (figure 4) (12) (15). Pour qu'elle soit le plus efficace possible, la conciliation rétroactive doit être faite le plus tôt possible après l'admission du patient (11).

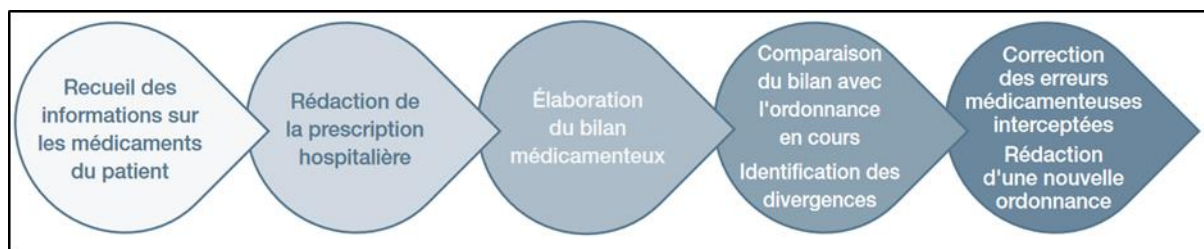


Figure 4 : Les différentes étapes de la conciliation médicamenteuse rétroactive (12)

3. La conciliation médicamenteuse de sortie et de transfert

La conciliation médicamenteuse de sortie permet la transmission des informations justes et validées, concernant le traitement global du patient, vers : le patient lui-même, les professionnels de santé qui l'encadrent (pharmacien d'officine, médecin traitant, etc.) ou encore l'établissement de santé en charge du patient, comme l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) par exemple. Elle vient compléter les informations transmises par la fiche de liaison et/ou le courrier de sortie. L'objectif est de garantir la continuité du traitement et d'éviter les erreurs médicamenteuses aux points de transfert du patient. La conciliation médicamenteuse de sortie se déroule en trois étapes :

- Recherche d'informations : les informations sur le traitement médicamenteux du patient sont collectées en fin de séjour. Ces informations sont issues du bilan médicamenteux à l'admission, s'il existe, et comprennent également ses traitements hospitaliers, le courrier de sortie et l'ordonnance de sortie.
- Rédaction d'un nouveau bilan médicamenteux : ce bilan permet de définir la nouvelle stratégie thérapeutique médicamenteuse du patient en formalisant une liste exhaustive des médicaments à poursuivre à la sortie ainsi que les modifications apportées au cours de l'hospitalisation.
- Rédaction de la prescription de sortie et transmission : cette rédaction est effectuée à partir du bilan médicamenteux. Une validation est nécessaire afin de corriger les divergences éventuelles entre le traitement à poursuivre, la dernière ordonnance

hospitalière et l'ordonnance de sortie. Ce bilan est transmis au médecin traitant et au pharmacien d'officine afin de sécuriser la prise en charge du patient à la sortie de son hospitalisation. Il est également remis au patient lorsqu'un entretien est possible, afin qu'il puisse communiquer à d'autres interlocuteurs les informations concernant sa nouvelle prise en charge (entourage, infirmière libérale, médecin spécialiste etc.).

Lors de sa participation au projet SOP Med'Rec (cf paragraphe 2a de la partie B), le centre hospitalier de Lunéville a élaboré différents outils, mis par la suite à disposition, qui permettent de réaliser cette conciliation médicamenteuse :

- Fiche de conciliation des traitements de sortie : elle liste les médicaments pris avant l'hospitalisation et ceux à prendre à la sortie avec d'éventuels commentaires.
- Fiche d'information destinée au patient : cette fiche reprend chaque médicament à prendre par le patient à la sortie, avec les posologies clairement indiquées et d'éventuels commentaires
- Le courrier de conciliation de sortie : destiné aux professionnels de santé qui encadrent le patient à sa sortie. Il reprend les éléments de la fiche de conciliation des traitements de sortie.

La conciliation médicamenteuse lors d'un transfert suit le même principe que la conciliation de sortie. Les informations sont transmises aux professionnels médicaux et paramédicaux qui encadrent le patient dans la suite de sa prise en charge (11) (15).

B. Généralités

1. La conciliation médicamenteuse : une discipline de la pharmacie clinique

La conciliation médicamenteuse (CM) est une discipline de la pharmacie clinique. Née dans les années 60 aux Etats-Unis et arrivée en France en 1983, la pharmacie clinique a été définie pour la première fois en 1961 par Charles Walton : « La pharmacie clinique est l'utilisation optimale du jugement et des connaissances pharmaceutiques et biomédicales du pharmacien dans le but d'améliorer l'efficacité, la sécurité, l'économie et la précision selon lesquelles les médicaments doivent être utilisés dans le traitement des patients. » (16). Cette définition est actualisée en 2016 par la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) comme étant « une discipline de santé centrée sur le patient dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique, à chaque étape du parcours de soins. Ainsi, les actes de pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, la pertinence et à l'efficacité du

recours aux produits de santé. Le pharmacien exerce en collaboration avec les autres professionnels impliqués, le patient et ses aidants » (17). En 2017, la SFPC publie le modèle de pharmacie clinique (figure 5) (18).

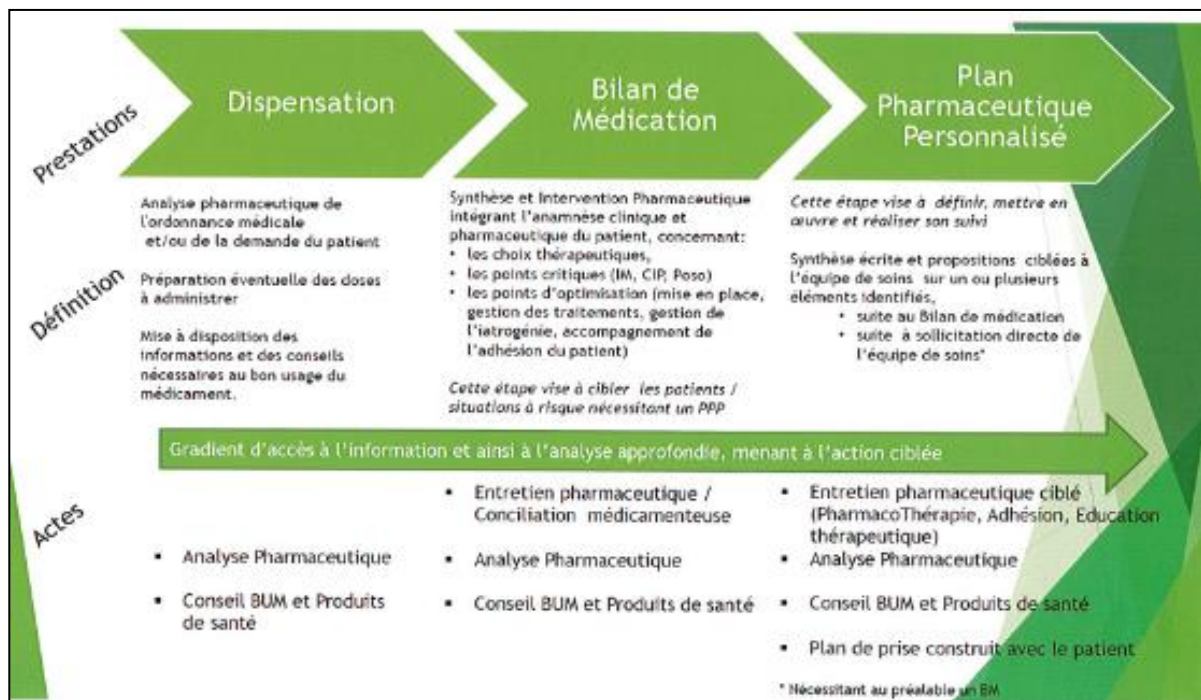


Figure 5 : Modèle 2017 de pharmacie clinique de la SFPC (18)

Dans ce modèle, la SFPC présente la pharmacie clinique selon trois types d'actes pharmaceutiques que sont la dispensation des produits de santé, le bilan de médication et le plan pharmaceutique personnalisé. La conciliation médicamenteuse s'inscrit dans l'acte de bilan de médication. Le bilan de médication également appelé bilan partagé de médication, est défini par la HAS comme étant « une analyse critique structurée des médicaments du patient dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement ». Il est à ne pas confondre avec le bilan médicamenteux réalisé lors de la conciliation médicamenteuse. Le bilan de médication a pour objectif de réduire le risque iatrogénique et d'améliorer l'observance du patient en recensant les effets indésirables et les interactions médicamenteuses avec les autres traitements en cours. Le bilan médicamenteux ou bilan médicamenteux optimisé (BMO) est une démarche qui permet de dresser une liste des médicaments pris et à prendre par le patient, qu'ils soient prescrits ou non (automédication) (19) (20).

La pharmacie clinique est une activité que les pharmaciens pratiquent quotidiennement. Elle est essentiellement portée par les pharmaciens hospitaliers et se présente donc comme une des missions des pharmaciens de pharmacie à usage intérieur

(PUI). En officine, le rôle du pharmacien en matière de pharmacie clinique a été renforcé par de nombreux textes législatifs, notamment par l'arrêté du 4 mai 2012 qui prévoit de nouvelles missions pour le pharmacien d'officine en termes de pharmacie clinique, telles que les entretiens pharmaceutiques (asthme et AVK) et plus récemment, le bilan partagé de médication. L'analyse pharmaceutique des prescriptions est également un acte de pharmacie clinique et fait partie intégrante de la dispensation. Le pharmacien d'officine pratique quotidiennement cette analyse au comptoir. La conciliation médicamenteuse est une activité réalisée en milieu hospitalier. Elle n'est pas effectuée en ville par le pharmacien d'officine, mais il y participe en étant sollicité par le pharmacien hospitalier afin de lui transmettre les informations nécessaires à la prise en charge médicamenteuse du patient à l'hôpital (17).

2. La conciliation médicamenteuse en France

a) L'arrivée de la conciliation médicamenteuse en France

La conciliation médicamenteuse a débuté grâce au projet High 5s lancé en 2006 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en partenariat entre le *Commonwealth Fund*, la *Joint Commission International* et sept pays fondateurs que sont l'Allemagne, l'Australie, le Canada, les Etats-Unis, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas et le Royaume-Uni. Le but de cette démarche est de réduire cinq problèmes de sécurité pour le patient, classés comme prioritaires pour l'OMS, en standardisant des processus. Il s'agit des thèmes suivants :

- La précision de la prescription des médicaments aux points de transition du parcours de soins ;
- L'utilisation des médicaments concentrés injectables ;
- La prévention des erreurs de site en chirurgie ;
- Les défaillances dans les transmissions infirmières ;
- Les infections associées aux soins.

Ce projet vise à tester et démontrer l'efficacité des processus standardisés face à des problèmes fréquents et potentiellement graves de sécurité des soins. Trois points sont attendus au travers de cette standardisation :

- la réduction de la variabilité des pratiques ;
- la réduction des erreurs tels que les EM, les erreurs de site ou de patients en chirurgie ;
- l'amélioration de la sécurité du patient.

La France, qui a rejoint le projet en 2009, a retenu comme prioritaire la problématique « Précision de la prescription des médicaments aux points de transition du parcours de soins », avec l'Allemagne, l'Australie, les Etats-Unis et les Pays-Bas. Ce projet a été nommé Medication Reconciliation (Med'Rec) et s'est déroulé sur une période de 5 ans. Le but de ce projet était de mettre en œuvre et d'évaluer le protocole opérationnel standardisé nommé Standard Operation Protocol Medication Reconciliation (SOP Med'Rec) dans des établissements volontaires. En France, le projet a été coordonné par la HAS et s'est appuyé sur deux structures régionales que sont l'OMEDIT (Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques) Aquitaine et EVALOR en Lorraine (Organisation régionale de l'évaluation en santé en Lorraine). La HAS définit un SOP comme étant « une pratique organisationnelle standardisée développée sur la base de travaux de recherche et sur l'expertise de spécialistes internationaux. Il s'agit d'un ensemble d'instructions concrètes permettant la mise en œuvre par les professionnels d'un processus défini d'une prise en charge spécifique pour un patient de façon régulière et mesurable. ». Ce SOP Med'Rec comprend un processus standardisé défini de conciliation des traitements médicamenteux (CTM), un plan de mise en œuvre et d'évaluation. Ainsi, il s'intéresse à la prévention et à l'interception des erreurs médicamenteuses aux points de transition du patient. Les patients ciblés par ce projet étaient les personnes âgées de plus de 65 ans admis en urgence puis hospitalisées en court séjour.

En France, neuf établissements de santé ont participé à ce projet, dont le centre hospitalier de Lunéville en Lorraine et le Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Strasbourg en Alsace. A l'issue des cinq années, 22 863 patients ont été conciliés par huit établissements qui ont dissocié erreurs médicamenteuses et divergences non documentées intentionnelles (DNDI). Une DNDI est une modification de l'ordonnance par le prescripteur, de façon volontaire, mais non documentée dans le dossier patient. Les DNDI peuvent être source d'erreurs médicamenteuses, qui elles, sont des divergences non intentionnelles (DNI). Ainsi, 21 320 erreurs médicamenteuses pour les 22 863 patients conciliés dans les huit établissements de santé ont été interceptées et corrigées, et 23 381 DNDI ont été identifiées et signalées dans le dossier patient. Chez 27 447 patients conciliés par les neuf établissements de santé, 46 188 situations à risque ont été prises en charge grâce à la conciliation médicamenteuse. La conclusion du projet Med'Rec sur l'intérêt de la conciliation des traitements médicamenteux est la prévention et la réduction des erreurs médicamenteuses, mais aussi la mise en avant d'une démarche d'équipe et une culture de parcours, l'amélioration de la connaissance du patient sur son traitement, l'optimisation de l'analyse pharmaceutique et la promotion de la revue de pertinence. La pertinence des traitements du patient est notamment optimisée par la collaboration entre médecins et

pharmaciens au cours de la conciliation médicamenteuse. L'analyse pharmaceutique permet d'améliorer l'efficacité du traitement. A l'issue de cette expérimentation, la HAS a mis à disposition des équipes et des établissements de santé, les outils élaborés durant ce projet. On y retrouve notamment un mode opératoire de la conciliation médicamenteuse à l'admission, une fiche de recueil des informations par source (annexe 1) et une fiche de conciliation des traitements à l'admission (annexe 2) (9) (21).

b) Les premières évaluations de la conciliation médicamenteuse en France

En 2015, une enquête est menée par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) sur la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse dans 1688 établissements de santé ayant répondu à l'enquête (22). Les résultats mettent en évidence que 90% des établissements de santé réalisent une activité de pharmacie clinique et que seuls 22% ont déjà fait de la conciliation médicamenteuse. Les activités de pharmacie clinique que l'on retrouve le plus en établissement de santé sont l'analyse pharmaceutique des prescriptions, qui est effectuée dans 98% des établissements de santé, l'accompagnement éducatif dans 58% et l'éducation thérapeutique du patient (ETP) à un taux de 47%. En France, ce sont les médecins et les pharmaciens qui mettent en œuvre la conciliation médicamenteuse dans les services de soins. Les services où cette activité est principalement observée sont les unités de chirurgie, de gériatrie, de SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) contrairement aux services de séjours à courte durée où elle est peu assurée. Les services où la durée de séjour est courte, la conciliation médicamenteuse est peu réalisée. C'est le cas notamment des unités de gynécologie-obstétrique et des urgences. Pour respectivement 60 et 48% des établissements de santé, ce sont les infirmiers diplômés d'état (IDEs) et les préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH) qui participent à la conciliation médicamenteuse par le recueil des informations. La gestion des divergences, quant à elle, relève exclusivement des médecins et des pharmaciens. Les sources d'informations principalement consultées sont les dossiers patients, les ordonnances et les entretiens avec le patient et/ou l'entourage. Le médecin traitant et le pharmacien d'officine ne sont pas des sources privilégiées par les établissements de santé ayant répondu à cette enquête (respectivement en 5^{ème} et 7^{ème} position). Selon l'Ordre national des pharmaciens, en 2015, seulement 212 PUI, soit 7,7%, sont connectées au dossier pharmaceutique (DP) (22). Ce taux est en augmentation mais reste relativement faible. Au 1^{er} juin 2019, 17,5% des PUI ont accès au DP, contre 99,9% pour les pharmacies d'offices (23). Du fait de ce manque d'implantation dans les établissements de santé, le DP ne représente pas une source d'information majoritaire utilisée pour la conciliation médicamenteuse. De cette étude menée par la DGOS, il ressort

que, dans les 1688 établissements de santé ayant répondu à l'enquête, la conciliation médicamenteuse d'entrée est plus pratiquée que la conciliation médicamenteuse de sortie, qui sont respectivement réalisées dans 95% et 68% des établissements de santé (22). Cependant, l'enquête de la DGOS a fait ressortir quelques problématiques, rencontrées par les établissements de santé, dans la réalisation de la conciliation médicamenteuse :

- problème de priorisation : cibler des populations à risque ;
- freins au développement de la conciliation : les établissements de santé ont notamment évoqué un manque de disponibilité des professionnels (94%), un manque d'outils (81%), des systèmes d'information inadaptés (78%), une méthodologie complexe à mettre en œuvre (75%) et un manque de formation initiale et continue (74%) (22).

L'impact de la conciliation médicamenteuse dans ces établissements de santé est positif. L'enquête met en évidence que 97% des établissements de santé citent, comme impact majeur, la sécurisation de la prise en charge. Les autres points forts soulignés sont la collaboration pluridisciplinaire (95%), l'amélioration de l'information du patient (94%), le travail en équipes pluri professionnelles (93%) et le partage et l'optimisation des systèmes d'information hospitalier (85%). La pratique de la conciliation médicamenteuse apporte une efficacité supplémentaire dans la prise en charge du patient. En effet, les établissements de santé citent une optimisation des prescriptions (94%), une baisse de la consommation de médicaments (85%), une modification de l'organisation (77%) et une diminution des ré-hospitalisations (71%). 32% des établissements de santé ont mis en œuvre des indicateurs pour évaluer la pratique de la conciliation médicamenteuses. Ces indicateurs peuvent être de deux types :

- Quantitatifs comme le nombre de patients conciliés, le nombre de divergences intentionnelles (DI) ou non intentionnelle (DNI ou EM), le nombre de sources, le nombre de lignes de médicaments etc.
- Qualitatifs tels que le type de patient concilié, le type de divergence intentionnelle ou d'erreur médicamenteuse, le type de médicament concerné par la divergence, le type de modification etc. (22).

3. L'analyse pharmaceutique : une étape de sécurisation de l'ordonnance

L'analyse pharmaceutique fait partie intégrante de l'acte de dispensation des produits de santé, selon le modèle de pharmacie clinique proposé par la SFPC (figure 5) (18), et vise à s'assurer que rien n'interdit la délivrance des médicaments prescrits. Plusieurs points sont vérifiés, notamment l'habilitation du prescripteur, l'identification du patient, les posologies, les

modes et rythmes d'administration, les contre-indications et interactions médicamenteuses, les redondances de prescription etc. (24). Cette action est menée par le pharmacien afin de sécuriser la dispensation des médicaments aux patients. L'objectif de cette sécurisation est d'identifier, de résoudre et de prévenir les problèmes liés à la prise de médicaments (16). Pour réaliser au mieux l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, le pharmacien doit avoir accès aux données concernant le patient (âge, poids, taille), ses paramètres biologiques (kaliémie, fonctions rénale et hépatique etc.), les traitements en cours, les allergies, son état physiologique (grossesse, allaitement). Lorsqu'il identifie un problème de prescription, le pharmacien rédige une intervention pharmaceutique afin de formaliser cette analyse et d'informer le prescripteur. Il peut également proposer des alternatives au prescripteur en cas d'indisponibilité, de meilleure efficacité ou d'optimisation du traitement. L'intervention pharmaceutique peut aller jusqu'au refus de dispensation du pharmacien, si celui-ci est justifié (25). Une analyse pharmaceutique de l'ordonnance est effectuée par le pharmacien hospitalier au cours de la conciliation médicamenteuse.

C. La conciliation médicamenteuse : une méthode de lutte contre l'erreur médicamenteuse

1. Définition de l'erreur médicamenteuse

Lors de la conciliation médicamenteuse, la rédaction du bilan médicamenteux permet d'identifier d'éventuelles divergences avec le traitement hospitalier. Une divergence est un écart entre le traitement habituel du patient et celui prescrit à l'hôpital. On distingue les divergences intentionnelles (DI) des divergences non intentionnelles (DNI) (figure 6). La divergence est intentionnelle lorsqu'elle est voulue par le prescripteur. Il peut alors s'agir d'un ajout, d'une modification (dose, posologie, rythme ou modalité d'administration, molécule etc.) ou d'un arrêt du médicament (12). Lorsque la divergence intentionnelle est signalée dans le dossier du patient, on parle de divergence intentionnelle documentée (DID). Dans le cas contraire, il s'agit d'une divergence intentionnelle non documentée (DIND) (12) (26). En règle générale, la divergence non intentionnelle (DNI) est qualifiée d'erreur médicamenteuse (EM) qui, de par sa nature involontaire, peut conduire à des événements iatrogènes (12) (27).

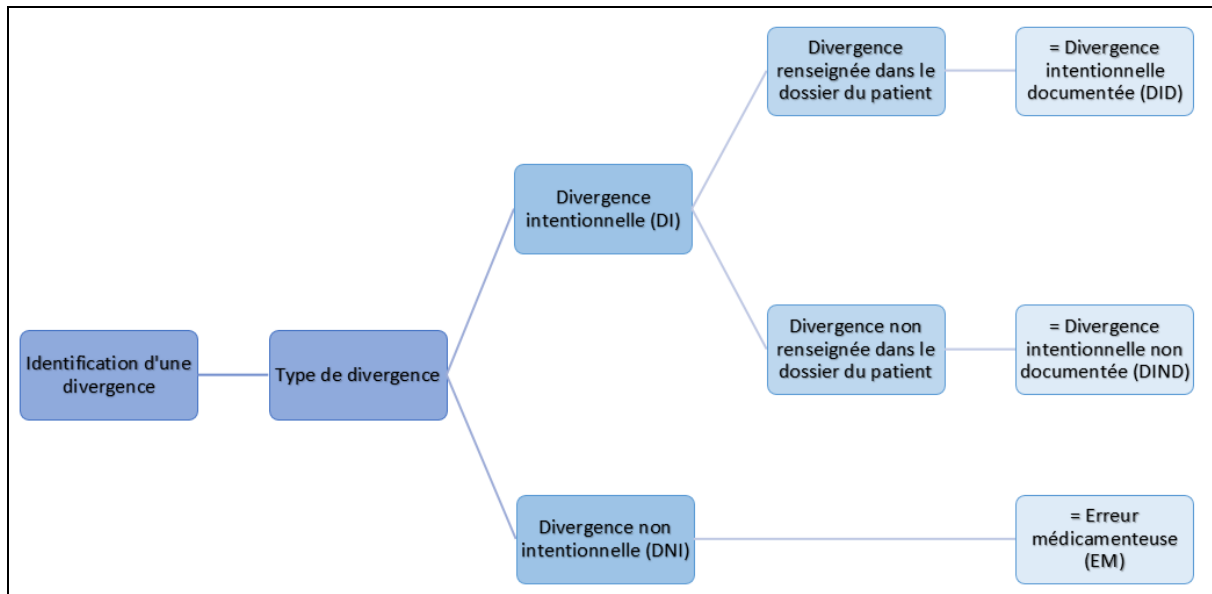


Figure 6 : Les différents types de divergences, selon (12) (26)

Selon la HAS, « l’erreur médicamenteuse est l’omission ou la réalisation non intentionnelle d’un acte relatif à un médicament, qui peut être à l’origine d’un risque ou d’un événement indésirable pour le patient. Par définition, l’erreur médicamenteuse est évitable car elle manifeste ce qui aurait dû être fait et qui ne l’a pas été, au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse d’un patient. Elle peut concerner une ou plusieurs étapes du circuit du médicament, telles que la prescription, la dispensation, la préparation galénique, la délivrance, l’administration, le suivi thérapeutique mais aussi ses interfaces telles que les transmissions.» (21).

Un évènement indésirable médicamenteux est un évènement indésirable qui implique un médicament. Il peut être le résultat d’une erreur médicamenteuse (28). Les évènements indésirables médicamenteux sont deux fois plus fréquents après 65 ans et on compte que 10 à 20% d’entre eux sont responsables d’une hospitalisation (29) (environ 140 000 admissions par an avec 13 000 décès (30)). En 2009, l’Enquête nationale sur les évènements indésirables liés aux soins (ENEIS), qui visait à évaluer l’importance des évènements indésirables graves (EIG) en milieu hospitalier, a montré que 32,9% des EIG étaient liés aux médicaments. Selon le « Guichet Erreurs Médicamenteuses » mis en place par l’Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), les erreurs médicamenteuses représentent la moitié des EIG (21). Dans les établissements de santé, on estime entre 60 et 130 000 par an le nombre d’EIG liés à un médicament (31). La HAS définit un évènement indésirable grave comme étant un « dommage survenant chez le patient, lié aux soins plutôt qu’à sa maladie sous-jacente et répondant à certains caractères de gravité, tels que décès, mise en danger de la vie du patient, hospitalisation ou prolongation de

l'hospitalisation, entraînant une incapacité ou un handicap à la fin de l'hospitalisation, ou se manifestant par une anomalie ou une malformation congénitale » (32).

Plus de 12 000 erreurs médicamenteuses ont été déclarées entre 2013 et 2017 dont 60% ont été à l'origine d'effets indésirables qui, pour la moitié, ont été considérés comme graves. Les deux tiers de ces signalements concernent les enfants et les personnes âgées (33).

2. Types d'erreurs médicamenteuses

On distingue trois types d'erreurs médicamenteuses :

- Les erreurs médicamenteuses avérées : cette erreur résulte de l'administration d'un mauvais médicament au patient, un mauvais dosage, une mauvaise voie d'administration ou encore administré selon un mauvais schéma thérapeutique (27) (34). Ce type d'erreur est susceptible de générer des dommages pour le patient tels qu'une aggravation de la pathologie, la survenue d'une nouvelle pathologie, une absence d'amélioration de l'état de santé, une réaction nocive ou une altération d'une fonction de l'organisme (35) ;
- Les erreurs médicamenteuses potentielles : ces erreurs sont détectées et interceptées avant l'administration du produit au patient ;
- Les erreurs médicamenteuses latentes : ou également appelées risques d'erreurs, résultent d'une identification d'un danger pour le patient, comme par exemple un conditionnement ou une dénomination similaire de médicaments (27) (34).

D'après le « Guichet Erreurs Médicamenteuses », entre 2005 et 2008, sur 60% des erreurs médicamenteuses déclarées qui sont avérées, 38% ont entraîné un effet indésirable. On compte 32% d'erreurs médicamenteuses latentes et seulement 9% d'erreurs potentielles (34).

L'erreur médicamenteuse peut survenir sur une ou plusieurs étapes du circuit du médicament, notamment lors de la prescription, de la dispensation, de l'administration ou lors de la transmission des informations (21). La HAS répertorie sept principales erreurs médicamenteuses : erreur de patient, erreur par omission, erreur de médicament, erreur de dose (surdosage, sous-dosage), erreur de modalité d'administration, erreur de moment d'administration, erreur de durée d'administration (6).

3. Causes et facteurs de risques d'erreur médicamenteuse

a) Erreurs médicamenteuses liées au circuit du médicament

L'erreur médicamenteuse peut survenir à chaque étape du circuit du médicament. Dans le « dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse » rédigé par la SFPC, l'erreur médicamenteuse est définie comme étant un évènement pouvant « s'avérer secondaire à la prescription ; la communication des ordonnances ; l'étiquetage des médicaments, leur emballage et leur dénomination ; leur préparation, leur délivrance et leur dispensation ; leur administration par un professionnel de santé ; l'information et l'éducation du patient ; le suivi thérapeutique ainsi que les modalités d'utilisation » (35) (36).

Le signalement des erreurs de pratique au « Guichet Erreurs Médicamenteuses » a permis d'identifier plusieurs causes d'erreurs médicamenteuses, pouvant être associées :

- Erreurs de prescription : le choix inadapté du médicament (mauvaise indication, contre-indication, allergies, interactions médicamenteuses, etc.), une erreur dans la posologie, la dose, le mode d'administration, la forme galénique, la durée du traitement etc. Cela peut aussi concerner l'absence de prescription nécessaire à la prise en charge d'une pathologie (erreur par omission) ou d'un effet indésirable induit par un autre médicament ;
- Erreurs de délivrance : elles peuvent être liées à des erreurs de substitution par le mauvais médicament générique, un conseil inadapté ou inapproprié, une mauvaise lecture de l'ordonnance, ou encore une erreur du médicament délivré par confusion ;
- Erreurs de préparation : erreur de dosage, de formulation, de conditionnement ou d'étiquetage ;
- Erreurs d'administration : il peut s'agir d'une erreur de produit, du mauvais patient, d'une mauvaise programmation des dispositifs d'administration, erreur de rythme d'administration, etc. Les erreurs d'administrations déclarées sur le « Guichet Erreurs Médicamenteuses » de l'ANSM représentent plus de la moitié des erreurs médicamenteuses déclarées ;
- Erreurs de suivi thérapeutique : elles surviennent après la mise en place d'un traitement médicamenteux. Elles concernent l'évaluation de la balance bénéfices/risques ainsi que la surveillance clinique ou biologique du traitement (34) (35).

b) Erreurs médicamenteuses liées au sujet âgé

On entend par sujets âgés les personnes de plus de 75 ans ou de plus de 65 ans et polypathologiques (3). Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), en France, au 1^{er} janvier 2018, les personnes âgées de 75 ans ou plus

représentent 9,3% de la population. Ce pourcentage est en nette augmentation depuis des dizaines d'années (37). L'allongement de l'espérance de vie s'accompagne de l'augmentation régulière de la prévalence des pathologies chroniques. En effet, à partir de 75 ans, on observe fréquemment la présence simultanée d'au moins deux maladies chroniques. Cette situation de polyopathie rend plus complexe la prise en charge du patient de par la diversité des prescripteurs et de la difficulté de coordination qui en découle. A ces risques liés à la polyopathie, viennent s'ajouter ceux liés à la polymédication et à la diversité des prescripteurs. En effet, la polymédication augmente le risque d'interactions médicamenteuses ainsi que le risque iatrogénique et le risque d'hospitalisation mais peut également entraîner un défaut d'observance du patient (38). La polymédication est définie comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou par l'administration d'un nombre excessif de médicaments » (OMS) (39). En moyenne, la consommation journalière chez le sujet âgé est de 3,6 médicaments (3) et 7 molécules différentes leur sont délivrées au moins 3 fois par an (40). Cette polymédication peut favoriser la survenue d'erreurs médicamenteuses en raison d'une confusion entre deux médicaments, d'une mauvaise voie d'administration, d'un mauvais dosage ou d'une durée de traitement non respectée (27).

De plus, les patients ont souvent recours à l'automédication, c'est-à-dire à l'utilisation de médicaments hors prescription pour soigner eux-mêmes leurs symptômes (41). Selon une étude menée en 2012 sur 1203 personnes, les pathologies les plus concernées par l'automédication sont les maux de gorge (48%), diarrhées et fièvres (46%), maux de ventre (44%), brûlures (44%) et douleurs digestives (37%). Sur cet échantillon de personnes, 59% déclarent utiliser des médicaments sans ordonnance (42). En moyenne, sur un mois, 8,6% des personnes âgées achètent un médicament sans ordonnance et environ 4% de leurs médicaments sont sans ordonnance (3). Mais l'automédication n'est pas anodine. En effet, elle peut créer des situations à risque comme des interactions médicamenteuses avec le traitement habituel du patient, un surdosage, une prise non adaptée aux états non pathologiques nécessitant des précautions particulières (grossesse, allaitement)...

Les modifications pharmacologiques liées à l'âge, exposent plus facilement le patient âgé aux effets indésirables ou aux interactions médicamenteuses. En effet, la distribution des médicaments peut être modifiée notamment par la diminution du taux d'albumine, l'augmentation de la fraction libre du médicament ou encore par la modification de la composition corporelle liée à la vieillesse. Le métabolisme peut être perturbé par l'altération de la fonction hépatique tandis que l'élimination peut être modifiée par la diminution de la fonction rénale (43).

c) Erreurs médicamenteuses aux points de transitions

Les différents points de transitions entre établissements de santé ou entre la ville et un établissement de santé, sont source de survenue d'erreurs médicamenteuses dans le système de prise en charge du patient, par le manque de transmission d'informations entre professionnels de santé (12). La mauvaise coordination entre prescripteurs est encore un problème d'actualité, notamment lors de la transition ville-hôpital car les PUI (Pharmacie à Usage Intérieur) n'ont pas tous accès au Dossier Pharmaceutique (DP) du patient, mis en place en 2007 (44). Le dossier pharmaceutique est un dossier qui peut être créé par tout bénéficiaire de l'assurance maladie. Pour cela, il suffit que le patient se présente avec sa carte vitale dans une officine ou tout autre établissement de santé équipé (45). Le dossier pharmaceutique liste toutes les délivrances de médicaments prescrits ou non, au cours des 4 derniers mois. Pour les vaccins, le dossier pharmaceutique les archive durant 21 ans, contre 3 ans pour les médicaments biologiques (44). Ainsi, il permet de lutter contre la iatrogénie médicamenteuse découlant d'une mauvaise posologie, d'une mauvaise prescription ou encore le non-respect d'une contre-indication. Il permet également aux pharmacies de recevoir les alertes sanitaires et les retraits des lots de médicaments pour en informer les patients concernés (30). Lors de sa mise en place, le dossier pharmaceutique était accessible uniquement aux pharmaciens d'officine et permettait une prise en charge sécurisée du patient en limitant les risques iatrogéniques. Depuis 2012, le dossier pharmaceutique est accessible aux pharmaciens hospitaliers (44) et depuis 2017 pour les médecins des établissements de santé (46). Le but de son extension dans les hôpitaux est d'améliorer la coordination entre professionnels de santé (44) (46). Fin février 2017 on comptait alors 10,2% des PUI connectées (46) tandis qu'au 1^{er} juin 2019, seulement 17,5% de PUI sont connectées au DP contre 99,9% des officines (23).

Presque 50% des erreurs médicamenteuses et 20% des effets indésirables observés à l'hôpital sont dus à la mauvaise communication entre professionnels de santé (47). Les erreurs les plus fréquentes à l'hôpital, répertoriées par le « Guichet Erreurs Médicamenteuses », sont des erreurs d'omission, de produit, de dose, de voie et de rythme d'administration, de formes galéniques, de patient. Plusieurs situations à risque ont été identifiées dans les établissements de santé :

- Non prise en compte du traitement habituel du patient dans l'analyse pharmaceutique ;
- Non respect des bonnes pratiques de prescription et d'administration ;
- Manque d'identification et de gestion sécurisées des médicaments à risque ;

- Non respect des conditions de préparation des traitements anticancéreux et des solutions pour nutrition parentérale;
- Manque de sécurisation des conditions de stockage des médicaments dans les services ; (21)

4. Les solutions mises en place pour éviter l'erreur médicamenteuse

a) Généralités

L'erreur médicamenteuse est un écart entre ce qui est fait et ce qui aurait dû l'être. Elle est donc évitable dans la majorité des cas (34). Dans le « Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse », la SFPC donne une définition de l'erreur médicamenteuse, dans laquelle elle précise que « [...] 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. [...] » (35). Dans le cas d'allergies ou d'effets indésirables liés au médicament, on parle de risque iatrogénique non évitable (47) (48).

b) Déclaration des erreurs médicamenteuses

Depuis 2005 l'ANSM met en place, avec les centres régionaux de Pharmacovigilance (CRPV), le recueil et le traitement des signalements des erreurs médicamenteuses identifiées au sein du « Guichet Erreurs Médicamenteuses ». Ce guichet a pour priorité de recueillir et collecter les erreurs médicamenteuses (EM) ou les risques d'EM mettant en cause le médicament (figure 7). Ces signalements peuvent concerner la dénomination ou la présentation (conditionnement, informations, étiquetage, etc.) du médicament. La déclaration des erreurs médicamenteuses sur le « Guichet Erreurs Médicamenteuses » ne concerne pas les erreurs mettant en cause l'organisation des soins. Les signalements peuvent être faits par les professionnels de santé ou les patients. Les déclarations sont obligatoires pour les pharmaciens, médecins, sages-femmes et chirurgiens-dentistes (49).

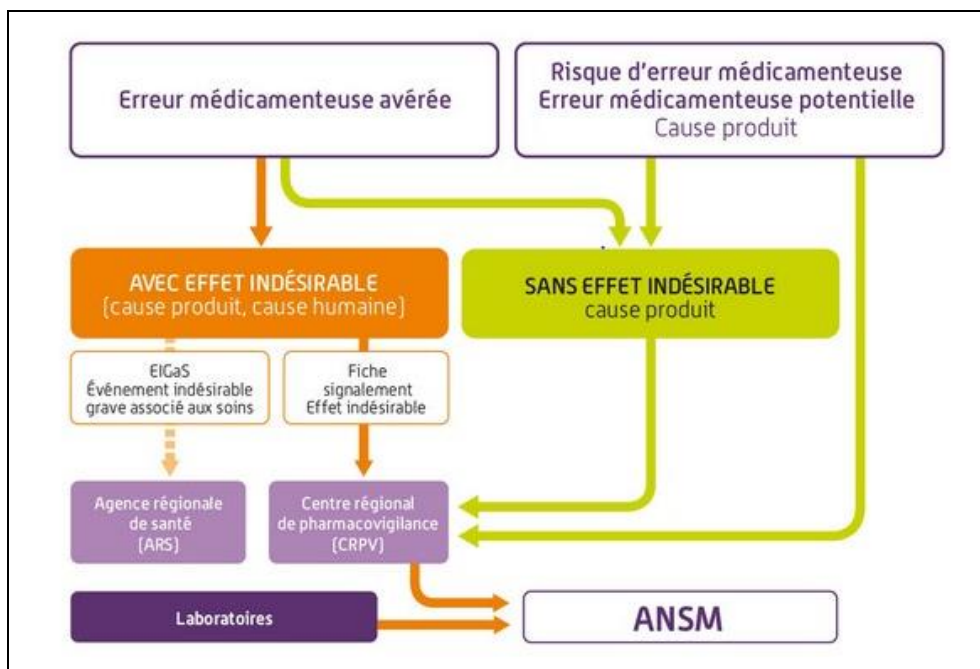


Figure 7 : Circuit de signalement des erreurs médicamenteuses (49)

Chaque signalement est évalué et analysé. Pour que l'erreur ne se reproduise pas, l'ANSM peut mettre en place des mesures comme des actions sur le produit (modification de l'étiquetage, de la notice), des alertes auprès des professionnels de santé et grand public ou des recommandations des bonnes pratiques d'utilisation (49).

c) La conciliation médicamenteuse

La HAS met l'accent sur la gestion des erreurs médicamenteuses. Une de ses principales missions est l'amélioration de la qualité et de la sécurisation des soins. Pour cela, en 2009, elle conduit le projet Med'Rec sur la conciliation des traitements médicamenteux. Selon l'ENEIS, réalisée en 2009, 51,2% des effets indésirables graves liés aux médicaments sont évitables et le taux d'erreurs médicamenteuses qui auraient pu avoir des conséquences graves pour le patient est estimé à 5% en l'absence de conciliation à l'admission (21).

La conciliation médicamenteuse est donc une méthode de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses. Dans les erreurs principalement évitées grâce à la conciliation, on retrouve l'interruption d'un traitement médicamenteux, les erreurs de dose, de formes galéniques ou de modalités d'administration ainsi que les redondances de principes actifs (50) (6). Selon la HAS, les médicaments les plus impliqués dans les erreurs médicamenteuses interceptées par la conciliation sont les traitements cardiovasculaires et les agents anti thrombotiques (6). La conciliation médicamenteuse ayant prouvé son efficacité lors du projet Med'Rec, la HAS a décidé de publier un guide et des outils sur sa

mise en œuvre dans les établissements de santé. Ainsi, la HAS espère réduire les erreurs médicamenteuses, une diminution du recours à l'hospitalisation et une continuité médicamenteuse (50). En diminuant le nombre de ré-hospitalisations, la conciliation présente un intérêt de santé publique et va permettre de rendre plus efficace les échanges d'informations entre les différents professionnels de santé encadrant le patient (5).

En 2015, les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS) et le Groupe Hospitalier Saint Vincent (GHSV) mènent le projet CONCIMED. Ce projet a pour but, à l'issue de trois mois d'expérimentation, la réalisation d'un « Guide pratique pour développer, en établissement de santé, la conciliation médicamenteuse associant pharmacien et préparateur en pharmacie ». Il définit de façon précise les tâches déléguées pour les préparateurs en pharmacie, il décrit les procédures de réalisation de la conciliation médicamenteuse et du bilan médicamenteux optimisé (BMO), et il donne également accès aux établissements de santé les documents utiles à la conciliation (entretien avec le patient, fiche de conciliation médicamenteuse, modèle de télécopie pour la coordination ville hôpital) (26) (5).

Le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiencia des Soins (CAQES) est un contrat liant l'Agence Régionale de Santé (ARS), l'organisme local d'assurance maladie et les établissements de santé (10). Il est issu de la fusion du Contrat de Bon Usage (CBU) et des Contrats d'Amélioration de la Qualité et de l'Organisation des Soins (CAQOS) (51). Les objectifs du CAQES sont d'améliorer les pratiques et de réguler l'offre de soins et l'efficiencia des dépenses assurance maladie. Le CAQES est constitué d'un volet obligatoire et de volets constitutionnels. Le volet obligatoire concerne tous les établissements de santé, il est relatif au bon usage des médicaments, des produits et prestations. Dans ce volet, cinq grandes thématiques sont abordées, dont le « développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau, déploiement de la pharmacie clinique (conciliation médicamenteuse) » (10) (52). Ainsi, ce contrat fixe des objectifs aux établissements de santé et permet une évaluation annuelle. Les objectifs sont déclinés en plan d'action, dont la réalisation est mesurée selon des indicateurs (53). Selon l'état des lieux établi en juillet 2018 par le CAQES, sur 192 établissements de santé en Grand Est ayant signé le CAQES, 33% ont mis en œuvre le déploiement de la conciliation médicamenteuse (54).

d) Création de guides

En 2012, la HAS publie un guide d'amélioration de la sécurisation de l'administration des médicaments, qui a pour objectif de prévenir la survenue des erreurs médicamenteuses en reprenant la méthode des 5B (Bon patient, Bon médicament, Bonne posologie, Bonne

voie et Bonnes conditions). Elle se mobilise également pour la certification, par des critères de bonne prise en charge médicamenteuse et des éléments d'investigation obligatoires : politique de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient en cohérence avec la réglementation, système d'information avec projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse du patient, actions de sensibilisation et de formation aux erreurs médicamenteuses (21).

En 2015, la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) et le Conseil National Professionnel de gériatrie (CNP) ont créé le guide PAPA (Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Agées). Ce guide, destiné aux médecins et pharmaciens, est composé de 42 fiches concernant la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé de 75 ans et plus. Il reprend des maladies ou des situations fréquemment rencontrées (dépressions, douleur, déshydratation...) chez le sujet âgé et recommande les bonnes pratiques à suivre (40).

II. Mise en place de la conciliation médicamenteuse au CHR de Bel-Air

A. Présentation de l'établissement

Le Centre Hospitalier Régional (CHR) de Metz-Thionville regroupe sept établissements de santé : l'hôpital Bel-Air à Thionville, l'hôpital de Mercy (Metz), l'hôpital Femme Mère Enfant (Metz), l'hôpital Félix Maréchal (Metz), l'hôpital d'Hayange et deux EHPAD (Saint Jean et Le Parc). Il présente une capacité totale de 2043 lits et couvre un champ d'activités complet : pôle mère-enfant, spécialités médicales, gériatrie, chirurgie, service des urgences et des brûlés, soins palliatifs, psychiatrie et pédopsychiatrie. Ainsi, cette structure répond au mieux aux besoins de la population (55).

L'hôpital de Bel-Air a une capacité de 662 lits et places répartis en médecine, chirurgie, gynéco-obstétrique, moyen et long séjour, SSIAD. Cet établissement est constitué de 33 services, parmi lesquels on trouve les spécialités suivantes : anesthésie, cardiologie, chirurgie, dermatologie, gériatrie, endocrinologie-diabétologie, gynécologie-obstétrique, laboratoire, médecine hépato-gastro-entérologie, neurologie, odontologie, néphrologie-hémodialyse, oncologie, pédiatrie, pharmacie, pneumologie, réanimation, service des urgences, urologie, etc. (56).

B. Circuit du médicament au CHR

Les deux logiciels utilisés lors des différentes étapes du circuit du médicament sont Pharma® et DxCare®. Le logiciel Pharma® couvre l'ensemble des étapes du circuit des produits de santé qui dépendent de la PUI : analyse et validation pharmaceutique des prescriptions, gestion et optimisation du stock de la pharmacie et des consommations des services. Ce logiciel est accessible au personnel soignant pour effectuer les commandes de médicaments. Le logiciel DxCare® est, quant à lui, le DPI (Dossier Patient Informatisé). Il contient les dossiers des patients avec les informations relatives à celui-ci, les résultats des analyses, les comptes rendus de l'hospitalisation en cours et précédentes.

Il existe trois grands circuits du médicament au CHR (figure 8).

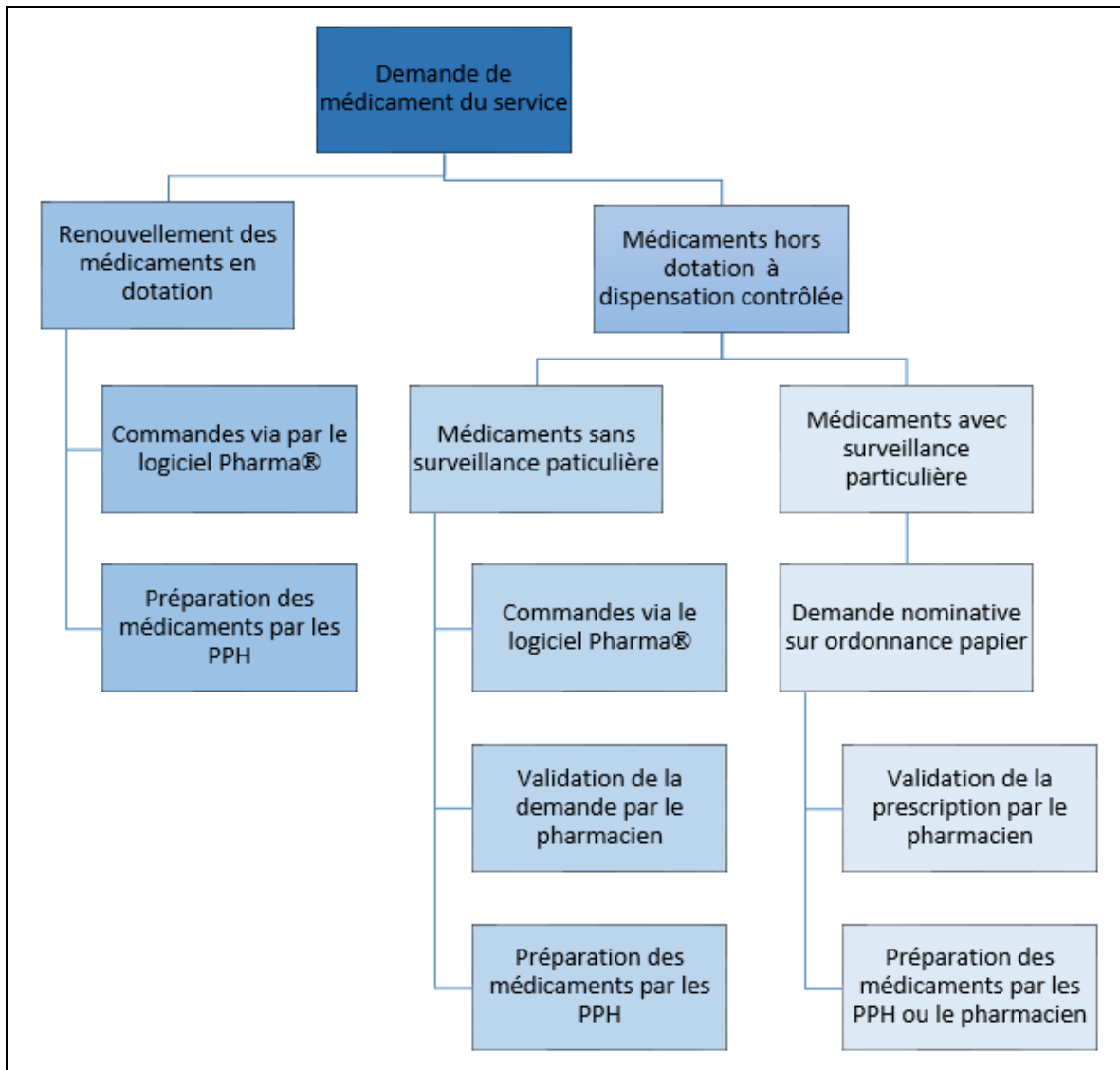


Figure 8 : Circuit du médicament au CHR de Metz-Thionville

Chaque service possède une armoire à pharmacie dans laquelle on trouve une dotation de médicaments propre au service, ainsi que des médicaments hors dotation.

Le type et la quantité de médicaments constituant la dotation sont déterminés selon la spécialité du service et ses besoins. Les dotations sont réévaluées une fois par an, conjointement par le médecin responsable du service, le cadre et le pharmacien. Cette dotation est renouvelée lorsqu'une IDE du service transmet une commande à la pharmacie via le logiciel Pharma®. Ainsi, tous les matins les PPH préparent les compléments des dotations de chaque service et les caisses à pharmacies scellées sont acheminées dans les services par les transporteurs de l'hôpital.

Pour les besoins en médicaments hors dotation, la dispensation est contrôlée. La commande se fait soit via le logiciel Pharma®, soit par ordonnance papier (manuscrite pour

les services qui ne sont pas encore informatisés ou imprimée des logiciels Pharma® ou DxCare®). Pour les traitements habituels des patients ne nécessitant pas de surveillance particulière de la part du pharmacien, le service fait une commande globale sur le logiciel Pharma® en précisant le nom du patient. Cette demande est ensuite validée par le pharmacien qui vérifie la prescription et détermine la quantité à dispenser (déconditionnement ou non des médicaments en fonction du nombre de jours à couvrir). Pour les traitements nécessitant une surveillance particulière comme les antibiotiques, les stupéfiants et assimilés, les médicaments à marge thérapeutique étroite et les médicaments T2A, les demandes se font de manière nominative sur ordonnance papier. Le pharmacien ou l'interne en pharmacie, valide la prescription en vérifiant le dosage, la posologie, l'indication, les paramètres biologiques du patient devant être pris en compte dans la dispensation du médicament ainsi que la qualité du prescripteur. Il indique aux PPH la quantité à délivrer au service ou dans certains cas (médicaments dérivés du sang), fait la délivrance lui-même.

En dehors des validations des demandes de service, les prescriptions informatiques sont validées tous les jours par les pharmaciens. Cette activité d'analyse pharmaceutique est indispensable pour sécuriser le circuit du médicament, de la prescription à l'administration au patient, dans le but de détecter des erreurs de prescription. La validation pharmaceutique est effectuée sur le logiciel Pharma® et le pharmacien vérifie le dosage et la posologie des médicaments. Pour les traitements qui nécessitent une surveillance particulière, le pharmacien a accès au dossier patient disponible sur le logiciel DxCare®. Dans ce dossier, il y trouve les informations nécessaires à la validation de la prescription (comptes rendus d'hospitalisation, résultats des analyses, observations des médecins etc.). Ainsi, si le pharmacien identifie une erreur de prescription ou une information à communiquer au médecin, il peut rédiger une intervention pharmaceutique à destination des médecins mais également lisible par les IDEs, ou prendre directement contact avec le médecin prescripteur pour lui signaler le problème et éventuellement proposer une solution si elle existe.

C. Objectifs

Le CHR de Metz-Thionville appartient aux six membres du Groupement Hospitalier de Territoire 6 (GHT6) Lorraine-Nord dont il est l'établissement support (57). Pour répondre au mieux aux besoins de santé publique du territoire Lorraine-Nord, les établissements constituant le GHT6 ont déterminé les cinq orientations stratégiques suivantes :

- Poursuite de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- Organisation de l'offre de soins, structurée en filière de soins et de manière graduée
- Modernisation des organisations et l'adaptation des modes de prise en charge

- Innover pour être au cœur du progrès médical et soignant, des avancées organisationnelles et technologiques et des savoirs
- Améliorer la performance et l'efficacité des organisations

Les établissements du GHT6 ont décliné des objectifs de soins pour chacune des treize filières identifiées, dont la filière 5 relative aux personnes âgées. Parmi ses objectifs, on trouve la réduction des hospitalisations conventionnelles et ré-hospitalisations précoces ainsi que le renforcement du lien ville-hôpital (57) (58). La mise en place de la conciliation médicamenteuse répond ainsi à cet objectif.

D. Contexte

Selon les données d'activités de 2018, l'équipe du service de chirurgie ortho-traumatologique est composée en moyenne de 9,95 Infirmiers Diplômés d'Etat (IDEs) en Equivalent Temps Plein (ETP) et d'une cadre de santé. Ce service compte également cinq chirurgiens et en moyenne un interne et deux Faisant Fonction d'Interne (FFI).

Le service a une capacité de 22 lits. La durée moyenne des séjours (DMS) est de 4,57 jours. Il est donc important de connaître rapidement les traitements habituels des patients afin d'en assurer la continuité. Sur un total de 1438 séjours, 638 patients étaient âgés de plus de 75 ans. Cette population représente donc 44,4% des patients admis en 2018 et un tiers des pathologies concernent les fractures du col du fémur, il s'agit donc d'hospitalisations non programmées.

Avant la mise en place de la conciliation médicamenteuse dans ce service, la collecte des informations sur le traitement médicamenteux était réalisée par l'équipe paramédicale. Cette étape était chronophage pour l'équipe du service car le temps a été estimé à environ une heure par patient.

Tableau I : Classement des sources utilisées par le service

Source d'informations	Classement
EHPAD	1
Médecin traitant	2
Ordonnances	3
Pharmacie d'officine	4
Famille	5
Patient	6
Transmission des urgences	7
Médicaments apportés	8

Le tableau I est le tableau qui a été complété par la cadre de santé du service afin de savoir quelles sont les sources d'informations consultées lors de leurs investigations.

Les trois principales sources les plus consultées par l'équipe paramédicale sont l'EHPAD dans le cas où le patient est en institution, le médecin traitant et les ordonnances du patient apportées lors de son admission ou au cours de son hospitalisation. Les sources d'informations « patient », « famille » et « urgences » ne sont pas les plus consultées par le service. En effet, les patients ayant une fracture du col du fémur, sont amenés au Service d'Accueil des Urgences (SAU) par les pompiers ou par une société d'ambulance, et avec le caractère « urgent », les dernières ordonnances en cours ne sont pas toujours apportées par le patient ou la famille. Au SAU, le traitement médicamenteux renseigné est souvent celui d'un précédent passage ou selon les informations communiquées par le patient. Les ordonnances sont demandées par les IDEs du service de chirurgie ortho-traumatologique lorsque la famille rend visite au patient mais il y a un délai qui peut être important voir sans suite.

Le personnel paramédical est très vigilant aux traitements anticoagulants qui sont donc les traitements prioritaires à connaître en vue de l'intervention chirurgicale. Les principales difficultés rencontrées par le service étaient l'absence de données sur le traitement médicamenteux du patient et les interventions chirurgicales à réaliser rapidement.

En 2018, il a donc été décidé de débiter la conciliation médicamenteuse dans ce service pilote. Le choix de démarcher cette activité dans ce service, a essentiellement été motivé par les nombreuses admissions en urgence, qui rendent la prise en charge médicamenteuse (PECM) difficile pour l'équipe soignante. De plus, le traitement médicamenteux des patients arrivant en urgence est souvent incomplet et collecter les données s'avère chronophage. La présence d'un externe en pharmacie dans ce service est également un facteur qui facilite la mise en place de la conciliation.

III. Matériel et méthode

A. Déroulement de la conciliation médicamenteuse dans le service

La conciliation médicamenteuse a été mise en place à l'hôpital Bel-Air en mai 2018. Les patients éligibles à la conciliation sont les suivants : « patients âgés de plus de 75 ans avec fracture du col du fémur et provenant du domicile ». Il s'agit donc d'entrées en urgence non programmées. Les patients de plus de 75 ans représentent la population la plus poly pathologique et donc avec une poly médication importante.

La conciliation médicamenteuse se déroule de la manière suivante (figure 9) :

A 8h, l'externe en pharmacie se rend en service et s'informe auprès des chirurgiens, des IDEs ou des internes sur l'identité et le nombre de patients entrés dans la nuit ou durant le weekend correspondant aux critères choisis.

L'étudiant consulte le dossier papier du patient dans lequel il peut déjà trouver de nombreuses informations, telles que le médecin traitant, les personnes à contacter, les éventuelles ordonnances apportées par le patient ou la famille. Si une ou plusieurs ordonnances sont présentes dans ce dossier, on y trouve le nom du médecin traitant et/ou d'éventuels spécialistes ainsi que la pharmacie d'officine ayant effectué la dernière dispensation des médicaments (date du tampon). Dans ce dossier, le compte rendu des urgences est souvent présent et donne des informations sur le domicile du patient, son entourage, ses pathologies actuelles et antécédentes ainsi qu'un plan de prise des traitements du patient. Ce compte rendu est également consultable sur le logiciel DxCare®. L'identité du patient, son numéro IPP (Identifiant Permanent du Patient), sa date de naissance ainsi que les informations selon les sources sur les traitements médicamenteux sont colligées sur une fiche de recueil validée par la HAS (annexe 1).

La proximité de l'externe dans le service facilite la transmission d'informations par l'équipe soignante, telles que les traitements pris par le patient, ses pathologies et la possibilité ou non de réaliser un entretien (état psychologique, cohérence etc.).

Si l'entretien est possible, l'externe en pharmacie questionne le patient sur son traitement habituel (nom, dosage, posologie etc.), son médecin traitant, sa pharmacie d'officine habituelle, sur la présence d'infirmière à domicile et les personnes à contacter. Toutes ces informations sont renseignées sur la fiche de recueil. Ensuite, il interroge le

patient sur les éventuelles allergies, un recours à l'automédication, et à l'utilisation de phytothérapie ou encore de patches, collyre ou d'injections.

L'étudiant continue son investigation dans le dossier du patient sur le logiciel DxCare®. Les hospitalisations antérieures du patient y sont consultables ainsi que les comptes rendu, transmissions, lettres de sorties etc. L'étudiant prend ensuite contact avec la pharmacie d'officine du patient afin de s'informer sur les traitements en cours et l'interroge sur la prise de phytothérapie et/ou d'automédication ; demande également la transmission des ordonnances des trois derniers mois par mail ou fax. Si besoin, il contacte l'entourage du patient, le médecin traitant ou spécialiste, l'infirmière libérale etc. Si le patient réside en EHPAD, l'externe se renseigne auprès de l'IDE en charge du patient qui lui communique le traitement habituel. Toutes ces informations sont classées dans le tableau de la fiche de recueil (annexe 1) en fonction de la source, ce qui permet de comparer toutes les données et d'avoir une ordonnance exhaustive.

Une fois les sources consultées et les informations comparées, l'étudiant complète informatiquement la fiche de conciliation médicamenteuse validée par la HAS (annexe 2). Sur cette fiche il renseigne : l'identité du patient, le service où il est hospitalisé et l'identité des différents professionnels concernés (médecin traitant, pharmacien d'officine, EHPAD, infirmier libéral...). Il notifie également la date et le type de conciliation réalisée (proactive ou rétroactive). Le tableau de recueil est composé de deux parties : la colonne de gauche pour les traitements habituels du patient, la colonne de droite pour les traitements médicamenteux prescrits au cours de l'hospitalisation. Pour chaque médicament sont renseignés : le nom du médicament princeps ou la DCI (Dénomination Commune Internationale), le dosage, la voie d'administration, la posologie et la classe ATC (Anatomique, Thérapeutique et Chimique). Sur une même ligne, le traitement habituel du patient et le traitement prescrit par les chirurgiens ou les internes sont confrontés, et cela permet de comparer les différentes prescriptions et d'identifier les éventuelles divergences. Lorsqu'une divergence est identifiée, elle est caractérisée d'intentionnelle ou de non intentionnelle (erreur médicamenteuse) par l'externe et le pharmacien. La dernière colonne du tableau intitulé « commentaire » permet de communiquer différentes informations au prescripteur, par exemple la disponibilité du médicament dans la PUI et dans le cas contraire, une proposition d'équivalence disponible ou la conduite à tenir (utilisation du traitement personnel pour les traitements non référencés CHR). En bas du document sont également renseignées les sources d'informations utilisées au cours de l'investigation.

Sur le document sont également notifiées la date de réalisation de la conciliation médicamenteuse, ainsi que l'identité de la personne qui réalise le travail d'investigation

(externe, interne en pharmacie, PPH, pharmacien) et du pharmacien qui valide les informations.

Une fois la fiche de conciliation validée et signée par un pharmacien, l'externe en pharmacie la transmet dans la journée aux prescripteurs (internes ou chirurgiens). Le médecin signe également la fiche afin d'attester la prise de connaissance des informations.

Les données de la conciliation médicamenteuses sont ensuite enregistrées dans le dossier pharmaceutique du séjour du patient disponible sur le logiciel DxCare® (annexe 3). A l'enregistrement de la fiche de conciliation médicamenteuse, les informations suivantes sont à renseigner :

- L'identité du rédacteur
- Si le patient est passé aux urgences avant l'admission en service
- L'identité du médecin traitant
- Le nombre de sources d'informations utilisées pour concilier
- S'il y a ou non des divergences identifiées et si oui, le nombre de divergences intentionnelles, le nombre de divergences non intentionnelles et le nombre de divergences non intentionnelles modifiées par le médecin
- Le type d'erreurs médicamenteuses identifiées
- Le contenu de l'entretien

Le délai entre la prescription et la conciliation médicamenteuse varie en fonction du moment où le patient est admis. En effet, si le patient est admis durant le week-end, la conciliation se fera au plus tôt le lundi matin et s'il est admis dans la nuit, la conciliation se fera le jour suivant. D'une manière générale, toutes les conciliations sont effectuées dans les 24 – 48 heures, voire 72 heures si l'admission a lieu durant le week-end, après l'admission du patient. Au-delà de 72 heures, la conciliation médicamenteuse n'est pas réalisée du fait de la courte durée des séjours (en moyenne de 4,57 jours). Le temps passé pour chaque conciliation est variable selon le cas. En effet, un cas peut prendre 1h, lorsque les informations sont facilement accessibles, à 3h si les sources divergent et que l'investigation doit s'approfondir. Les fiches de conciliation médicamenteuse sont transmises aux médecins en début d'après-midi ce qui leur permet d'adapter leurs prescriptions en fonction des informations communiquées dans l'après-midi, quand ils sont le plus disponibles.

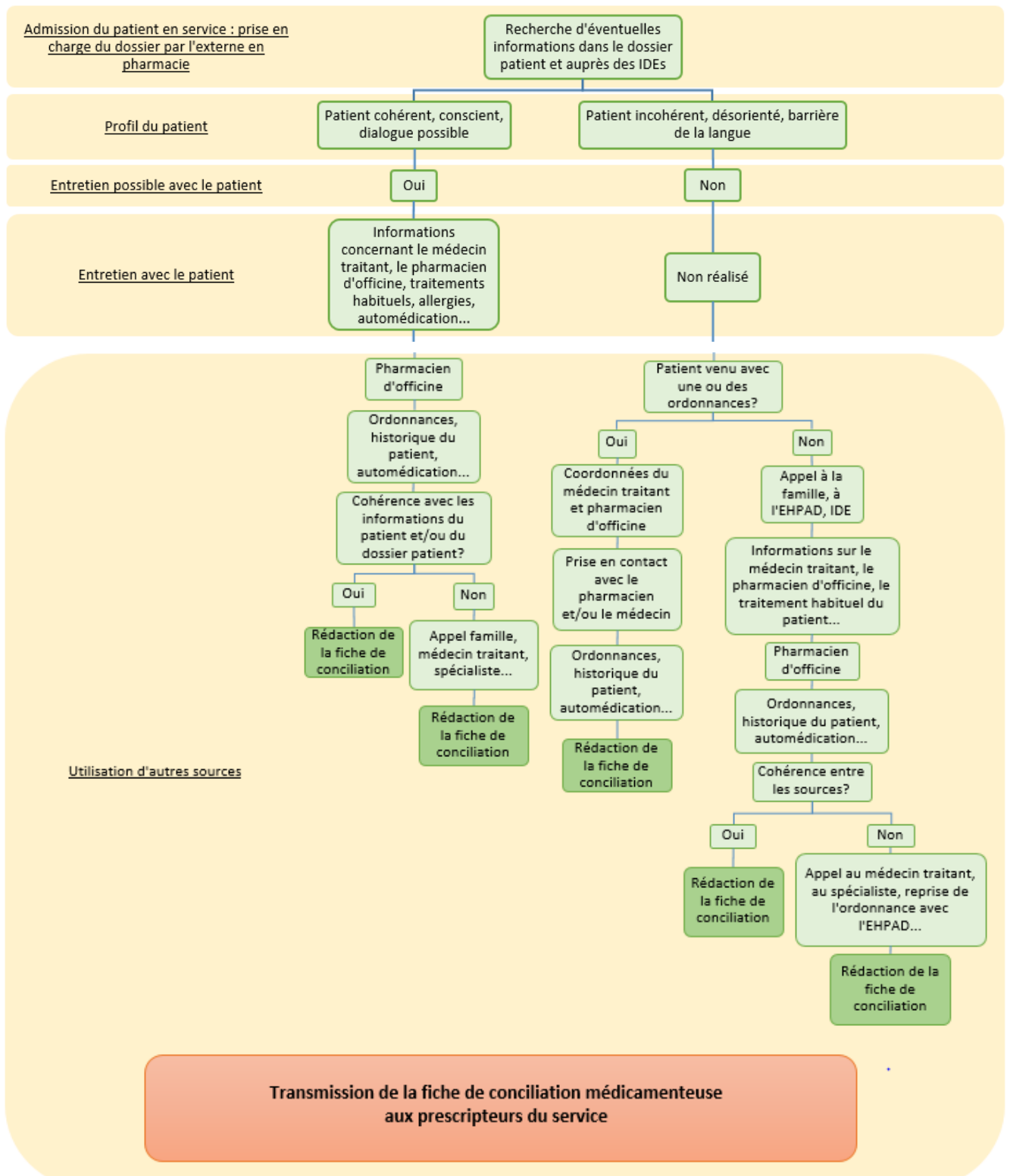


Figure 9 : Déroulement de la conciliation médicamenteuse au CHR hôpital de Bel-Air

B. Collecte des données

Un document Excel® a été créé afin de colliger les informations issues des feuilles de conciliation, ce qui permet d'avoir un bilan dynamique de la conciliation médicamenteuse. Ce document est composé de quatre tableaux.

Le premier tableau permet de renseigner les données relatives aux patients, le nombre de lignes de prescription, le nombre de divergences par cas, le nombre de divergences intentionnelles et d'erreurs médicamenteuses ainsi que les types, les sources utilisées et la provenance du patient (annexe 4).

Le deuxième tableau permet de classifier les divergences intentionnelles selon le type et la classe médicamenteuse concernée (annexe 5).

Le troisième tableau suit le même principe pour classer les erreurs médicamenteuses (annexe 6).

Le dernier tableau renseigne les classes ATC concernées par les prescriptions de ville et hospitalières (annexe 7).

Ces tableaux seront présentés et détaillés dans la suite de la thèse. Ils ont permis d'établir des données statistiques sur divers points et d'apprécier ainsi l'efficacité de la conciliation médicamenteuse au sein du service.

1. Profil des patients conciliés

Les patients ciblés pour la mise en place de cette conciliation médicamenteuse sont : « patients de plus de 75 ans avec fracture du col du fémur, provenant du domicile ». Dans le premier tableau Excel®, sont renseignés, pour chaque cas de conciliation la date et l'âge du patient (figure 10).

A	B	Mois					H
		Date	Date	Date	Date	Date	TOTAL
Nombre de patient							
Age du patient (ans)							
Nombre total de ligne/conciliation							
Nombre total de divergence/conciliation							
% de divergence/conciliation							
Type de divergence							

Figure 10 : Extrait du premier tableau Excel - Informations relatives aux patients

2. Types de conciliation médicamenteuse

Les cas conciliés sont uniquement rétroactifs, c'est-à-dire après la première prescription hospitalière. En effet, dans le cas d'entrées non programmées, les patients sont admis à n'importe quel moment de la journée ou de la nuit et la première prescription hospitalière est effectuée dès l'admission du patient, notamment dans le cadre de la prise en charge de la douleur, il est donc rarement possible de réaliser une conciliation médicamenteuse proactive.

3. Sources d'informations consultées

Pour que la conciliation médicamenteuse soit fiable, il faut au minimum 3 sources d'informations différentes (12).

Les sources habituellement utilisées sont :

- DMP en cours
- DMP des urgences
- DMP antérieurs
- Patient
- Famille
- Médecin traitant
- Lettre du médecin traitant
- Lettre au médecin traitant
- Pharmacien d'officine
- Ordonnances du patient
- Infirmier libéral
- EHPAD
- Médicaments apportés par le patient
- Autres dossiers du SIH
- Dossier pharmaceutique

Ces sources sont citées à la fin de la fiche de conciliation (annexe 2). D'autres sources peuvent également être consultées comme par exemple les médecins spécialistes (cardiologue, oncologue, ophtalmologue etc.).

Dans le premier tableau Excel®, sont également renseignés le nombre et le type de sources d'informations utilisées par cas de conciliation (figure 11).

Nombre de source							
	DMP en cours						
	DMP antérieur						
	DMP urgences						
	Autres dossiers du SIH						
	Médecin traitant						
	Pharmacien officine						
	Infirmier libéral						
	EHPAD						
	DP						
	Ordonnances du patient						
	Lettre au médecin traitant						
	Lettre du médecin traitant						
	Patient						
	Famille						
	Médicaments apportés						
	Autres						

Figure 11 : Extrait du premier tableau Excel - Relevé des sources d'informations

4. Types de divergences

a) Généralités

La fiche de conciliation permet de confronter, sur une même ligne, le traitement habituel du patient avec le traitement prescrit à l'hôpital. Ceci permet d'identifier les éventuelles divergences (figure 12).

Bilan médicamenteux					Ordonnance du 02/07/2019							
Nom/dosage/forme	Posologie/voie				Statut	Nom/dosage/forme	Posologie/voie				Existence d'une divergence	Divergence intentionnelle ou Erreur médicamenteuse
	M	M	S	N			M	M	S	N		
KARDEGIC 75mg PO pdr sol buv		1			Antiagrégant plaquettaire						OUI	DI
ROSUVASTATINE 10mg PO cpr			1		Hypolipémiant	ROSUVASTATINE 10mg PO cpr			1		NON	
METFORMINE 1g PO cpr	1	1	1		Antidiabétique oral						OUI	EM
JANUVIA 100mg PO cpr	1				Antidiabétique oral						OUI	EM

Figure 12 : Exemple de fiche de conciliation médicamenteuse complétée

Dans la colonne « existence d'une divergence » nous renseignons par « oui » si effectivement une divergence est observée ou « non » dans le cas contraire. Si une divergence existe, la colonne « Divergence intentionnelle ou Erreur médicamenteuse » est renseignée par « DI » ou « EM » en fonction du type de divergence identifiée (figure 12).

Les divergences sont d'abord comptabilisées dans le premier tableau Excel® en fonction de leur type. Afin d'obtenir des pourcentages de divergences pour chaque cas, le nombre total de ligne de prescription ainsi que le nombre total de divergences, toutes confondues, par cas de conciliation est renseigné (figure 13).

Nombre total de ligne/conciliation						
Nombre total de divergence/conciliation						
% de divergence/conciliation						
Type de divergence						
Nombre de DI						
% DI / divergences totales						
Arrêt de prescription						
Nouvelle prescription						
Changement de médicament						
Changement de dosage						
Changement de posologie						
Non référencé CHR						
Nombre d'EM						
% EM / divergences totales						
Pas d'ordonnance						
Ordonnance mais pas de prescription						
Mauvais dosage						
Mauvaise posologie						
Mauvais médicament						
Nouvelle prescription						
Nb de correction après intervention						

Figure 13 : Extrait du premier tableau Excel - Comptabilisation des divergences

Sont ensuite répertoriées les classes ATC concernées par les différents types de divergences intentionnelles dans le second tableau et l'on fait de même pour les erreurs médicamenteuses dans le troisième tableau.

b) Divergences intentionnelles

Les divergences intentionnelles (DI) identifiées sont classées par catégories dans le premier tableau (figure 13). Pour simplifier la représentation des données, les DI ont été classées en trois catégories :

Arrêt de prescription : lorsque le prescripteur arrête volontairement le traitement habituel du patient, pour des raisons cliniques et sur décision médicale. Par exemple, certains médicaments non référencés au CHR font l'objet d'arrêt de prescription car ils n'ont pas d'équivalence disponible à la PUI et ne sont pas considérés comme essentiels dans la prise en charge hospitalière du patient. Les médicaments non référencés regroupent la

plupart des médicaments non remboursés ou OTC, principalement la phytothérapie, les veinotoniques et vasculoprotecteurs mais également des traitements homéopathiques.

Nouvelle prescription : prescription de médicaments dans le cadre de la prise en charge hospitalière du patient.

Modification de la prescription : le traitement habituel du patient est volontairement modifié par le prescripteur pour des raisons cliniques. Il peut s'agir d'un changement de dosage, de posologie, de médicament ou de forme galénique.

Dans le tableau de relevé des divergences intentionnelles (annexe 5), sont comptabilisées toutes les classes ATC concernées par les différentes divergences intentionnelles répertoriées.

c) Erreurs médicamenteuses et corrections des erreurs médicamenteuses

De la même manière que pour les divergences intentionnelles, les erreurs médicamenteuses (EM) sont classées par type (figure 13) selon quatre catégories:

- Erreur par absence d'ordonnance : à leur admission, les patients n'ont pas toujours apporté leurs ordonnances. Les prescripteurs n'ont donc pas connaissance des traitements habituels du patient.
- Erreur par omission : le patient est admis avec ses ordonnances mais le prescripteur a omis de prescrire certains traitements habituels du patient. Il s'agit d'un arrêt involontaire.
- Erreur de prescription : le traitement est effectivement prescrit mais une erreur de médicament, de posologie ou de dosage (sous ou sur dosage), est identifiée.
- Nouvelle prescription : un traitement est prescrit chez le patient mais n'apparaît sur aucune ordonnance. Ce traitement est prescrit à la suite d'une consultation du dossier antérieurs du patient, mais ne sont plus d'actualité.

Sous les erreurs médicamenteuses, une ligne est dédiée au nombre de corrections après intervention. Dans cette ligne, sont renseignés le nombre d'erreurs médicamenteuses prises en compte par les prescripteurs après avoir eu connaissance de la fiche de conciliation. Pour cela, l'externe en pharmacie fait un point sur les divergences en reprenant la prescription hospitalière sur Pharma® après la prise de connaissance de la fiche de conciliation par le prescripteur. Ce retour sur la prescription est fait le lendemain de la

conciliation. Ainsi il est possible de déterminer si l'erreur médicamenteuse identifiée a été prise en compte par le prescripteur et corrigée dans la prescription hospitalière. Si la prescription est modifiée et correspond à ce qui a été identifié au moment de la conciliation, l'erreur médicamenteuse est considérée comme corrigée (figure 14). Cependant, lorsque l'erreur n'a pas été prise en compte, le pharmacien rédige une intervention pharmaceutique sur la prescription information et/ou contacte le service par téléphone.

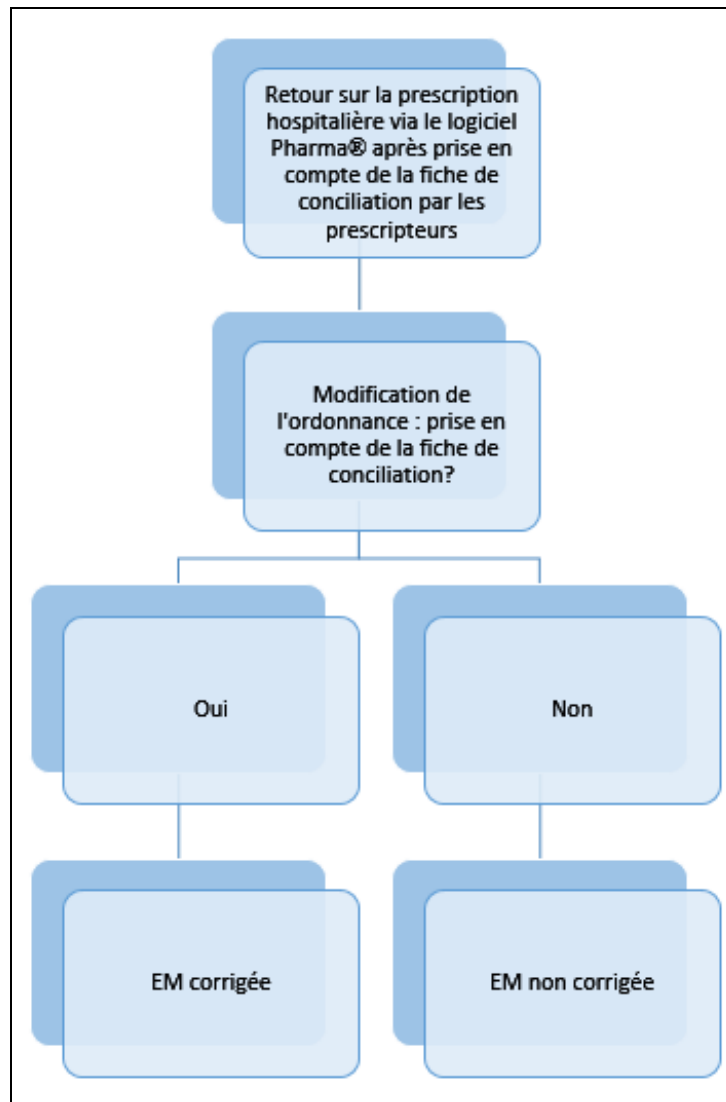


Figure 14 : Méthode de relevé des corrections des erreurs médicamenteuses

Les erreurs médicamenteuses sont relevées par classes ATC dans le tableau de classification des erreurs médicamenteuses (annexe 6).

C. Enquête satisfaction réalisée dans le service

Une enquête de satisfaction a été réalisée auprès de l'équipe soignante du service en juin 2018 (annexe 8), un questionnaire a été diffusé aux internes, aux chirurgiens et aux IDEs, personnels concernés par l'activité de conciliation médicamenteuse. Ce questionnaire de satisfaction a pour but de faire un point sur la mise en place de la conciliation, en démontrer l'intérêt, souligner les points forts et ceux à améliorer.

Le questionnaire est anonyme, seule la profession est renseignée afin d'obtenir un retour sur la conciliation selon la fonction. Dans un premier temps, il s'agit de savoir si le personnel soignant a connaissance de l'activité de conciliation médicamenteuse au sein du service. Dans un second temps, il est demandé si la conciliation apporte une aide dans la pratique quotidienne et, le cas échéant, de quelle manière (gain de temps, fiabilité de l'information, continuité des soins...). Par un système de notation de 0 à 5 (0 étant inutile et 5 étant utile), nous demandons d'évaluer l'intérêt de la mise en place de la conciliation médicamenteuse dans le service et si le contenu des fiches transmises est suffisant. Enfin, à travers deux questions ouvertes nous interrogeons le personnel du service sur les points à améliorer.

D. Enquête auprès des pharmacies d'officine

Une seconde enquête (annexe 9) a été mise en place à la fin du recueil des données. Dans un tableau Excel®, les pharmacies d'officine contactées à chaque cas de conciliation ont été répertoriées et contactées afin de répondre à un questionnaire concernant la conciliation médicamenteuse à l'hôpital Bel-Air. Il ne s'agit donc pas d'un choix territorial. Ce questionnaire a été créé sur Google Forms afin que je puisse le diffuser par mail. Les officines ont été préalablement contactées par téléphone pour présenter le sujet et collecter les adresses mails. Il a été demandé aux officines de ne compléter qu'une seule fois le questionnaire. L'intérêt de ce questionnaire est d'évaluer la nécessité de créer un lien ville-hôpital notamment entre le pharmacien d'officine et le pharmacien hospitalier.

Dans ce questionnaire, il est demandé si la notion de « conciliation médicamenteuse d'entrée » est connue, et de quelle manière elle présente un intérêt. Concernant la transmission des données, il s'agit de savoir si les pharmaciens d'officine approuvent la méthode utilisée, c'est-à-dire la transmission des ordonnances par mail ou fax et échange des informations par appel téléphonique, et, dans le cas contraire, comment ils aimeraient procéder. Il est également intéressant de savoir combien de temps cela leur prend sur leur activité.

Enfin, pour étayer l'évolution de la conciliation médicamenteuse au sein de l'hôpital, il est demandé aux pharmacies d'officine s'il y a un intérêt à créer un lien avec la pharmacie hospitalière dans la prise en charge du patient. Il est également intéressant de connaître leur avis sur la nécessité de développer une conciliation de sortie et si oui, pour quelles raisons (gain de temps, sécurisation de la prise en charge, anticipation des commandes de médicaments...).

IV. Résultats

A. Généralités

Les données portent sur 112 cas de conciliation médicamenteuse réalisées sur une période de 15 mois (du 18 mai 2018 au 31 juillet 2019), soit une moyenne de 7,5 cas par mois.

Les résultats présentés ci-dessous sont extraits du document Excel® mis en place.

B. Profils de patients

La moyenne d'âge des patients conciliés est de 86 ans.

Sur l'ensemble des cas conciliés, le nombre de patients ayant apporté leurs ordonnances à l'admission s'élève à 87 soit 78% des patients. 25 cas ont été admis sans leurs ordonnances, soit 22% (figure 15). La majorité des patients sont donc admis avec leurs ordonnances.

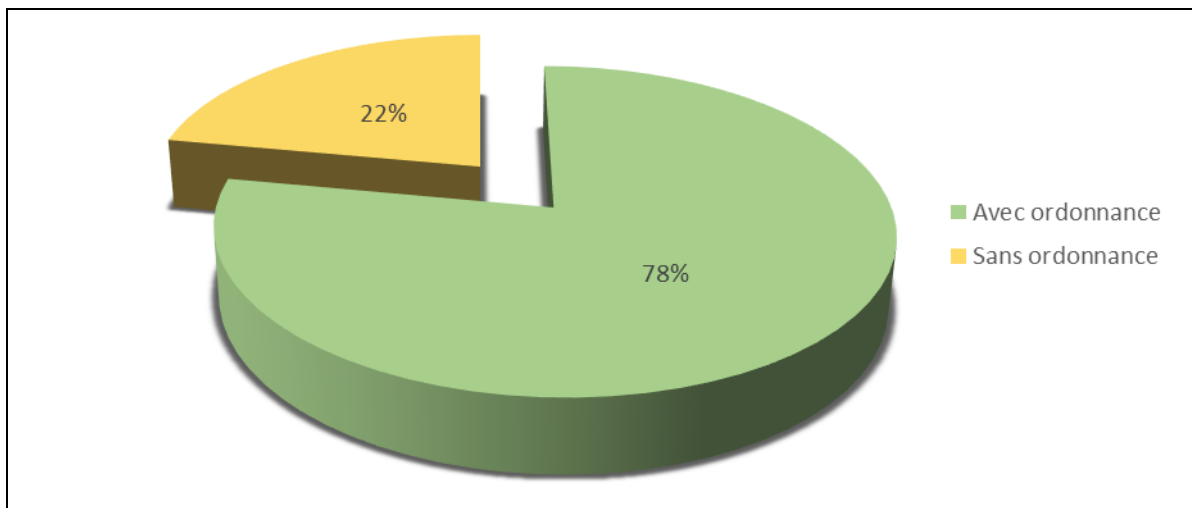


Figure 15 : Présence de l'ordonnance à l'admission du patient

C. Sources d'informations

En moyenne 4 sources d'informations sont utilisées par cas de conciliation médicamenteuse. En effet, il est nécessaire d'utiliser plusieurs sources afin de pallier les divergences d'informations entre celles-ci.

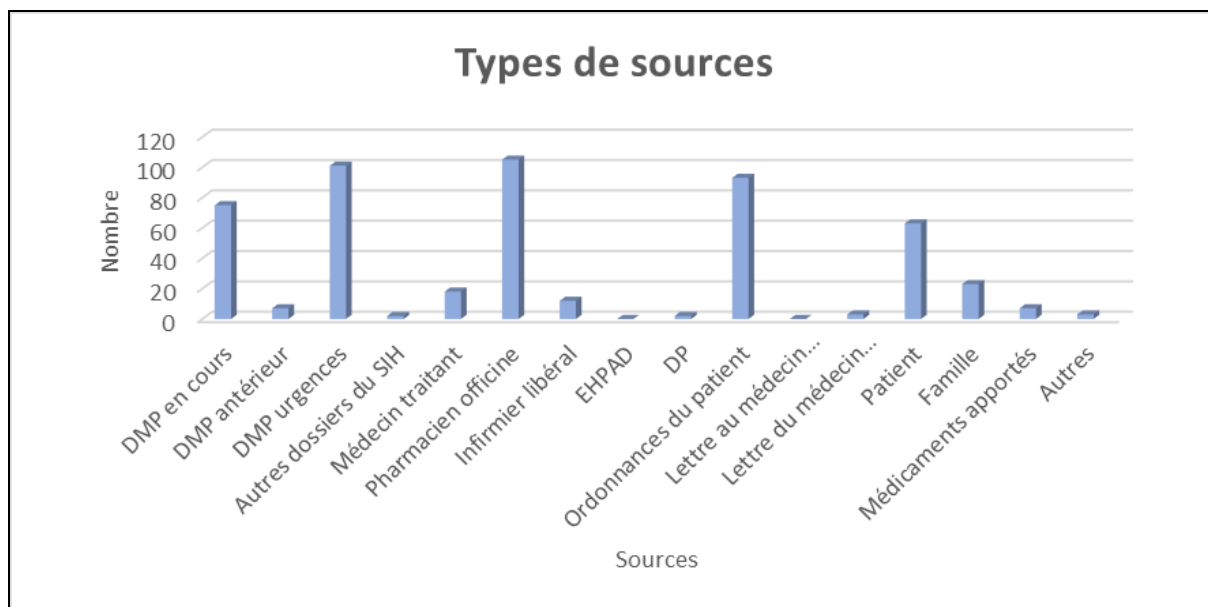


Figure 16 : Types de sources d'informations

Les sources les plus utilisées sont le DMP en cours et le DMP des urgences, le pharmacien d'officine et les ordonnances du patient (figure 16).

Les entrées étant non programmées, le DMP des urgences présente une source couramment utilisée car toujours disponible et consultable à tout moment dans le dossier DxCare® du patient. En effet, pour 90,2% des cas, le DMP des urgences a été utilisé.

Le DMP en cours permet d'avoir connaissance des antécédents et des pathologies du patient et donc d'avoir une première idée sur le type de traitement pris par le patient (cardiologique, neurologique...).

Le pharmacien d'officine reste une source principale d'information utilisée pour les cas de conciliation (93,8% des cas). En effet, il est le professionnel de santé le plus facile à joindre et un des plus proches du patient. Il permet d'obtenir une information fiable sur les traitements en cours, et via l'historique médicamenteux du patient, sur d'éventuelles habitudes d'automédication (notamment sur la phytothérapie) et l'ancienneté du traitement habituel. Le pharmacien d'officine fait parvenir par mail ou fax, les ordonnances antérieures et récentes du patient, qui seront ensuite intégrées au dossier papier du patient. Ce dossier suit le patient durant toute son hospitalisation, ce qui permet de garder une trace écrite de ses traitements, en complément de la fiche de conciliation donnée aux prescripteurs du service.

Les ordonnances des patients ont été utilisées comme source d'information dans 83,0% des cas. La source « ordonnances du patient » regroupe les ordonnances apportées par le patient ou envoyées par la pharmacie d'officine.

Le patient n'est pas systématiquement interrogé lors de la conciliation médicamenteuse. Pour la moitié des cas (56,3%), le patient a été une source d'information. Dans les cas où les patients souffrent d'un trouble de la conscience, de la parole ou de la compréhension du fait de la vieillesse et/ou d'une pathologie, ils ne sont pas interrogés car l'entretien s'avérerait difficile et inutile. Dans ce cas, la famille est contactée pour obtenir les informations nécessaires.

Le médecin traitant ou spécialiste est contacté dans les cas où toutes les sources d'informations utilisées divergent sur le traitement, ce qui ne représente que 16,1% des cas.

L'infirmier libéral est contacté pour faire un point sur le traitement s'il est chargé de préparer les piluliers du patient (10,7% des cas).

Les médicaments apportés représentent une faible source d'information, car très rarement apportés par le patient à l'admission (6,25% des cas). Ils sont le plus souvent apportés par la famille dans la journée ou les jours suivants.

D. Divergences observées

1. Généralités

Sur l'ensemble des cas, le nombre de lignes de prescription totales est de 1302 et le nombre de lignes présentant une divergence est de 914, soit un pourcentage de divergences totales de 70,2 %. Sur ces 70,2% de divergences, 66% sont des DI et 34% sont des EM (figure 17). En moyenne par cas, on dénombre 5,4 DI et 2,8 EM.

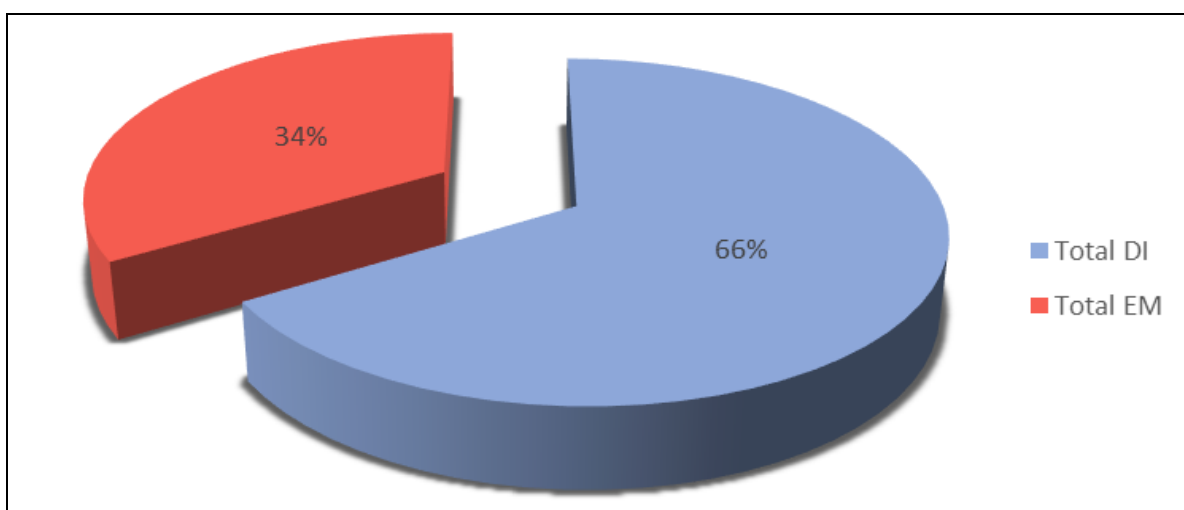


Figure 17 : Types de divergences

En théorie, les divergences identifiées par le pharmacien doivent être classées comme divergences intentionnelles (DI) ou erreurs médicamenteuses (EM) par le prescripteur (14). Comme cela n'a pas toujours été fait par les prescripteurs, c'est l'externe en pharmacie ainsi que le pharmacien ou l'interne en pharmacie, qui déterminent le type de divergence. Pour cela, la nécessité du traitement au vu de la pathologie chronique du patient et le type de traitement sont pris en compte. Il s'agit ici d'une analyse des divergences d'un point de vu essentiellement pharmaceutique. En fonction du degré d'importance de certains traitements, nous interrogeons les chirurgiens pour déterminer au mieux le type de la divergence.

2. Divergences intentionnelles

Les nouvelles prescriptions représentent 64% des DI et 22% des DI sont des arrêts de prescription. Les changements de médicament, de posologie et de dosage ont été regroupés dans la catégorie « changement de prescription ». Ces changements représentent 14% des DI (figure 18).

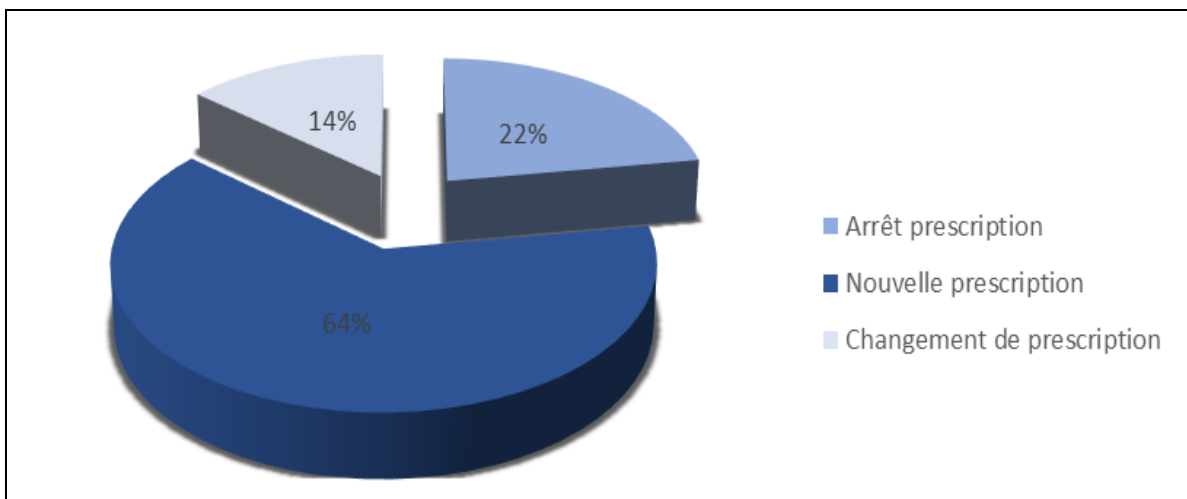


Figure 18 : Types de divergences intentionnelles

Les nouvelles prescriptions concernent essentiellement les différents paliers d'antalgiques (67%), les anticoagulants (héparines) et antiagrégants plaquettaires (21%). Les IPP (inhibiteurs de la pompe à protons), les benzodiazépines, le potassium ou encore les électrolytes sont les principales classes ATC que l'on retrouve dans la catégorie « autres », représentent 8% des nouvelles prescriptions (figure 19). Les antalgiques et les héparines sont les classes les plus concernées par ces nouvelles prescriptions hospitalières car elles font partie intégrante du protocole de prise en charge médicamenteuse du patient

en chirurgie orthopédique, notamment pour la prise en charge de la douleur et la prévention des thromboses veineuses (59).

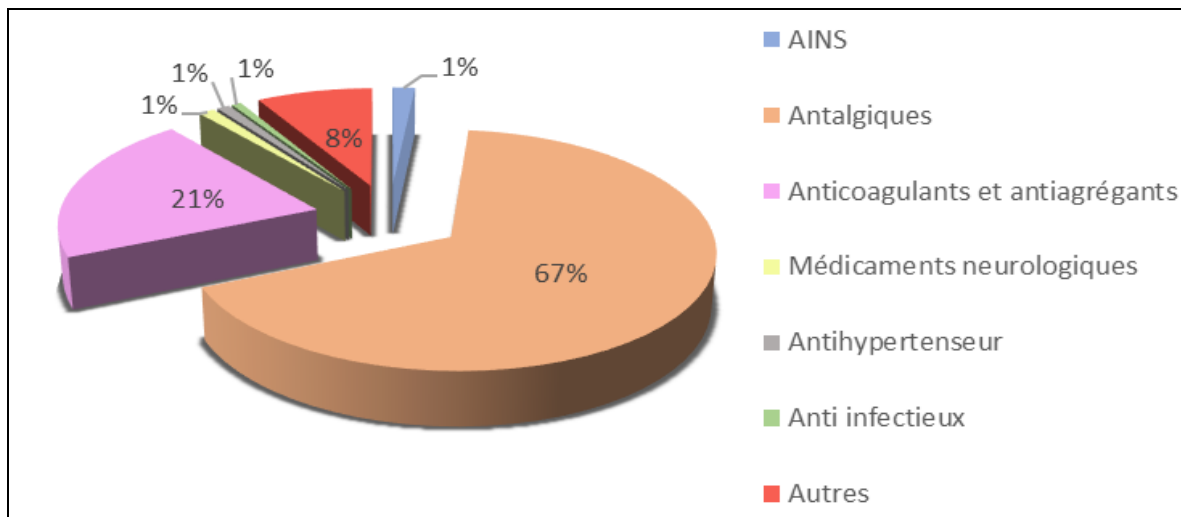


Figure 19 : Pourcentage de nouvelles prescriptions en fonction des classes ATC

Les arrêts de prescriptions concernent essentiellement les médicaments non référencés au CHR (17%) et donc non disponibles à la prescription (pas d'équivalence disponible au CHR). Les anticoagulants et antiagrégants plaquettaires font l'objet d'arrêt dans 23% des cas dans le cadre de l'intervention chirurgicale et le protocole de prise en charge médicamenteuse du patient. Par la suite, en post opératoire, ces anticoagulants et antiagrégants sont généralement de nouveau prescrits. Dans la catégorie « autres », qui représente 35% des arrêts de prescription, sont retrouvés les laxatifs osmotiques, les vitamines, les traitements ophtalmologiques etc. (figure 20).

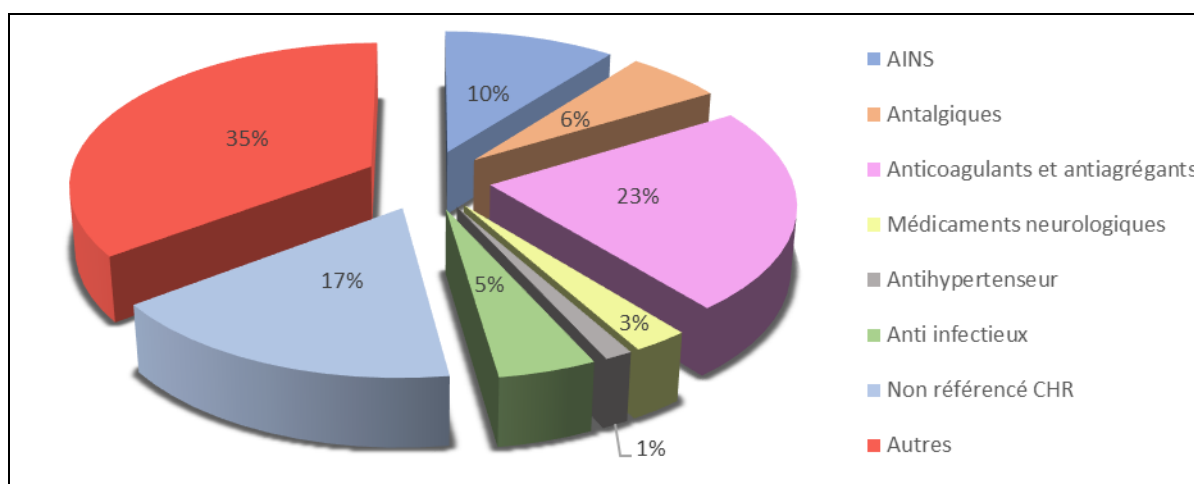


Figure 20 : Pourcentage d'arrêt de prescription en fonction de la classe ATC

54% des changements de prescription concernent les changements de posologie, 38% sont des changements de médicament et 8% des changements de dosage, sous dosage et surdosage confondus (figure 21).

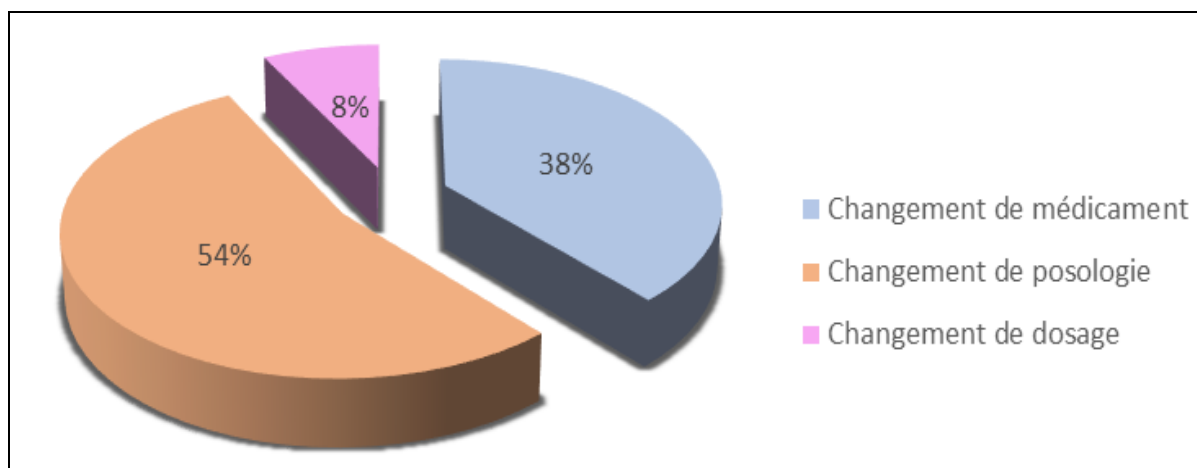


Figure 21 : Changement de prescription

D'une manière générale, les changements de prescriptions concernent les antalgiques (47%) afin d'adapter la prise en charge de la douleur (dosages et molécules disponibles à la PUI). 41% des changements de prescription concernent la classe « autres » (figure 22). Ce sont les médicaments qui n'étaient pas disponibles à la PUI mais qui ont fait l'objet d'un changement par équivalence. Cela concerne essentiellement les IPP, les laxatifs osmotiques ou encore les traitements de l'incontinence urinaire.

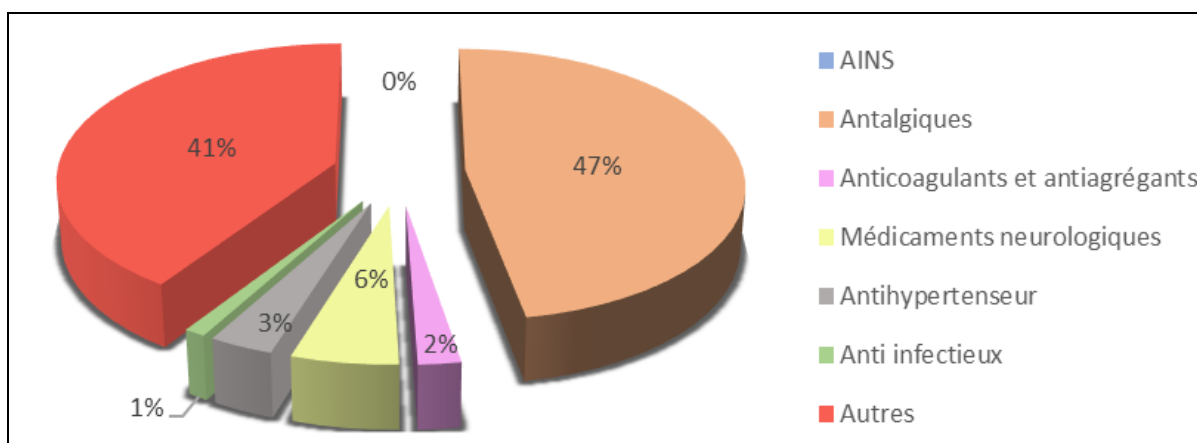


Figure 22 : Pourcentage de changement de prescription en fonction de la classe ATC

3. Erreurs médicamenteuses

Les erreurs par absence d'ordonnance représentent 43% des EM et 32% sont des erreurs par omission. Les erreurs de prescriptions et les nouvelles prescriptions représentent respectivement 22% et 3% des EM (figure 23).

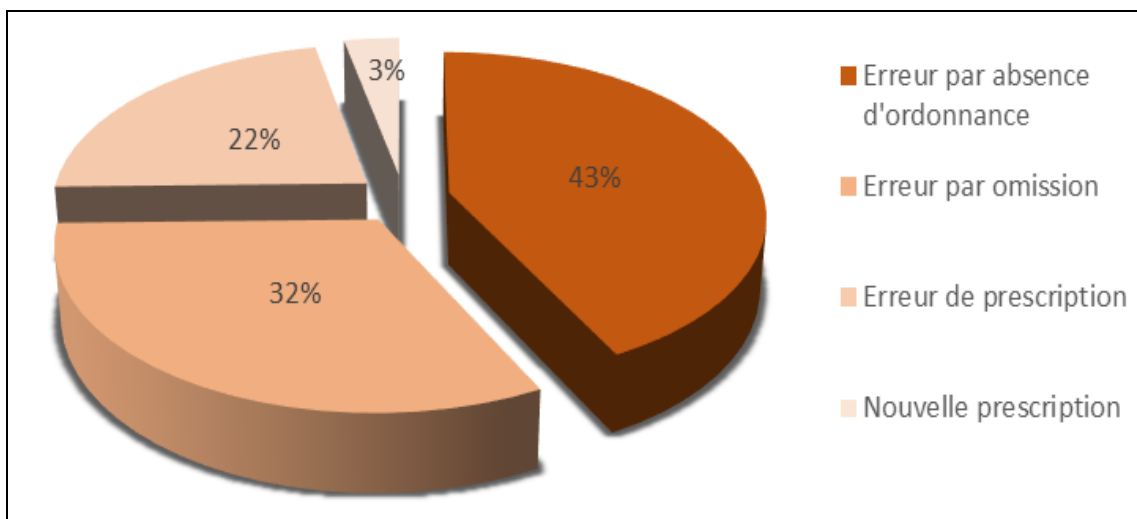


Figure 23 : Pourcentage d'erreurs médicamenteuses selon le type d'erreur

Les erreurs par absence d'ordonnance concernent essentiellement les antihypertenseurs (31%) et les médicaments neurologiques (16%). Seulement 3% sont des anticoagulants et antiagrégants plaquettaires, ce qui s'explique par l'intérêt que portent les chirurgiens sur ces traitements en vue de l'intervention chirurgicale. Dans la catégorie « autres », qui représente 46% des EM par absence d'ordonnance, les classes les plus concernées sont les hormones thyroïdiennes, les IPP et le potassium (figure 24).

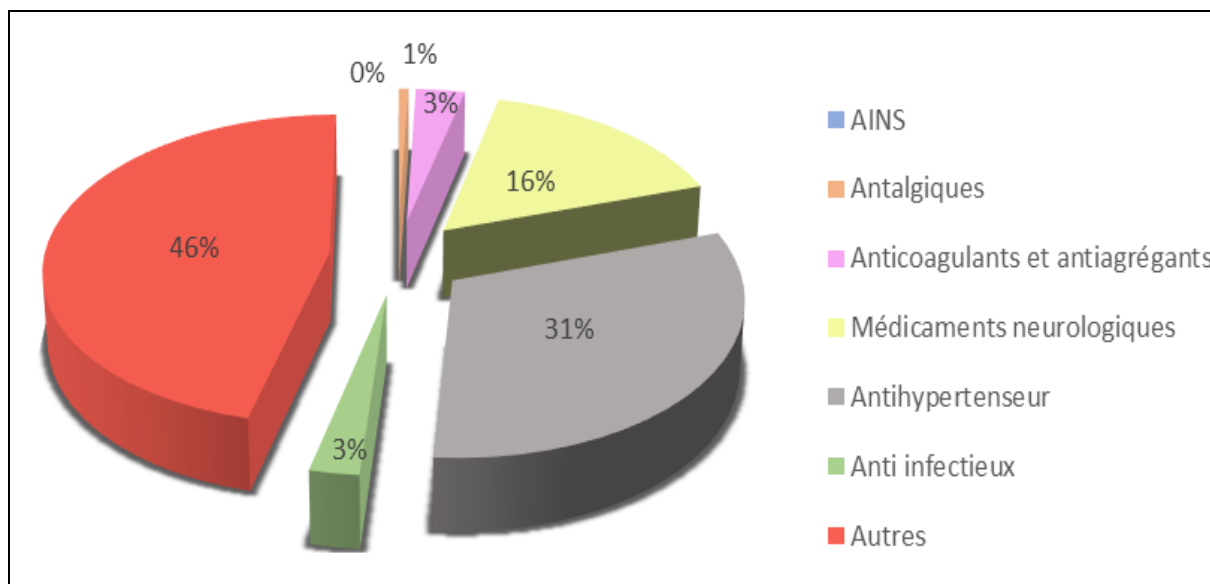


Figure 24 : Pourcentage d'erreurs par absence d'ordonnance selon la classe ATC

Les antihypertenseurs et les médicaments neurologiques sont là encore les classes les plus concernées par les EM. Ils représentent respectivement 15% et 28% des erreurs par omission. Les 53% d'erreurs par omission sont en majorité représentées par les IPP, les

traitements ophtalmologiques, traitements de l'hypertrophie de la prostate et les laxatifs osmotiques, classés dans la catégorie « autres » (figure 25).

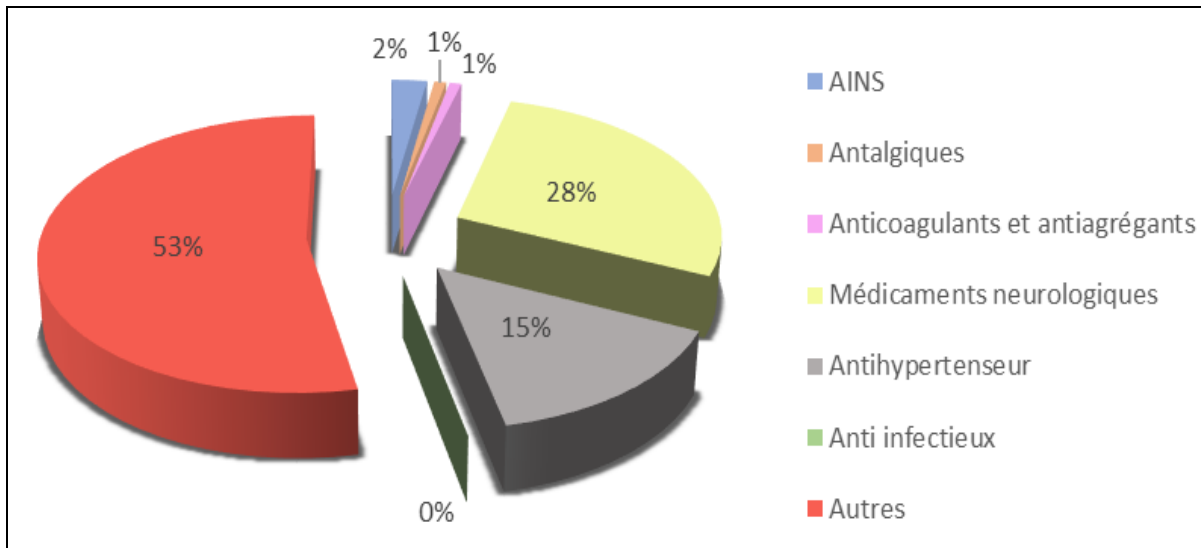


Figure 25 : Pourcentage d'erreurs par omission selon la classe ATC

Les erreurs de prescriptions regroupent les erreurs de médicaments (22%), les erreurs de dose (17%) et les erreurs au moment de la prise (61%) (figure 26).

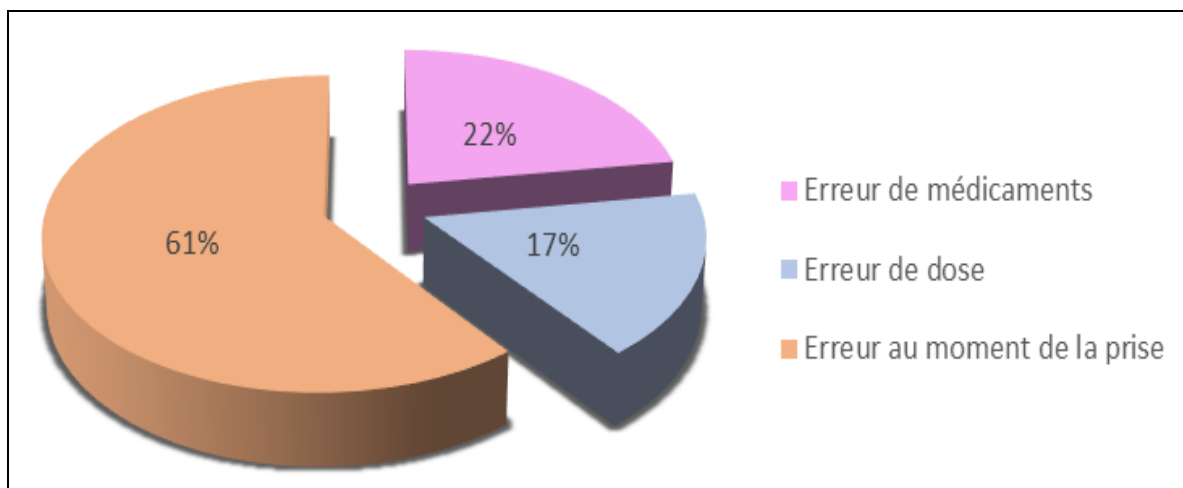


Figure 26 : Type d'erreurs de prescription

Les antihypertenseurs et les médicaments neurologiques représentent respectivement 27% et 15% des erreurs de prescriptions et restent les deux classes les plus concernées par les EM. Ici, les médicaments concernés de la catégorie « autres », qui représentent 55% des erreurs de prescriptions, sont essentiellement partie le potassium, les inhibiteurs de la synthèse d'acide urique et les hormones thyroïdiennes (figure 27).

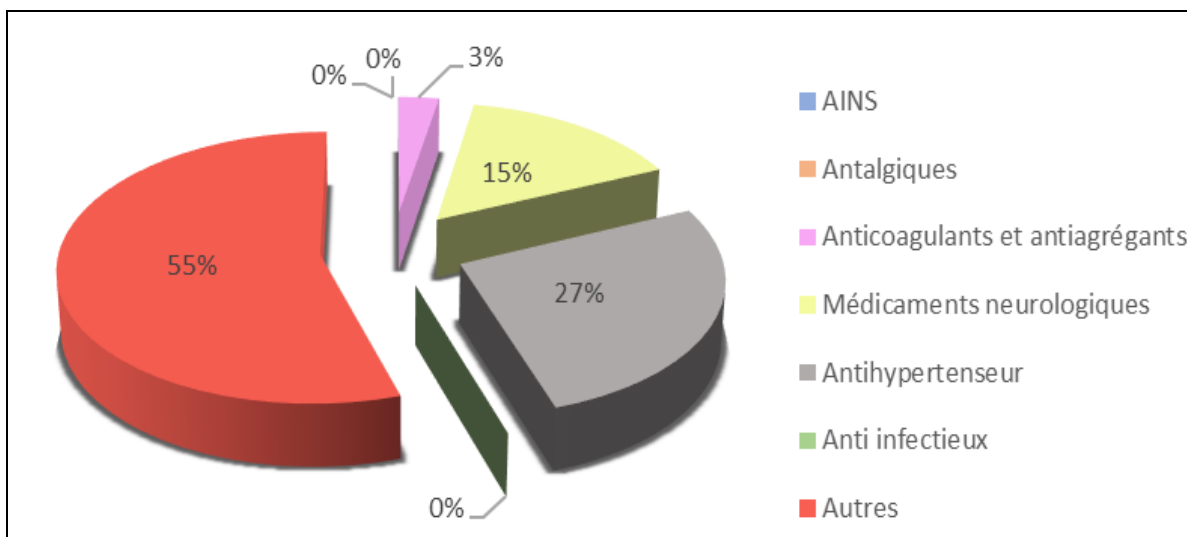


Figure 27 : Pourcentage d'erreurs de prescription selon la classe ATC

40% des nouvelles prescriptions sont des antihypertenseurs et les médicaments neurologiques représentent 20% de cette catégorie (figure 28).

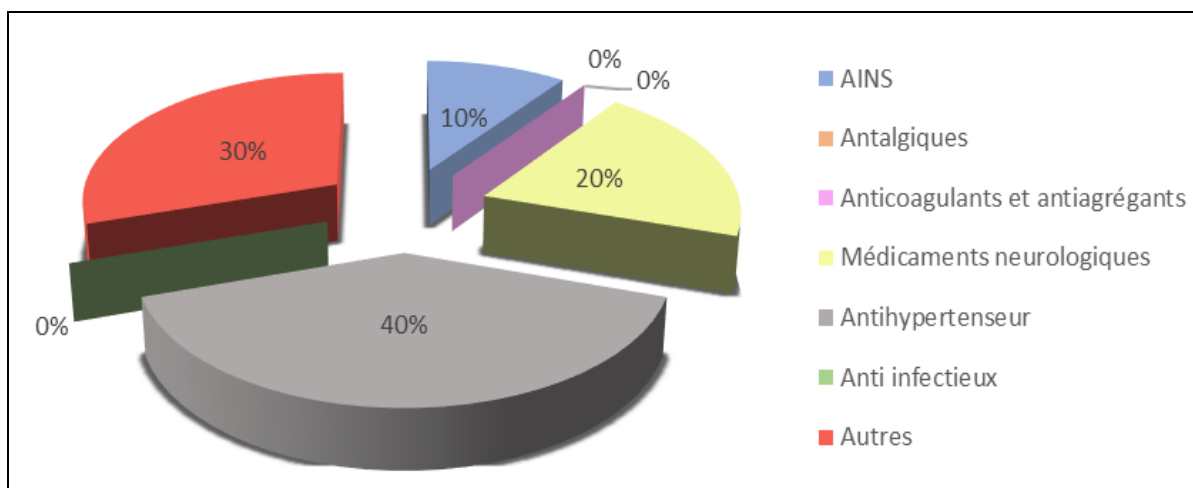


Figure 28 : Pourcentage de nouvelles prescriptions selon la classe ATC

Au total, sur les 112 cas de conciliation, 308 EM ont été repérées et 224 ont été corrigées, ce qui représente en moyenne 2 EM interceptées par cas. Le pourcentage de correction des EM est donc de 73% sur la totalité des cas (figure 29).

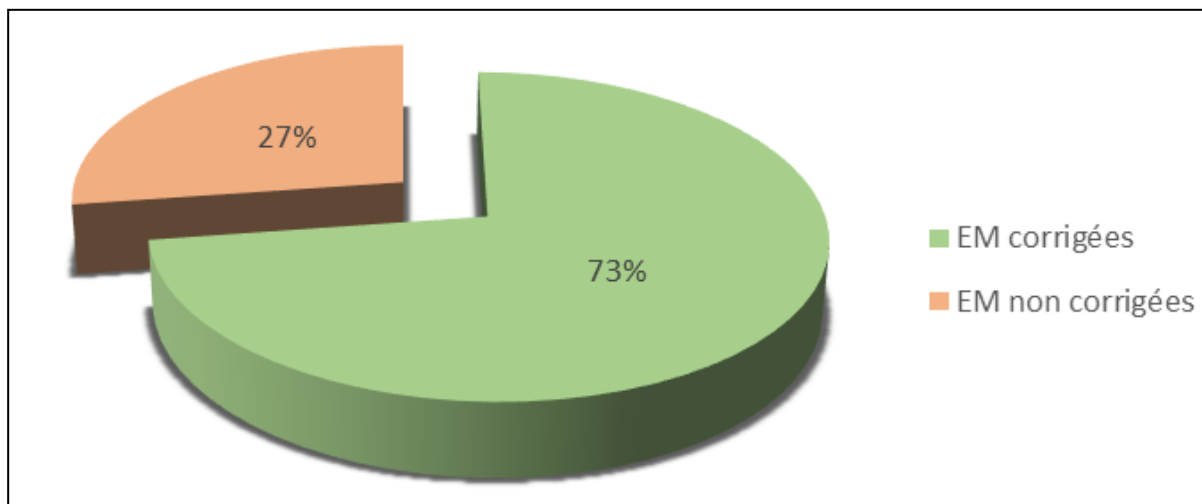


Figure 29 : Pourcentage de correction des erreurs médicamenteuses

Les EM, non corrigées à la suite de la conciliation médicamenteuse, sont signalées aux prescripteurs et/ou aux IDEs par l'intermédiaire de la prescription informatique. Sur le logiciel Pharma®, il est possible de réaliser une intervention pharmaceutique sur la prescription du patient. Cette intervention permet de signaler l'EM non prise en compte par le prescripteur et ainsi de s'assurer que celui-ci est informé. L'intervention pharmaceutique est visible par tout professionnel consultant la prescription, notamment par les IDEs et les médecins. Dans certains cas, selon la gravité de l'EM, elle est directement signalée aux médecins par téléphone.

Parmi les erreurs médicamenteuses évitées, on peut citer : les erreurs de dosage des antihypertenseurs, les arrêts de prescription des laxatifs chez les patients sous traitement morphinique, les omissions de prescription des antihypertenseurs, les arrêts d'inhibiteurs de la synthèse d'acide urique, les arrêts des antiépileptiques prescrits en monothérapie dans le cadre de la prise en charge des douleurs neuropathiques, les erreurs de posologie des insulines ou encore des erreurs de posologie des hormones thyroïdiennes.

E. Enquête satisfaction réalisée dans le service

Au total, 10 questionnaires sur 15 ont été retournés : 3 Praticiens Hospitaliers (PH), 3 internes et 4 IDEs. Seul un PH n'avait pas connaissance de la mise en place de la conciliation médicamenteuse au sein du service. Au niveau de l'aide dans la pratique quotidienne, d'une manière générale, la notation est positive : un interne a noté cette aide à 2 sur 5, deux IDEs à 4 et pour le reste des réponses la note s'élève à 5. Cependant, en fonction du statut professionnel, le type d'aide pour laquelle la CM est utile varie. En effet, pour les PH et les internes, la CM permet essentiellement de lutter contre les EM, sécuriser

la PECM du patient et ainsi permettre une meilleure continuité des soins. Les internes en charge des prescriptions apprécient l'analyse pharmaceutique qui est faite ainsi que la proposition d'équivalence des médicaments disponibles au livret thérapeutique lorsque le traitement du patient n'est pas référencé au CHR. Les IDEs apprécient essentiellement le gain de temps car elles sont habituellement en charge de l'investigation des traitements habituels des patients. La continuité et la sécurisation des soins dans la PEC des patients sont également soulignées par les IDEs (figure 30).

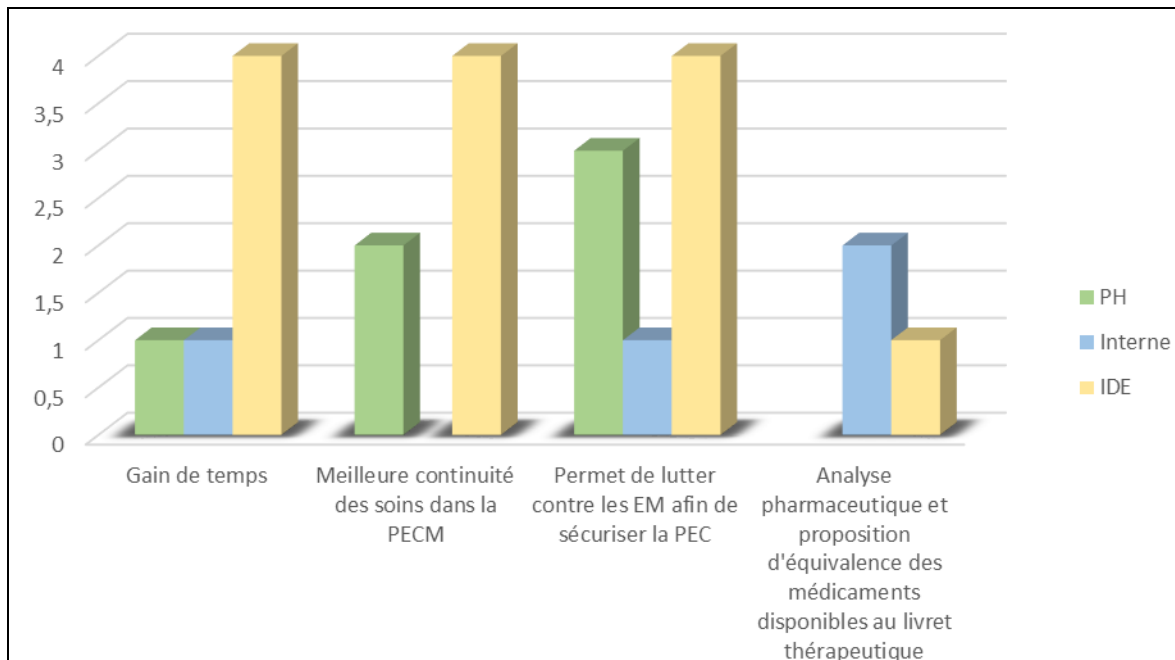


Figure 30 : Type d'aide apportée par la conciliation médicamenteuse selon la fonction des professionnels

De manière générale, la lutte contre les erreurs médicamenteuses dans l'objectif de sécuriser la PECM du patient, est le point fort le plus remarqué par l'équipe et représente 35% des réponses. La meilleure continuité des soins dans la PECM, le gain de temps, ainsi que l'analyse pharmaceutique et la proposition d'équivalence des médicaments disponibles à la PUI représentent respectivement 26% et 13% des réponses (figure 31).

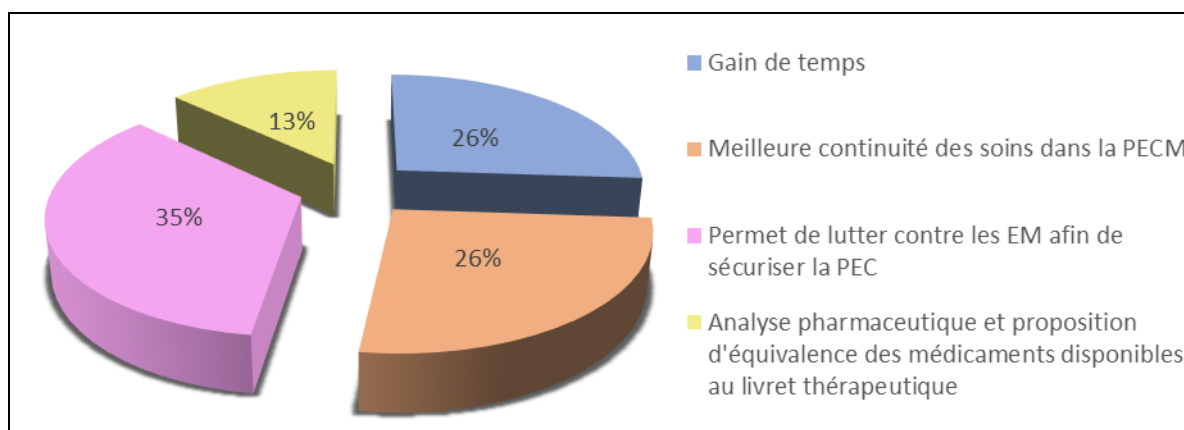


Figure 31 : Type d'aide dans la pratique quotidienne du personnel soignant

Il en ressort donc un intérêt important pour la conciliation médicamenteuse, confirmé par la notation du service sur l'intérêt de sa mise en place : un interne a attribué la note de 2 sur 5, une IDE, la note de 4 et le reste du personnel a noté l'intérêt de la mise en place de la conciliation de 5 sur 5.

Le contenu des fiches semble satisfaire à l'équipe, puisqu'il n'y a pas eu de suggestion d'amélioration. Pour un interne et deux IDEs, le contenu des fiches a été noté de 3 sur 5, le reste de l'équipe a attribué la note de 5 sur 5.

F. Enquête auprès des pharmacies d'officine

Sur les 63 officines contactées pour le questionnaire sur la conciliation médicamenteuse, 27 ont répondu au questionnaire, la majorité se situant dans le secteur géographique proche de l'hôpital.

Seulement 22% des officines connaissent la notion de « conciliation médicamenteuse d'entrée », plus de la moitié (52%) ne la connaissent pas et pour 26%, il s'agit d'une définition partiellement connue (figure 32).

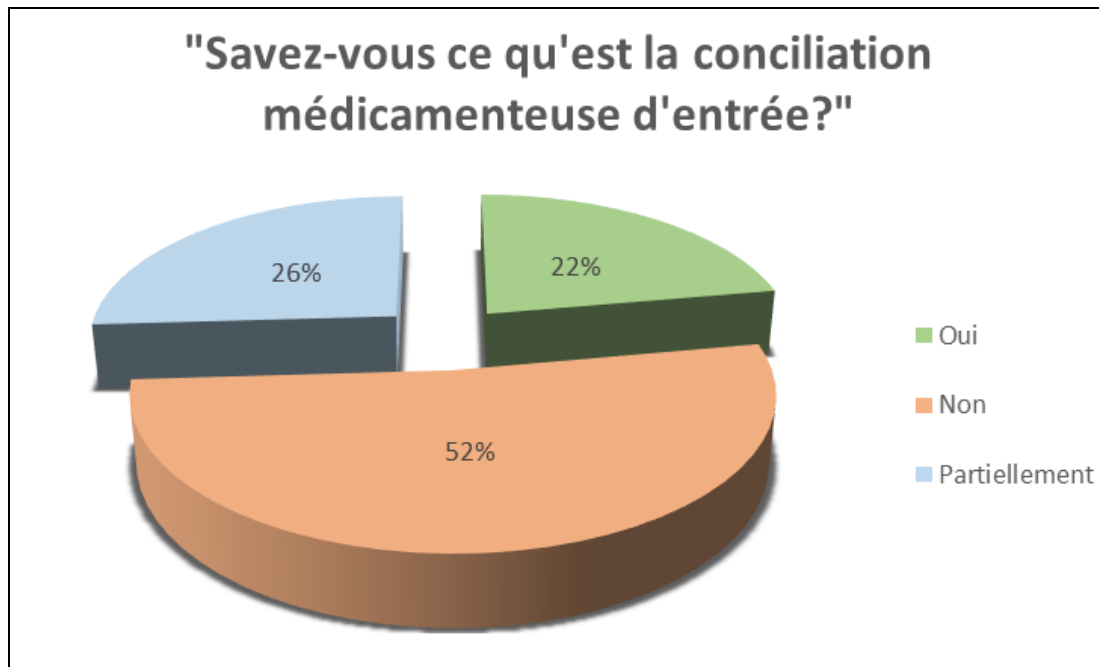


Figure 32 : Connaissance de la conciliation médicamenteuse par les pharmacies d'officine

En ce qui concerne la fiabilité de la transmission des informations, 74,1% des officines trouvent la transmission par fax fiable, 92,6% par mail et 18,5% au travers de la conversation téléphonique (figure 33).

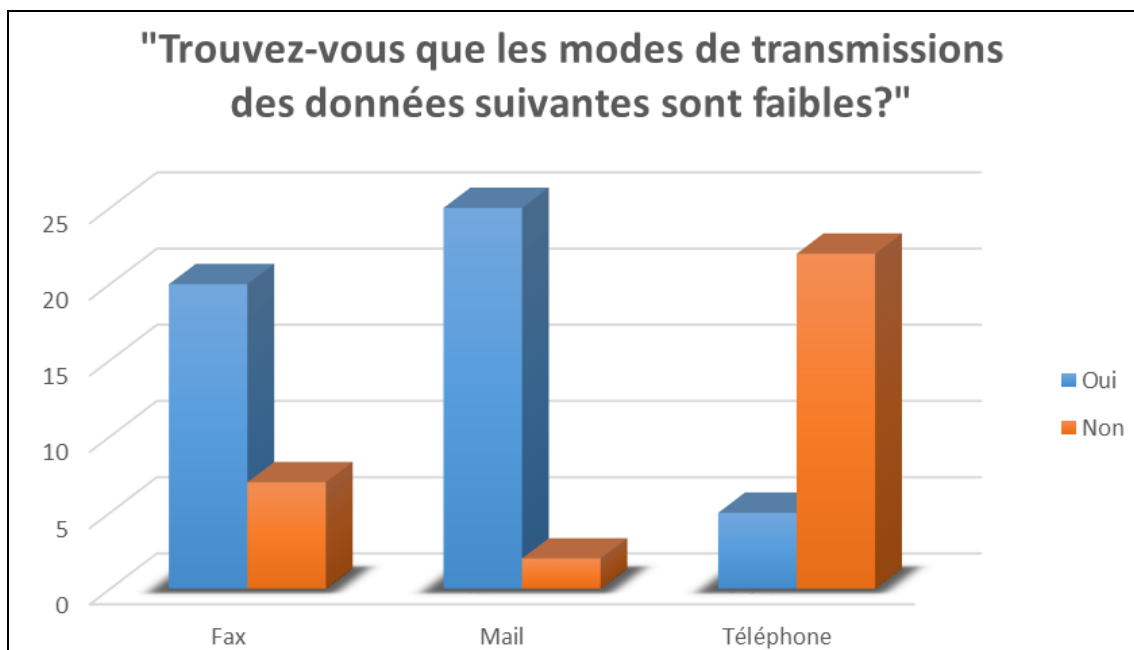


Figure 33 : Fiabilité de la transmission des données

Quant aux avis sur l'amélioration de la transmission des informations, certaines officines ont proposé :

- Par messagerie sécurisée (ex : Pandalab, Mailiz)
- Mail ou fax après un premier échange téléphonique afin d'avoir une trace écrite de l'échange
- Par le DMP

Selon ces officines, la transmission des données par téléphone n'est pas fiable car il est difficile d'identifier l'interlocuteur de la demande, mais il y a également des risques de pertes de données ou de mauvaise compréhension entre les interlocuteurs. Une solution fiable qui a été proposée, est d'envoyer les scans des différentes ordonnances sur le DMP du patient.

Pour 26% des officines, la démarche demandée pour la transmission des informations (contact téléphonique et transmission des ordonnances) représente une étape chronophage dans leur activité (figure 34).

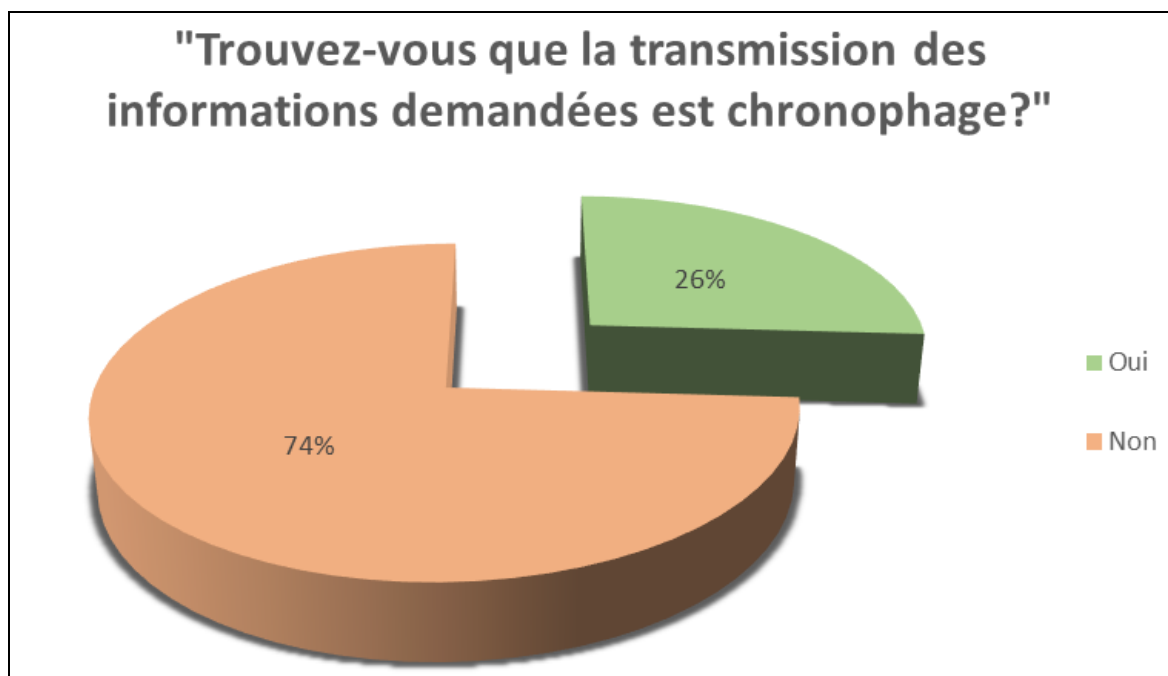


Figure 34 : Impact du temps passé par les officines pour la transmission des données

Concernant le bien-fondé de l'importance d'un lien entre le pharmacien d'officine et le pharmacien hospitalier dans la prise en charge du patient, 89% des officines ont répondu « oui » (figure 35).

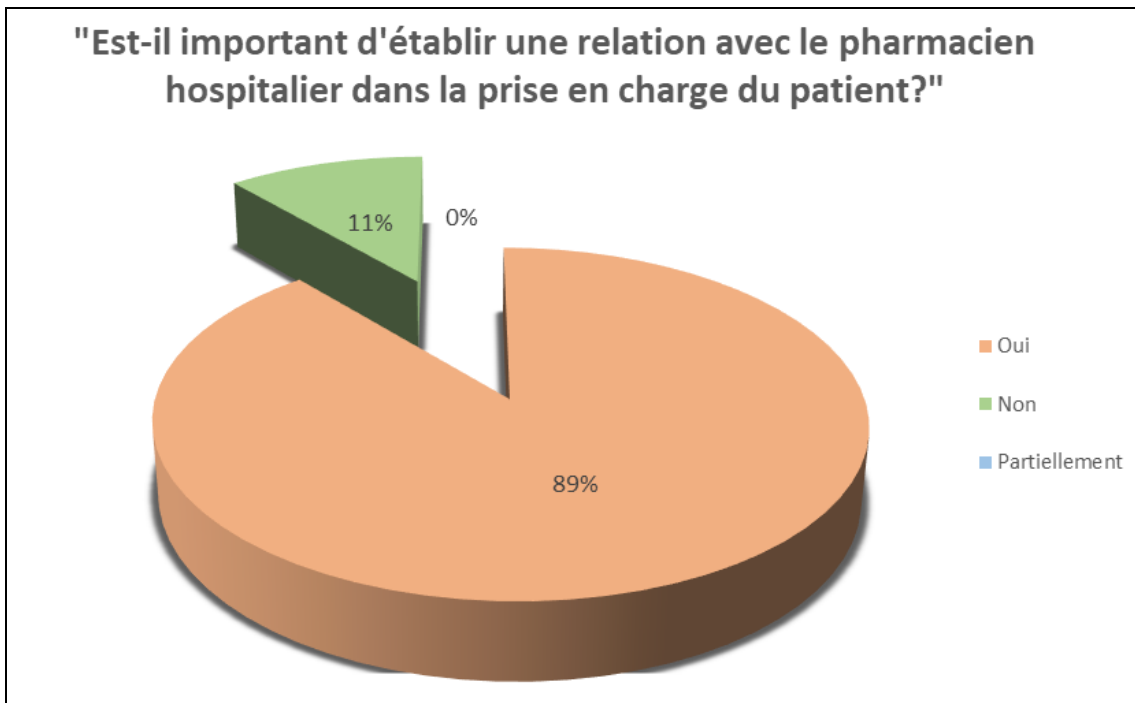


Figure 35 : Nécessité de créer un lien entre le pharmacien d'officine et le pharmacien hospitalier

Les raisons pour lesquelles ce lien est important sont :

- Coordination entre professionnels de santé (84,6%)
- Sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient (96,2%)
- Informations sur les traitements peu connus en officine (3,8%)
- Suivi à la sortie de l'hospitalisation (3,8%)

Enfin, à la question « selon vous, faudrait-il développer une conciliation médicamenteuse de sortie », 96,3% des officines ayant répondu au questionnaire sont favorables à cette idée (figure 36).

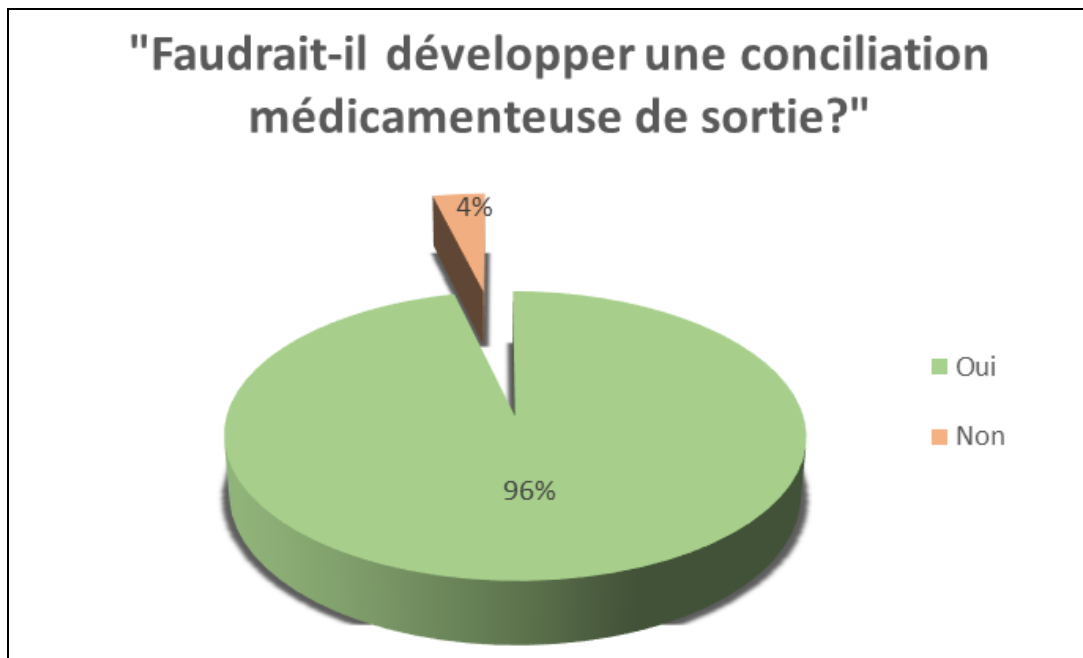


Figure 36 : Développement d'une conciliation médicamenteuse de sortie

Les raisons sont les suivantes :

- Gain de temps (42,3%)
- Sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient (92,3%)
- Possibilité d'anticiper les commandes des médicaments (88,5%)
- Analyse des ordonnances avant la sortie du patient afin d'éviter des erreurs de plus en plus fréquentes : erreurs de dosage, deux IPP différents ou deux statines sur la même ordonnance (3,8%)
- Levée des doutes pharmaceutiques sur les prescriptions (3,8%)

G. Conciliation médicamenteuse hors critères

Quelques cas de conciliation, pour lesquels les patients n'entrent pas dans les critères d'inclusion définis de notre étude, ont été effectués afin d'aider le service qui rencontrait des difficultés avec le traitement du patient (traitements médicamenteux complexes, manque de source, manque de temps etc.). Dans tous les cas, il s'agit d'entrées en urgence non programmées.

Malgré le critère « provenance du domicile », quelques patients conciliés ayant plus de 75 ans avec fracture du col du fémur, viennent d'un EHPAD. Certains cas répondent aux

critères « provenance du domicile » et « fracture du col du fémur » mais n'ont pas plus de 75 ans. Enfin, quelques rares cas de conciliation ont concerné des patients jeunes (entre 50 et 60 ans) qui n'ont pas été hospitalisés d'urgence pour une fracture du col du fémur mais pour lesquels une conciliation médicamenteuse a été nécessaire au vu de leurs pathologies neurologiques (troubles psychologiques, maladie de Parkinson...).

Concernant le type de conciliation, 2 cas ne font pas l'objet d'une prescription hospitalière lors de la réalisation de la conciliation, il s'agissait donc de conciliations proactives.

Le nombre de cas qui ne répondent pas au critère « patient âgé de plus de 75 ans avec fracture du col du fémur et provenant du domicile » est de 51 patients sur la durée de l'étude. Ces cas n'ont pas été pris en compte dans les résultats présentés précédemment.

Dans le cas où les patients proviennent d'un EHPAD, ce sont les fiches de liaisons qui les accompagnent, qui sont utilisées comme support. Ces patients ne sont pas consultés lors d'un entretien car il est peu probable qu'ils aient connaissance de leurs traitements en cours, qui sont en général préparés par les IDEs. Dans ce cas, il est préférable de contacter l'EHPAD et notamment l'infirmière en charge du patient, pour faire un point sur les traitements. De plus, les IDEs nous communiquent l'identité du médecin traitant du patient et la pharmacie qui délivre les traitements à l'EHPAD, ce qui permet d'avoir accès aux ordonnances ou à des informations complémentaires, notamment si le médecin doit être contacté directement.

Ces cas n'entrant pas dans les critères d'inclusion de l'étude, il était pourtant nécessaire de réaliser une conciliation médicamenteuse pour la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients concernés.

V. Discussion

A. Retours sur l'activité de conciliation médicamenteuse à l'hôpital Bel-Air

Le service est satisfait de la mise en place de cette activité et l'intégration d'un externe en pharmacie au sein de l'unité de soins a permis de créer une coopération efficace entre la pharmacie et le service. Cette coopération et ce partage de connaissances entre les professionnels de santé reste un point fort dans la conciliation et permet de la rendre plus efficace. L'analyse pharmaceutique vient compléter les connaissances du prescripteur et ainsi sécuriser sa prescription. En effet, sur une période de 15 mois, la conciliation médicamenteuse a montré son efficacité en termes de correction des erreurs médicamenteuses et par conséquent la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients.

L'enquête de satisfaction du service a permis d'avoir un retour sur l'intérêt de la mise en place de la conciliation au sein de l'hôpital. Cependant, lorsque la notation était de 2 et 3 sur 5, aucune justification n'a été donnée. Les questionnaires étant anonymes, il était difficile d'en connaître les raisons et ainsi pouvoir améliorer notre démarche.

D'autre part, la coopération entre le service et la pharmacie pour cette activité a ses limites. En effet, l'absence de l'externe en pharmacie, le plus souvent en charge de l'activité de conciliation, en augmente les difficultés de fonctionnement. De plus, cette activité, encore en cours d'expérimentation, peut parfois compliquer l'intégration de la pratique auprès des internes en médecine arrivant dans le service.

Dans l'enquête auprès des officines, les réponses ont été intéressantes, tant pour le retour sur l'activité en cours que sur son développement. Le problème majeur qui émerge, est la méconnaissance de la notion de « conciliation médicamenteuse d'entrée » par les officines, pourtant partenaires pour l'échange des informations sur les patients. La transmission des informations semble être plus appréciée car plus fiable, par fax ou éventuellement par mail. La communication téléphonique n'est pas considérée comme très fiable car elle ne permet pas une identification sûre des interlocuteurs. Les points forts de ce questionnaire sont les retours sur l'importance d'un lien entre le pharmacien hospitalier et le pharmacien d'officine pour la sécurisation de la prise en charge des patients, mais également la nécessité de développer une conciliation médicamenteuse de sortie. En effet, celle-ci permettrait d'établir un lien plus fructueux pour le pharmacien d'officine. D'un certain point de vue, la conciliation médicamenteuse d'entrée est bénéfique pour les professionnels de santé prenant en charge le patient à l'hôpital tandis que la conciliation médicamenteuse de sortie, est bénéfique pour les professionnels de santé encadrant le patient en ville. En

développant ces deux activités, on pourrait renforcer ce lien ville-hôpital dans les deux sens tout en plaçant le patient au centre de ces échanges.

B. Fiabilité des sources d'informations

L'étude de l'efficacité de la conciliation médicamenteuse avec une sélection de patients a montré son intérêt, mais le fait d'élargir les critères en vue d'aider le service a également permis de se rendre compte du manque de communication des informations entre professionnels de santé. En effet, pour les patients issus d'un établissement de santé, notamment les EHPAD, les fiches de transmission ne sont pas forcément complètes et nécessitent une investigation du pharmacien. Il est donc nécessaire de vérifier l'ordonnance ou la feuille de liaison avec l'infirmière car fréquemment, le traitement transmis par l'EHPAD n'est plus d'actualité (arrêt le plus souvent, ou changement de posologie par le médecin en fonction des résultats biologiques).

La conciliation médicamenteuse a également permis de prendre conscience de la transmission d'informations erronées à l'arrivée du patient dans le service. En effet, les informations transmises par les urgences sur le traitement habituel du patient ne sont pas toujours fiables car elles s'appuient sur les dires du patient et/ou ses dossiers antérieurs quelquefois obsolètes. Il est donc important de confirmer les informations de cette source par d'autres sources d'informations, surtout si le patient est admis sans ordonnance. La conciliation médicamenteuse permet donc de valider ou d'invalider les informations reçues et sur lesquelles le prescripteur s'appuie pour effectuer sa prescription. Ainsi, par son investigation, le pharmacien s'assure de la fiabilité des informations, il sécurise et assure la bonne continuité des soins dans la prise en charge médicamenteuse.

C. Classement des divergences

Une des difficultés de ce travail est la détermination des divergences intentionnelles et des erreurs médicamenteuses. En effet, dans les guides de conciliation, il est indiqué que ce sont les prescripteurs qui déterminent le type de divergence lorsqu'il y en a une qui a été identifiée par le pharmacien (14). Comme cela n'a pas toujours été fait, dans ce cas, ce sont l'externe en pharmacie ainsi que le pharmacien ou l'interne en pharmacie qui déterminent si les divergences sont classées en erreur médicamenteuse ou en divergence intentionnelle. Ainsi, le point de vue pharmaceutique peut être différent du point de vue médical : une divergence peut être une erreur médicamenteuse pour le pharmacien, tandis qu'elle serait une divergence intentionnelle pour le prescripteur. Pour remédier à ce problème, l'externe en pharmacie peut discuter avec les prescripteurs afin de savoir comment certaines

divergences sont classées. Cependant, les avis divergent pour certains traitements, tels que la Gabapentine ou la Prégabaline, qui ne sont pas systématiquement prescrits à l'hôpital. En monothérapie, ces traitements ont pour indication les douleurs neuropathiques. Ils appartiennent cependant à la classe des antiépileptiques, ce qui implique que leur arrêt doit se faire sous avis médical et de façon progressive, pendant une semaine minimum (60) (61). Les douleurs neuropathiques ne répondant pas aux traitements antalgiques classiques, ces antiépileptiques ont tout leur intérêt dans leur prise en charge (62) (63). Il apparaît une divergence nette entre l'avis pharmaceutique, qui classait cet arrêt de traitement comme étant une erreur médicamenteuse et l'avis médical qui arrête ces traitements de manière volontaires et le classe donc comme divergence intentionnelle.

D. Intérêt de la mise en place de la conciliation médicamenteuse

Si l'on compare nos résultats à ceux du projet initial Med'Rec, les résultats de cette mise en place sont encourageants. En effet, nous atteignons un taux de correction des erreurs médicamenteuses de 73% sur 112 patients conciliés au total sur une période 15 mois, contre 59,4% pour 22 863 patients conciliés dans le projet Med'Rec. Sur les 112 patients, 914 divergences ont été identifiées, soit une moyenne de 8 divergences par patient parmi lesquelles 308 erreurs médicamenteuses, soit une moyenne de 2,75 erreurs médicamenteuses par patient. Dans le projet Med'Rec, sur 27 447 patients conciliés, 46 188 divergences non documentées ont été identifiées, soit une moyenne de 1,7 divergence non documentée par patient. En moyenne, le nombre maximum d'erreurs médicamenteuses pour un patient était de 7,77 sur l'ensemble des établissements ayant participé au projet. Sur les 22 863 patients conciliés dans les 8 établissements de santé, 21 320 erreurs médicamenteuses ont été interceptées et corrigées, soit 0,9 erreur par patient (9).

Au centre hospitalier de Lunéville, où la conciliation médicamenteuse est ancrée dans les pratiques depuis plusieurs années, entre janvier 2010 et janvier 2014, 4 448 patients ont été conciliés à leur entrée. En moyenne, 2,1 erreurs médicamenteuses ont été interceptées par patient. 2 124 patients ont au moins eu une erreur médicamenteuse identifiée. Le nombre d'erreurs médicamenteuses corrigées est de 4 977 soit 1,1 erreur par patient. Le taux de correction des erreurs médicamenteuses s'élève donc à 52,4%. Dans notre étude, 224 erreurs médicamenteuses ont été corrigées, soit 2 erreurs par patient. Les omissions de prescription sont les erreurs médicamenteuses les plus identifiées sur les prescriptions hospitalières et représentent 68% des erreurs médicamenteuses identifiées. Dans notre étude, les erreurs médicamenteuses les plus fréquentes sont également les erreurs par omission et représentent 32% des erreurs médicamenteuses (15).

Au centre hospitalier de Verdun, en 2014, sur une période de 8 mois, 243 patients ont été conciliés. Cette étude a révélé une moyenne de 3,6 divergences par patient concilié avec comme proportion, 3,1 divergences intentionnelles et 0,5 erreur médicamenteuse par prescription. Les erreurs médicamenteuses les plus identifiées sont des omissions de prescription (37,3% des EM identifiées). Le taux de correction moyen des erreurs médicamenteuses est de 70,2% (64).

Au CHRU de Nancy, où la conciliation a été mise en place en 2016 dans un service de gériatrie, 180 patients ont été conciliés. 1 337 divergences ont été identifiées, soit 7,4 divergences par patient. Le nombre d'erreurs médicamenteuses identifiées est de 80, soit une moyenne de 0,4 EM par prescription. Le taux de correction des erreurs médicamenteuses s'élève à 88,7%. L'erreur par omission reste la principale erreur médicamenteuse identifiée et représentent 45% des EM identifiées dans cette étude (8).

Tableau II : Récapitulatif des données de conciliation médicamenteuse dans différentes études

	CHR Bel Air	Projet Med'Rec	Centre hospitalier de Lunéville	Centre hospitalier de Verdun	CHRU Nancy
Nombre de patients conciliés	112	27 447 sur 9 établissements 22 863 sur 8 établissements	4448	243	180
Taux de correction des EM	73%	59,4% sur 22 863 patients	52,4%	70,2%	88,7%
Nombre de divergences identifiées	914	46 188 divergences non documentées sur 27 447 patients			1 337
Nombre moyen de divergences par patient	8	1,7		3,6	7,4
Nombre d'EM identifié	308	21 320 EM sur 22 863 patients			80
Nombre moyen d'EM par patient	2,75	0,9	2,1	0,5	0,4

Lorsque l'on compare nos résultats avec ceux d'autres études faites en France et notamment dans la région Grand-Est, les résultats sont encourageants et certaines observations sont semblables (tableau II).

Ce projet a fait l'objet d'une publication qui a été retenue pour le congrès SNPHPU de Marseille en septembre 2019 (annexe 10). Un poster a ensuite été créé et présenté à ce

congrès (annexe 11). La période d'analyse des résultats de la conciliation médicamenteuse étant plus courte pour la réalisation de ce poster, les résultats présentés diffèrent de ceux présentés dans la thèse.

E. Développement de la conciliation médicamenteuse

Pour toutes ces raisons, il semble donc intéressant et justifié d'élargir les critères de la conciliation médicamenteuse au sein du service et dans d'autres services de l'hôpital où son intérêt serait tout aussi utile et apprécié. Pour cela, la mise en place d'une requête journalière des patients admis dans le service, dont l'âge serait supérieur à 75 ans, pourrait en effet être une piste de développement de la conciliation médicamenteuse d'entrée. Ainsi, on pourrait élargir le champ de la conciliation médicamenteuse à tous les patients de plus de 75 ans.

Un des projets de la conciliation médicamenteuse à l'hôpital Bel-Air, est l'extension de cette activité lors du rendez-vous de la consultation anesthésique des patients devant se faire hospitaliser dans le service de chirurgie ortho-traumatologique en vue d'une intervention programmée. Il a été rapporté par le service que l'anticipation des traitements médicamenteux des patients lors de la consultation anesthésique n'empêchait pas certains patients de venir le jour de l'admission sans leur traitement. Des erreurs de transmission d'information ont été constatées du fait de la prise de note manuelle par l'anesthésiste. Ce problème est cependant en régression depuis l'informatisation de la consultation. L'intégration de la conciliation médicamenteuse à la consultation anesthésique permettrait à l'externe en pharmacie d'établir la fiche de conciliation avant l'admission du patient et ainsi d'anticiper sa prise en charge médicamenteuse et limiter les erreurs médicamenteuses.

De plus, la mise en place d'une conciliation médicamenteuse de sortie pourrait s'avérer très utile notamment auprès des pharmacies d'officine en charge du patient à sa sortie d'hospitalisation, notamment dans la prise en charge des soins post-opératoires (injections, pansements, soins infirmiers etc.). En effet, le fait de pouvoir anticiper les nouveaux traitements médicamenteux du patient pourrait faciliter sa prise en charge par l'officine qui pourrait ainsi anticiper les commandes de produit, la préparation de l'ordonnance et/ou d'éventuelles préparations. La conciliation médicamenteuse permettrait aussi de s'assurer qu'il n'y a pas d'interaction médicamenteuse entre le traitement habituel du patient et son traitement hospitalier de sortie.

CONCLUSION

La mise en place de la conciliation médicamenteuse d'entrée au sein du service de chirurgie ortho-traumatologique de l'hôpital Bel-Air a montré son efficacité et la nécessité de son développement au travers des études et des différents questionnaires menés au cours de cette thèse.

Sur 15 mois, 112 cas ont été conciliés. 914 divergences ont été identifiées et signalées aux médecins et internes du service. 34% des divergences sont des erreurs médicamenteuses. Les divergences intentionnelles représentent ainsi 66% des divergences identifiées et s'expliquent notamment par les protocoles de prise en charge du patient au sein du service. Sur les 34% d'erreurs médicamenteuses signalées, 73% ont été corrigées.

Les retours sur les questionnaires proposés au service et dans les officines, se sont avérés positifs. Le développement de la conciliation médicamenteuse au sein de l'hôpital est donc encouragé au travers des résultats de cette étude ainsi que des questionnaires.

La conciliation médicamenteuse de sortie serait une solution pour éviter des erreurs pouvant survenir lors de la transition hôpital-ville, notamment auprès des officines qui pourraient ainsi mieux anticiper la sortie d'hospitalisation du patient.

Pour également mieux anticiper et sécuriser la venue des patients dont l'hospitalisation est programmée, la réalisation de la conciliation médicamenteuse lors de la consultation anesthésiste pourrait être très intéressante tant au niveau du gain de temps pour le service, que de la fiabilité des informations complètes et de coopération entre professionnels de santé.

Il est ainsi dans l'intérêt du patient et des professionnels de santé de décloisonner l'hôpital et ainsi de mettre le patient au cœur du parcours de soin.

BIBLIOGRAPHIE

1. INSEE (Institut national de la statistique et des études). Consommation de soins et de biens médicaux [Internet]. INSEE (Institut national de la statistique et des études). 2019 [cité 8 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2384340#tableau-figure1>
2. LEEM (Les entreprises du médicament). Consommation : répartition et financement [Internet]. LEEM (les entreprises du médicament). 2019 [cité 8 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.leem.org/consommation-repartition-et-financement>
3. Legrain PS, HAS (Haute Autorité de Santé). Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé. 2005;16p.
4. Ferchichi S, Antoine V. Le bon usage des médicaments chez la personne âgée. ScienceDirect. août 2004;25(8):582-90.
5. OMEDIT Grand Est. Conciliation médicamenteuse [Internet]. 2019 [cité 8 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/conciliation-medicamenteuse-0>
6. Conciliation des traitements médicamenteux – Prévenir les erreurs [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2018 [cité 2 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974294/fr/conciliation-des-traitements-medicamenteux-prevenir-les-erreurs
7. Bertrand C. Parcours de santé et coordination ville-hôpital: Etude d'une expérimentation Nancéenne visant à réduire les ré-hospitalisations précoces des patients âgés repérés à risque [Thèse d'exercice]. [Faculté de médecine de Nancy]: Université de Lorraine; 2015.
8. Maire L. Mise en place de la conciliation des traitements médicamenteux dans un service de gériatrie aiguë au CHRU de Nancy [Thèse d'exercice]. [Faculté de pharmacie de Nancy]: Université de Lorraine; 2017.
9. HAS (Haute Autorité de Santé). Initiative des HIGH 5s, Medication Reconciliation. 2015. 125p.
10. ARS (Agence Régionale de Santé) Occitanie. Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES) [Internet]. ARS (Agence Régionale de Santé) Occitanie.

- 2019 [cité 8 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.occitanie.ars.sante.fr/contrat-damelioration-de-la-qualite-et-de-lefficiency-des-soins-caques>
11. Allenet B, Develay A, Doerper S, Gravoulet J, Piney D, Pourrat X, et al. Préconisations pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux. 2015.
 12. HAS (Haute Autorité de Santé). Mettre en oeuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé : sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins. 2018. 57p.
 13. Prevost E. Conciliation médicamenteuse à l'entrée et en sortie d'hospitalisation au CH de Coutances. 2017 févr 9.
 14. Doerper S, Dufay E, Conrad E, Baum T. Conciliation des traitements médicamenteux : détecter, intercepter et corriger les erreurs médicamenteuses à l'admission des patients hospitalisés. janv 2011;VIII(2):130-8.
 15. Pierron E. La conciliation des traitements médicamenteux , une innovation dans les pratiques professionnelles : de l'implantation à l'évaluation de l'impact clinique [Thèse d'exercice]. [Faculté de pharmacie de Nancy]: Université de Lorraine; 2014.
 16. Garnier S. La pharmacie clinique en pratique : création d'un outil de formation destiné aux internes et étudiants en pharmacie [Thèse d'exercice]. [Faculté de pharmacie de Nancy]: Université Henri Poincaré de Nancy; 2007.
 17. L'Ordre national des pharmaciens. La pharmacie clinique : état des lieux et perspectives d'une discipline en développement. déc 2018;(13):28p.
 18. Pharmacie clinique [Internet]. OMEDIT Grand Est. 2017 [cité 8 août 2020]. Disponible sur: <https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/pharmacie-clinique-0>
 19. Delande Evariste M. Le développement de la pharmacie clinique en établissement de santé en France et ses conséquences juridiques [Thèse d'exercice]. [Faculté de pharmacie]: Université Aix Marseille; 2017.
 20. OMEDIT Normandie. Bilan Partagé de Médication [Internet]. OMEDIT Normandie. [cité 31 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.omedit-normandie.fr/boite-a-outils/pharmacie-clinique/bilan-partage-de-medication/bilan-partage-de-medication,3444,4034.html>
 21. HAS (Haute Autorité de Santé). Sécuriser la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2015 [cité 9 janv 2020].

Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2574453/fr/securiser-la-prise-en-charge-medicamenteuse-en-etablissement-de-sante

22. DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins). La conciliation médicamenteuse : enquête sur son déploiement nationale [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/conciliation-medicamenteuse/article/la-conciliation-medicamenteuse-enquete-sur-son-deploiement-nationale>
23. Ordre National des Pharmaciens. Dossier Pharmaceutique et médecins hospitaliers [Internet]. Ordre National des Pharmaciens. 2019 [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Dossier-Pharmaceutique-et-medecins-hospitaliers>
24. Mabs N, de Laguërenne A, Bretonneau H, Touze AL. Place de l'analyse pharmaceutique.
25. Touraine M. Arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières, mentionnées à l'article L. 5121-5 du code de la santé publique. nov 28, 2016.
26. Groupe Projet CONCIMED. Guide pratique pour développer en établissement de santé la conciliation médicamenteuse associant pharmacien et préparateur en pharmacie [Internet]. 2015 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-10/Guide_pratique_concimed.pdf
27. ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé). Qu'est ce qu'une erreur médicamenteuse ? [Internet]. ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé). 2017 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: [https://www.ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Erreurs-medicamenteuses/Qu-est-ce-qu-une-erreur-medicamenteuse/\(offset\)/0](https://www.ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Erreurs-medicamenteuses/Qu-est-ce-qu-une-erreur-medicamenteuse/(offset)/0)
28. OMS (Organisation mondiale de la Santé). Améliorer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse [Internet]. 2015 [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/resume_module_11.pdf
29. Chaibriant H. Prévenir les effets indésirables des médicaments chez les personnes âgées [Internet]. ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé). 2005 [cité 11 janv 2020]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S->

informer/Communiqués-Communiqués-Points-presse/Prevenir-les-effets-indésirables-des-médicaments-chez-les-personnes-âgées/(language)/fr-FR

30. France Assos Santé. Le dossier pharmaceutique [Internet]. France Assos Santé. [cité 11 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.france-assos-sante.org/66-millions-dimpatients/la-qualite-de-vos-soins/le-dossier-pharmaceutique-2/>
31. Durand D. La prise en charge des erreurs médicamenteuses à l'ANSM: les événements qui ne devraient jamais arriver en établissement de santé ou « Never Events » [Internet]. 2012 nov 22 [cité 11 janv 2020]. Disponible sur: http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/4197/4674/4678/4728.pdf
32. OMEDIT Centre-Val de Loire. Pour en savoir plus sur les différents types d'erreurs [Prévenir les erreurs liées aux médicaments antivitamines K - « Never Events AVK »] [Internet]. 2019 [cité 11 janv 2020]. Disponible sur: http://www.omedit-centre.fr/NEVEREVENTAVK_web_gen_web/co/Pour_en_savoir_plus_sur_les_differe_n_s_types_d_erreurs.html
33. Catalifaud C. Erreurs médicamenteuses : huit mesures pour les prévenir [Internet]. Le Quotidien du médecin. 2018 [cité 11 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/medicament/erreurs-medicamenteuses-huit-mesures-pour-les-prevenir>
34. AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé). Guichet Erreurs Médicamenteuses : Présentation et bilan depuis la mise en place. 2009 juin p. 23.
35. Schmitt E, Antier D, Bernheim C, Dufay E, Husson MC, Tissot E. Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse. 1ère édition. Montry: ESE; 2006. 72p.
36. La prévention médicale. Les erreurs médicamenteuses [Internet]. La prévention médicale. 2015 [cité 11 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.prevention-medicale.org/Actualites-et-revues-de-presse/Toutes-les-actualites/Paramedical/erreurs-medicamenteuses>
37. INSEE (Institut national de la statistique et des études). Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. 2018 [cité 2 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488#tableau-T18F032G1>

38. HAS (Haute Autorité de Santé). Note méthodologique et de synthèse documentaire : prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. 2015 [cité 11 janv 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf
39. Monégat M, Sermet C. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. déc 2014;(294):8.
40. Hanon O, Jeandel C. Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Agées. Le guide PAPA. Frison-Roche. Paris; 2015. 152p.
41. LEEM (Les entreprises du médicament). Qu'est-ce que l'automédication ? [Internet]. LEEM (les entreprises du médicament). 2017 [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.leem.org/quest-ce-que-lautomedication>
42. Biogaran. L'automédication ou la prise de médicaments sans ordonnance [Internet]. Biogaran. 2012 [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: <https://biogaran.fr/dossiers/automedication/>
43. Lafuente-Lafuente C, Baudry É, Paillaud E, Piette F. Pharmacologie clinique et vieillissement. Presse Médicale. 1 févr 2013;42(2):171-80.
44. Ordre National des Pharmaciens. Qu'est-ce que le Dossier Pharmaceutique ? [Internet]. Ordre National des Pharmaciens. 2019 [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP#services>
45. Ordre National des Pharmaciens. Vos droits : respect de la vie privée et confidentialité de vos données [Internet]. Ordre National des Pharmaciens. 2019 [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Vos-droits-respect-de-la-vie-privee-et-confidentialite-de-vos-donnees>
46. Ordre National des Pharmaciens. 2017, année charnière pour le Dossier Pharmaceutique à l'hôpital [Internet]. Ordre National des Pharmaciens. 2017 [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/2017-annee-charniere-pour-le-Dossier-Pharmaceutique-a-l-hopital>
47. Mark Ruscin J, Linnebur A. Problèmes liés aux médicaments chez les personnes âgées [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. 2018 [cité 2 févr 2020]. Disponible

sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/g%C3%A9riatrie/traitement-m%C3%A9dicamenteux-chez-les-personnes-%C3%A2g%C3%A9es/probl%C3%A8mes-li%C3%A9s-aux-m%C3%A9dicaments-chez-les-personnes-%C3%A2g%C3%A9es>

48. Ameli.fr. La iatrogénie médicamenteuse [Internet]. Ameli.fr. 2019 [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/medicaments/iatrogenie-medicamenteuse/iatrogenie-medicamenteuse>
49. ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé). Signaler une erreur médicamenteuse [Internet]. ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé). 2017 [cité 1 févr 2020]. Disponible sur: [https://www.ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Erreurs-medicamenteuses/Signaler-une-erreur-medicamenteuse/\(offset\)/1](https://www.ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Erreurs-medicamenteuses/Signaler-une-erreur-medicamenteuse/(offset)/1)
50. Korsia-Meffre S. Conciliation médicamenteuse : après avoir vérifié son utilité, la HAS publie un guide et des outils pratiques [Internet]. VIDAL. 2017 [cité 2 févr 2020]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/actualites/20732/conciliation_medicamenteuse_apres_avoir_verifie_son_utilite_la_has_publie_un_guide_et_des_outils_pratiques/
51. OMEDIT Grand Est. CAQES en région [Internet]. OMEDIT Grand Est. 2019 [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/caques-en-region>
52. ARS (Agence Régionale de Santé). Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiency des Soins (CAQES). 2017 sept.
53. ARS (Agence Régionale de Santé). Les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins [Internet]. ARS (Agence Régionale de Santé). 2018 [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/les-contrats-damelioration-de-la-qualite-et-de-lefficiency-des-soins>
54. OMEDIT Grand Est. Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiency des Soins : Etats des lieux [Internet]. 2018 [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-07/CAQES_Etat%20des%20lieux.pdf
55. Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville (Metz) [Internet]. Fédération Hospitalière de France (FHF). 2019 [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: <https://etablisements.fhf.fr/annuaire/hopital-fiche.php?id=1471>

56. Fédération Hospitalière de France (FHF). Hôpital Bel-Air (Thionville) [Internet]. Fédération Hospitalière de France (FHF). 2019 [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: https://etablissements.fhf.fr/annuaire/hopital-site.php?id_etab=1289
57. ARS (Agence Régionale de Santé) Grand-Est. Groupement hospitalier de territoire - Lorraine Nord - Convention constitutive. Metz; 2016 juin p. 26p.
58. Projet Médical Partagé du GHT Lorraine Nord : synthèse pour diffusion site Internet ARS. Lorraine Nord; 2018 juill p. 4p.
59. Anticoagulants par voie injectable : héparines et dérivés [Internet]. Pharmacomédicale. 2018 [cité 2 févr 2020]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/anticoagulants-par-voie-injectable-heparines-et-derives>
60. ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé). Résumé des Caractéristiques du Produit - Prégabaline [Internet]. 2015 [cité 2 févr 2020]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0263927.htm>
61. ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé). Résumé des Caractéristiques du Produit - Gabapentine [Internet]. 2012 [cité 2 févr 2020]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0221742.htm>
62. OMEDIT région Centre. Fiche de bon usage: traitement des douleurs neuropathiques chez l'adulte. 2015.
63. Schmit A. Les douleurs neuropathiques: physiopathologie, prise en charge et voies de recherche. [Faculté de pharmacie de Nancy]: Université de Lorraine; 2011.
64. Gillet J. Mise en place de la conciliation médicamenteuse au Centre Hospitalier Verdun-Saint-Mihiel [Thèse d'exercice]. [Faculté de pharmacie de Nancy]: Université de Lorraine; 2016.

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche de recueil des informations par source pour concilier (9)	XV
Annexe 2 : Fiche de conciliation des traitements à l'admission (FCT) (9)	XVII
Annexe 3 : Modalités d'enregistrement des données de conciliation médicamenteuse dans le logiciel DxCare	XIX
Annexe 4 : Extrait du premier tableau Excel	XX
Annexe 5 : Extrait du tableau de classification des divergences intentionnelles selon la classe ATC	XXII
Annexe 6 : Extrait du tableau de classification des erreurs médicamenteuses selon la classe ATC.....	XXIII
Annexe 7 : Extrait du tableau des classes ATC prescrites	XXIV
Annexe 8 : Questionnaire d'évaluation de la conciliation médicamenteuse destiné à l'équipe du service de chirurgie ortho-traumatologique	XXV
Annexe 9 : Questionnaire destiné aux pharmacies d'officine	XXVI
Annexe 10 : Publication SNPHPU	XXVIII
Annexe 11 : Poster SNPHPU	XXIX

Annexe 1 : Fiche de recueil des informations par source pour concilier **(9)**

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

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

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

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

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

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

Annexe 2 : Fiche de conciliation des traitements à l'admission (FCT) (9)

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

Nom du service :
 Numéro de chambre :

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

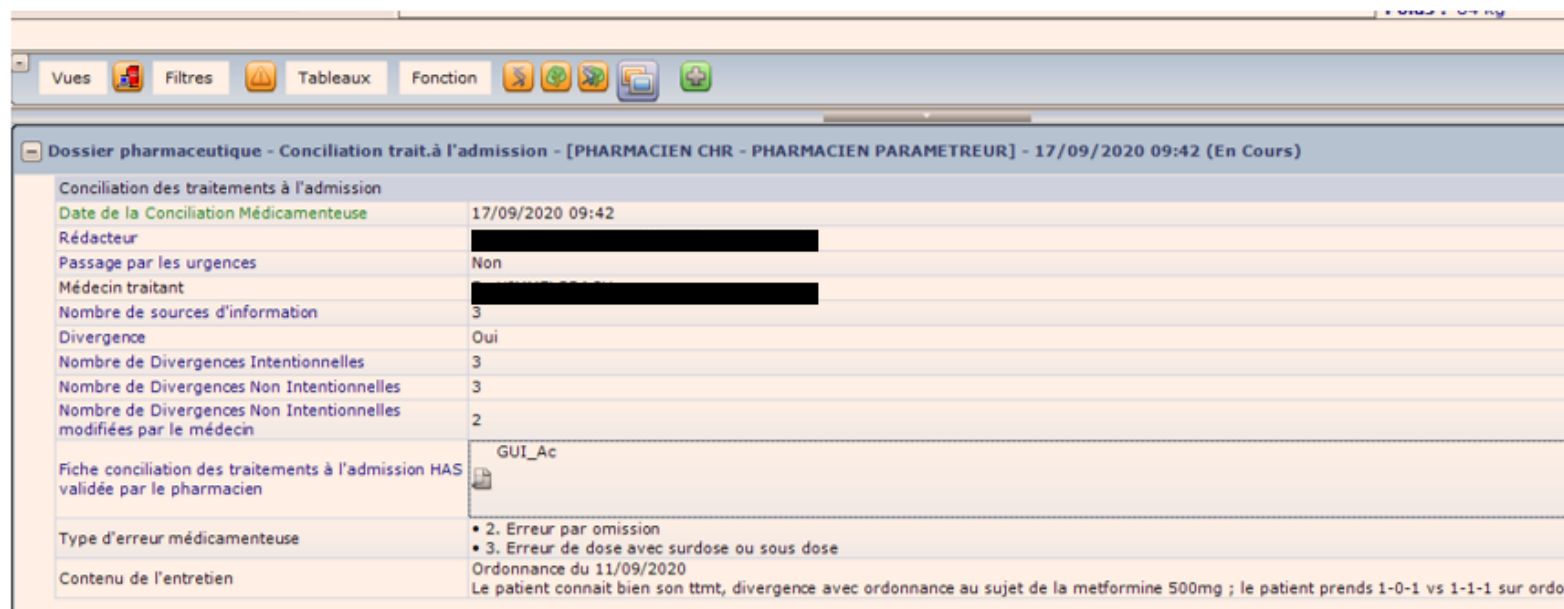
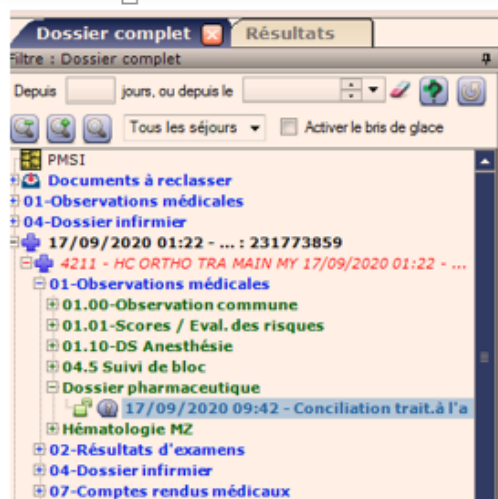
Conciliation faite le						entre* et**						Processus de conciliation :		
Bilan médicamenteux						Ordonnance du						<input type="radio"/> Proactif <input type="radio"/> Rétroactif		
Nom/dosage/forme	Posologie/voie				Statut	Nom/dosage/forme	Posologie/voie				Existence d'une divergence	Divergence intentionnelle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

*Nom du concilisateur 1 – **Nom du concilisateur 2

Conciliation faite le					entre* et**								Processus de conciliation :	
Bilan médicamenteux					Ordonnance du								<input type="radio"/> Proactif <input type="radio"/> Rétroactif	
Nom/dosage/forme	Posologie/Voie				Statut	Nom/dosage/forme	Posologie/Voie				Existence d'une divergence	Divergence Intentionnelle ou Erreur médicamenteuse	Décision médicale/ Erreur médicamenteuse	Commentaires
	M	M	S	N			M	M	S	N				
													Traitement antérieur ou Automédication antérieure : <input type="radio"/> DI <input type="radio"/> EM	
Sources d'information consultées <input type="checkbox"/> DMP en cours <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Dossier Pharmaceutique <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> DMP antérieur <input type="checkbox"/> Pharmacien officine <input type="checkbox"/> Ordonnances du patient <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> DMP urgences <input type="checkbox"/> Infirmier libéral <input type="checkbox"/> Lettre au médecin traitant <input type="checkbox"/> Médicaments apportés <input type="checkbox"/> Autre dossier du SIH <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> Lettre du médecin traitant <input type="checkbox"/> Autres													Signature Pharmacien	

*Nom du concilisateur 1 – **Nom du concilisateur 2

Annexe 3 : Modalités d'enregistrement des données de conciliation médicamenteuse dans le logiciel DxCare



Annexe 4 : Extrait du premier tableau Excel

	Mai 2018					
	18-mai	22-mai	23-mai	28-mai	31-mai	TOTAL
Nombre de patient	1	1	1	1	1	5
Age du patient (ans)	80	88	92	86	88	86,8
Type de CM d'entrée	Rétroactive	Rétroactive	Rétroactive	Rétroactive	Rétroactive	5R
Nombre total de ligne/conciliation	10	13	14	21	11	69
Nombre total de divergence/conciliation	9	13	14	13	11	60
% de divergence/conciliation	90	100	100	62	100	87
Type de divergence						
Nombre de DI	6	7	6	10	8	37
% DI / divergences totales	66,67	53,85	42,86	76,92	72,73	61,67
Arrêt de prescription	1	1	1	4	2	9
Nouvelle prescription	4	4	4	2	5	19
Changement de médicament						0
Changement de dosage				3		3
Changement de posologie	1			1		2
Non référencé CHR		2	1		1	4
Nombre d'EM	3	6	8	3	3	23
% EM / divergences totales	33,33	46,15	57,14	23,08	27,27	38,33
Pas d'ordonnance		6	8			14
Ordonnance mais pas de prescription	1			1	3	5
Mauvais dosage	1					1
Mauvaise posologie	1			1		2
Mauvais médicament				1		1
Nouvelle prescription						
Nb de correction après intervention	3	6	8	2	3	22

NSP							0
% NSP / divergences totales		0	0	0	0	0	0
Nombre de source		5	3	6	3	5	4,4
	DMP en cours						0
	DMP antérieur						0
	DMP urgences			1		1	2
	Autres dossiers du SIH						0
	Médecin traitant	1		1			2
	Pharmacien officine	1	1	1	1		4
	Infirmier libéral	1		1			2
	EHPAD						0
	DP						0
	Ordonnances du patient	1	1	1	1	1	5
	Lettre au médecin traitant						0
	Lettre du médecin traitant						0
	Patient	1	1		1	1	4
	Famille			1		1	2
	Médicaments apportés					1	1
	Autres						0
Hébergement							
	Domicile	✓	✓	✓	✓	✓	5
	EHPAD						

Annexe 5 : Extrait du tableau de classification des divergences intentionnelles selon la classe ATC

Classe ATC	Arrêt prescription	Nouvelle prescription	Changement de médicament (classe concernée par le changement)	Changement de posologie	Changement dosage		Non référencé au CHR
					Diminution	Augmentation	
Agoniste des récepteurs à l'imidazoline Adrenergique		1					
Adrenergique + Corticoïde Adrénolytique	1						
Agoniste LH-RH	1						
AINS	7	5					
AINS à usage topique	4			1			
Alpha-bloquant							
Anesthésiques locaux	1						
Antagoniste angiotensine II							
Antagoniste R _c leucotriène							
Antalgique de palier I	1	44	3	16			
Antalgique de palier II	6	140					
Antalgique palier III						1	
Anti-acide							
Anti-agrégant plaquettaire	8	1	1	1			
Anti-arythmique digitalique							
Anti-arythmique de classe Ic							
Anti-arythmique de classe III				2			
Antibiotique	2	1					
Anti-cholinergique		1					
Anti-cholinestérasique							

Annexe 6 : Extrait du tableau de classification des erreurs médicamenteuses selon la classe ATC

Classe ATC	Non prescrit		Prescrit				
	Sans ordonnance	Avec ordonnance	Mauvais médicament	Mauvais dosage		Mauvaise posologie	Nouvelle prescription
				Sous-dosage	Sur-dosage		
Agoniste des récepteurs à l'imidazoline	1						
<u>Adrenergique</u>		1					
<u>Adrenergique</u> + Corticoïde	1	1		1			
<u>Adrénolytique</u>							
AINS		1					
AINS à usage topique		1					
Alpha-bloquant						2	
Anesthésiques locaux							
Antagoniste angiotensine II	3	2	2				1
Antagoniste <u>Rc</u> leucotriène	1						
Antalgique de palier I							
Antalgique de palier II				1			
Antalgique palier III		2					
<u>Anti-acide</u>		1					
<u>Anti-agrégant</u> plaquettaire	3	1					
Anti-arythmique digitalique						1	
Anti-arythmique de classe <u>Ic</u>		1	2				
Anti-arythmique de classe III	1						1
Antibiotique							

Annexe 7 : Extrait du tableau des classes ATC prescrites

Classe ATC	Mai 2018					TOTAL
	18-mai	22-mai	23-mai	28-mai	31-mai	
Agoniste des récepteurs à l'imidazoline						
<u>Adrenergique</u>						
<u>Adrenergique + Corticoïde</u>						
<u>Adrénolytique</u>						
Agoniste de la LH-RH						
AINS						
AINS à usage topique					✓	1
Alpha-bloquant	✓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Anesthésiques locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antagoniste angiotensine II	✓				✓	2
Antagoniste <u>Rc</u> leucotriène						
Antalgique de palier I		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓	<input type="checkbox"/>	1
Antalgique de palier II					✓	1
Antalgique palier III				✓		1
<u>Anti-acide</u>						
<u>Anti-agrégant plaquettaire</u>			✓			1
Anti-arythmique digitalique			<input type="checkbox"/>			
Anti-arythmique de classe <u>Ic</u>						
Anti-arythmique de classe III				✓		1
Antibiotique		✓		<input type="checkbox"/>		1
<u>Anti-cholinergique</u>						

Annexe 8 : Questionnaire d'évaluation de la conciliation médicamenteuse destiné à l'équipe du service de chirurgie ortho-traumatologique

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE

Service : chirurgie orthopédique UF : 9211

Fonction : PH Interne IDE

Avez-vous connaissance de la conciliation médicamenteuse au sein du service ?

Oui Partiellement Non Non concerné

Globalement, les interventions réalisées (conciliation à l'entrée) vous ont-elles aidé dans votre pratique quotidienne ? (0 étant inutile et 5 étant utile)

0 1 2 3 4 5

De quelle manière ?

- Gain de temps
- Meilleure continuité des soins dans la prise en charge médicamenteuse
- Permet de lutter contre les erreurs médicamenteuses afin de sécuriser la prise en charge
- Analyse pharmaceutique et proposition d'équivalence des médicaments disponibles au livret thérapeutique
- Autre :

Attribuez une note à l'intérêt de sa mise en place (0 étant inutile et 5 étant utile)

0 1 2 3 4 5

Le contenu des fiches transmises vous semble-t-elle suffisante ? (0 étant insuffisant et 5 étant suffisant)

0 1 2 3 4 5

Quelles autres informations souhaitez-vous voir apparaître ?

Avez-vous des suggestions quant au déroulement de la conciliation ?

Annexe 9 : Questionnaire destiné aux pharmacies d'officine

QUESTIONNAIRE CONCILIATION MEDICAMENTEUSE D'ENTREE - HOPITAL BEL AIR THIONVILLE

Nom de la pharmacie (le nom de l'officine ne sera pas communiqué dans la thèse d'exercice):

Localité :

Savez-vous ce qu'est la « conciliation médicamenteuse d'entrée » ?

Oui Partiellement Non

La conciliation médicamenteuse implique une transmission de données. Trouvez-vous que les modes de transmissions des données suivants sont fiables :

- Transmission de l'ordonnance par fax
 Oui Non
- Transmission de l'ordonnance par mail :
 Oui Non
- Transmission d'informations par téléphone :
 Oui Non

Si ces modes de communication ne vous semblent pas fiables, comment souhaiteriez-vous communiquer avec le pharmacien hospitalier (ou interne/externe) ?

Lorsque vous êtes sollicités lors de la conciliation médicamenteuse, trouvez-vous que la transmission des informations demandées est chronophage (conversation téléphonique et transmission des ordonnances) ?

Oui Non

Selon vous, est-il important d'établir une relation avec le pharmacien hospitalier dans la prise en charge du patient ?

Oui Partiellement Non

Si oui, pourquoi ?

- Coordination entre professionnels de santé
- Sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient
- Autre : _____

Selon vous, faudrait-il développer une conciliation médicamenteuse de sortie ?

- Oui Non

Si oui, pour quelles raisons ?

- Gain de temps
- Sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient
- Possibilité d'anticiper les commandes de médicaments avant l'arrivée du patient
- Autre : _____

120 PC**CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE (CM) EN CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE : CHIRURGIENS SATISFAITS, ERREURS MÉDICAMENTEUSES ÉVITÉES**

Marion CIPOLLETTA¹, Julie BERNEZ¹, Charlotte KLEIN¹, Laurence FERRIER¹, Grégory RONDELLOT¹, Mahmoud KHALIFE²

1 : Pharmacie , CHR Metz-Thionville Hôpital Bel-Air , 1-3 Rue du Friscaty , 57100 THIONVILLE

2 : Chirurgie ortho-traumatologique , CHR Metz-Thionville Hôpital Bel-Air , 1-3 rue du Friscaty, 57100 THIONVILLE

Introduction : La durée moyenne de séjour des patients en chirurgie orthopédique est courte. Il s'agit souvent d'admissions en urgence non programmées où la prise en charge médicamenteuse (PECM) du patient est source de difficultés pour le chirurgien. Souvent le traitement médicamenteux de ces patients est incomplet et collecter les données s'avère chronophage pour les médecins et infirmiers diplômés d'état (IDE). Nous avons donc mis en place en mai 2018 une CM d'entrée ciblant les « patients âgés de plus de 75 ans avec fracture du col du fémur provenant du domicile » à l'hôpital Bel-Air au CHR de Metz-Thionville. En intégrant un pharmacien à l'équipe médicale nous cherchons ainsi à éviter les erreurs médicamenteuses (EM). L'EM est une divergence non intentionnelle (DNI), qui de par sa nature involontaire peut aboutir à des risques d'évènements iatrogènes.

Matériels & méthode : Afin d'éviter les EM nous effectuons un travail d'investigation en utilisant différentes sources d'informations : patient, famille, pharmacien d'officine, médecins généraliste et spécialiste etc. Les informations sont reportées sur la feuille de recueil et la fiche de conciliation de l'HAS. Médicaments, dosages, posologies et éventuelles remarques sont renseignés et mettent en exergue les différences avec le traitement prescrit à l'hôpital. La fiche est soumise au prescripteur qui peut ainsi déterminer si les divergences sont intentionnelles (DI) ou non (EM), le notifier et modifier ses prescriptions si besoin. Toutes les données collectées : patients, âge, nombre de sources, divergences (nombre, type et classe ATC), sont colligées dans un tableau Excel®. Après 9 mois de fonctionnement, une enquête de satisfaction auprès du personnel médical a été menée afin d'évaluer l'impact de la mise en place de la CM.

Résultats & discussion : Sur 95 CM effectuées, l'âge moyen des patients est de 84 ans. En moyenne pour chaque cas nous consultons 4,3 sources. Sur 69% de divergences par CM recensées, 71% sont des DI. Le taux d'EM évitées est de 29% et concerne essentiellement une mauvaise posologie, un mauvais médicament ou encore une omission de prescription quelle que soit la classe ATC. Le pourcentage de correction des EM s'élève à 73%. Ces résultats sont renseignés dans le dossier informatique patient et présentés régulièrement au staff de chirurgie. Six médecins et 4 IDE ont répondu au questionnaire de satisfaction. Pour les chirurgiens la CM sécurise la PECM et facilite la prescription. Les IDE apprécient le gain de temps et le lien créé avec la pharmacie.

Conclusion : La CM d'entrée et l'intégration du pharmacien dans l'équipe chirurgicale ont permis d'éviter de nombreuses EM et participent à l'amélioration des prescriptions pour les patients du service. A la demande des chirurgiens, nous allons prochainement déployer une CM d'entrée lors de la consultation d'anesthésie pour les patients ayant une intervention orthopédique programmée.

Mots clés : Conciliation médicamenteuse, Erreurs médicamenteuses, Pharmacie clinique

CONCILIATION MEDICAMENTEUSE (CM) EN CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE : CHIRURGIENS SATISFAITS, ERREURS MEDICAMENTEUSES EVITEES

Marion CIPOLLETTA¹, Julie BERNEZ¹, Charlotte KLEIN¹, Laurence FERRIER¹, Gregory RONDELLOT¹, Mahmoud KHALIFE²

¹: Pharmacie, CHR Metz-Thionville Hôpital Bel-Air, 1-3 Rue du Friscaty, 57100 THIONVILLE
²: Chirurgie ortho-traumatologique, CHR Metz-Thionville Hôpital Bel-Air, 1-3 Rue du Friscaty, 57100 THIONVILLE



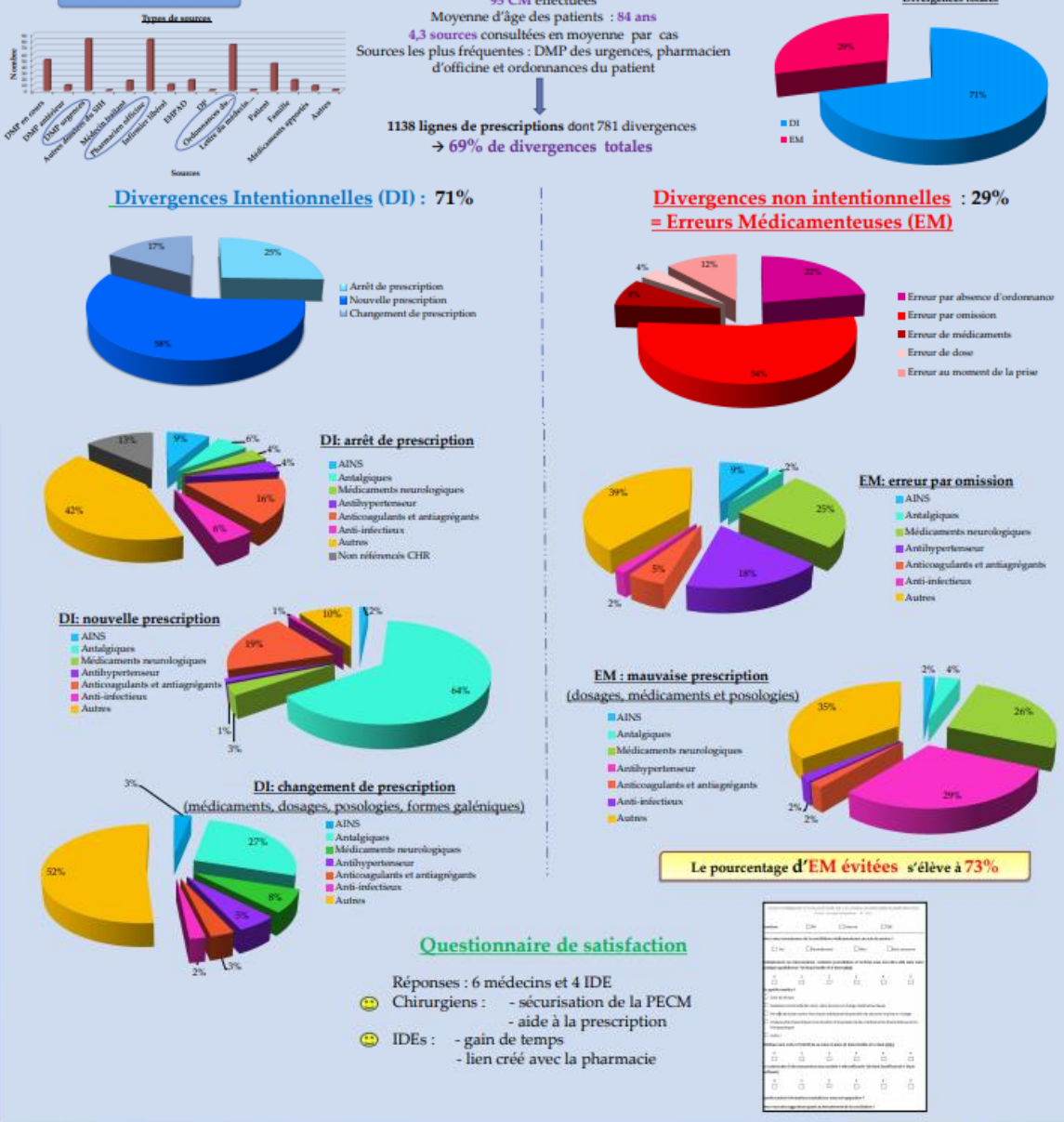
Introduction

La durée moyenne de séjour des patients en chirurgie orthopédique est courte et il s'agit souvent d'admissions en urgence non programmées. La prise en charge médicamenteuse du patient est donc souvent source de difficultés pour le chirurgien. Souvent le traitement médicamenteux de ces patients est incomplet et collecter les données s'avère chronophage pour les médecins et les infirmiers diplômés d'état. Nous avons donc mis en place en mai 2018, une CM d'entrée ciblant les « patients âgés de plus de 75 ans avec fracture du col du fémur provenant du domicile » à l'hôpital Bel-Air au CHR de Metz-Thionville. En intégrant un pharmacien à l'équipe médicale nous cherchons ainsi à éviter les erreurs médicamenteuses (EM). L'EM est une divergence non intentionnelle (DNI), qui de par sa nature involontaire peut aboutir à des risques d'événements iatrogènes.

Matériels & méthode

Un travail d'investigation est effectué en utilisant différentes sources : patient, famille, pharmacien d'officine, médecins généralistes et spécialistes etc. Les informations sont reportées sur la feuille de recueil et la fiche de conciliation de l'HAS. Médicaments, dosages, posologies et éventuelles remarques sont renseignés et mettent en exergue les différences avec le traitement prescrit à l'hôpital. La fiche est ensuite soumise au prescripteur qui peut ainsi déterminer si les divergences sont intentionnelles (DI) ou non (EM), le notifier et modifier ses prescriptions si besoin. Toutes les données collectées (âge, nombre de sources, nombre de divergences) sont colligées dans un tableau Excel®. Après 9 mois de fonctionnement, une enquête de satisfaction auprès du personnel médical a été menée afin d'évaluer l'impact de la mise en place de la CM.

Résultats & discussion



Conclusion

La CM d'entrée et l'intégration du pharmacien dans l'équipe chirurgicale ont permis d'éviter de nombreuses EM et participent à l'amélioration des prescriptions pour les patients du service. A la demande des chirurgiens, nous allons prochainement déployer une CM d'entrée lors de la consultation d'anesthésie pour les patients ayant une intervention orthopédique programmée.

N° d'identification :

TITRE

CONCILIATION MEDICAMENTEUSE D'ENTREE : MISE EN PLACE AU CHR DE METZ-THIONVILLE SUR LE SITE DE L'HÔPITAL BEL-AIR EN SERVICE DE CHIRURGIE ORTHO-TRAUMATOLOGIQUE ET RÔLE DU PHARMACIEN

Thèse soutenue le 14/12/2020

Par CIPOLLETTA Marion

VI. RESUME :

La durée moyenne de séjour des patients en chirurgie orthopédique est courte et il s'agit souvent d'admissions en urgence non programmées. Souvent le traitement médicamenteux de ces patients est incomplet et collecter les données s'avère chronophage pour les médecins et les infirmiers diplômés d'état. Nous avons donc mis en place en mai 2018, une conciliation médicamenteuse d'entrée ciblant les « patients âgés de plus de 75 ans avec fracture du col du fémur provenant du domicile » à l'hôpital Bel-Air au CHR de Metz-Thionville. En intégrant un pharmacien à l'équipe médicale nous cherchons ainsi à éviter les erreurs médicamenteuses.

Un travail d'investigation est effectué en utilisant différentes sources d'informations telles que le patient, la famille, le pharmacien d'officine, le médecin généraliste et les spécialistes. Ces informations permettent de compléter la fiche de conciliation de l'HAS. Sur cette fiche, les médicaments ainsi que leurs dosages, leurs posologies et d'éventuelles remarques y sont renseignés et mettent en exergue les différences avec le traitement prescrit à l'hôpital. Ainsi, les divergences entre le traitement habituel du patient et la prescription hospitalière peuvent être identifiées.

Sur une période de 15 mois, 112 patients ont été conciliés, avec une moyenne d'âge de 86 ans. 606 divergences intentionnelles et 308 erreurs médicamenteuses ont été identifiées. Le pourcentage d'erreurs médicamenteuses évitées s'élève à 73%. Une enquête de satisfaction a été menée auprès du personnel soignant du service de chirurgie ortho-traumatologie. D'une manière générale, la mise en place de la conciliation médicamenteuse et l'intégration du pharmacien dans l'équipe sont appréciées et montrent un intérêt commun : la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient. Une enquête a également été réalisée auprès des officines ayant été contactées durant cette étude. Les officines ayant répondu au questionnaire confirment également l'intérêt de la conciliation médicamenteuse d'entrée pour la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient et souhaiteraient un développement de la conciliation médicamenteuse de sortie afin de renforcer le lien ville-hôpital et ainsi leur permettre d'anticiper la venue du patient.

Ainsi, la conciliation médicamenteuse d'entrée a permis d'éviter de nombreuses erreurs médicamenteuses et participe à l'amélioration des prescriptions pour les patients du service. Il semble donc intéressant de développer cette activité dans d'autres services au sein du CHR Metz-Thionville sur le site de l'hôpital Bel-Air.

MOTS CLES : Conciliation médicamenteuse, rôle du pharmacien, erreur médicamenteuse

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature	
Dr BERNEZ Julie Pharmacien praticien hospitalier	Service pharmacie Centre hospitalier régional de Metz-Thionville	Expérimentale	X
		Bibliographique	<input type="checkbox"/>
		Thème	6

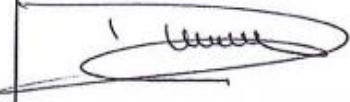

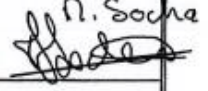


Thèmes

1 – Sciences fondamentales
3 – Médicament
5 - Biologie

2 – Hygiène/Environnement
4 – ~~Alimentation – Nutrition~~
6 – Pratique professionnelle

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : 14 décembre 2020

<p align="center">DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE</p> <p>présenté par : CIPOLLETTA Marion</p> <p><u>Sujet :</u></p> <p>« Conciliation médicamenteuse d'entrée : mise en place au CHR de Metz-Thionville sur le site de l'hôpital Bel Air en service de chirurgie ortho-traumatologique et rôle du pharmacien »</p>	<p align="center">Vu, Nancy, le 20/11/20.</p>
<p><u>Jury :</u></p> <p>Président : Mme Nathalie THILLY, PU-PH, Professeur de Santé Publique et Epidémiologie Directeur : Mme Julie BERNEZ, Docteur en pharmacie, Pharmacien hospitalier au CHR de Metz-Thionville et Jury Co-directeur : Mme Marie SOCHA, MCU-PH, Professeur de Pharmacie clinique, thérapeutique et biotechnique Juges : Mme Hélène GARCIA-AULOGE, Docteur en pharmacie, Pharmacien titulaire d'officine</p>	<p align="center">Le Président du Jury Directeur de Thèse</p> <p align="center">Mme THILLY Mme BERNEZ</p> <p align="center">   Co-directeur M. Socha  </p>
<p align="center">Vu et approuvé, Nancy, le 12.11.2020</p> <p align="center">Doyen de la Faculté de Pharmacie de l'Université de Lorraine,</p> <p align="center">  Pr. Raphaël DUVAL </p>	<p align="center">Vu, Nancy, le 23 NOV. 2020</p> <p align="center">Le Président de l'Université de Lorraine,</p> <p align="center">  Pierre MUTZENHARDT </p> <p align="center">N° d'enregistrement : 11532C</p>