



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1
FACULTE DE PHARMACIE
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES

Année 2025

THESE n°012

Pour le DIPLOME DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Présentée et soutenue publiquement le 16 janvier 2025 par

Mme Domitille OLLIER
Née le 18 novembre 1999 à Lyon

Mise en place de la conciliation médicamenteuse d'entrée en service
de médecine chez le sujet âgé ou polymédiqué à la Polyclinique Lyon
Nord

Jury

Présidente du jury : Pr Catherine Rioufol, Professeur des Universités et Praticien
Hospitalier

Directrice de thèse : Dr Chloé Chazaud, Pharmacien hospitalier

Tuteur pédagogique : Dr Magali Bolon Larger, Maître de Conférences des
Universités et Praticien Hospitalier

Autre membre du jury : Dr Léa Sautour, Pharmacien d'officine

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Conseil Académique et de la Commission Recherche	Hamda BEN HADID
Vice-Président Recherche, partenariats, innovation et ingénierie	Philippe CASSAGNAU
Vice-Président du Conseil d'Administration	Philippe CHEVALIER
Vice-Présidente de la Commission Formation	Christophe VITON
Vice-Président Relations Hospitalo-Universitaires	Jean François MORNEX
Directeur général des services	Pierre ROLLAND

SECTEUR SANTE

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est	Gilles RODE
Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux	Philippe PAPAREL
Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB)	Claude DUSSART
Doyen de l'UFR d'Odontologie	Jean-Christophe MAURIN
Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation (ISTR)	Jacques LUAUTÉ
Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales	Carole BURILLON

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Directrice de l'UFR Biosciences	Kathrin GIESELER
Directeur de l'UFR Faculté des Sciences	Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Guillaume BODET
Directeur de Polytech Lyon	Emmanuel PERRIN
Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)	Michel MASSENZIO

Directeur de l'Institut des Science Financière & Assurances (ISFA)	Nicolas LEBOISNE
Directeur de l'Observatoire de Lyon	Bruno GUIDERDONI
Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat & de l'Éducation (INSPÉ)	Pierre CHAREYRON
Directrice du Département-composante Génie Électrique & des Procédés (GEP)	Rosaria FERRIGNO
Directrice du Département-composante Informatique	Saida BOUAZAK BRONDEL
Directeur du Département-composante Mécanique	Marc BUFFAT

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1
ISPB -Faculté de Pharmacie Lyon

LISTE DES DEPARTEMENTS PEDAGOGIQUES

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE SCIENCES PHYSICO-CHIMIQUES ET PHARMACIE GALENIQUE

- **CHIMIE GENERALE, PHYSIQUE ET MINERALE**

Monsieur Raphaël TERREUX (PR)
Madame Julie-Anne CHEMELLE (MCU)

- **CHIMIE ANALYTIQUE**

Monsieur Lars-Petter JORDHEIM (PR)
Madame Anne DENUZIERE (MCU)
Madame Christelle MACHON (MCU-PH)
Monsieur Waël ZEINYEH (MCU)

- **PHARMACIE GALENIQUE -COSMETOLOGIE**

Madame Marie-Alexandrine BOLZINGER (PR)
Madame Stéphanie BRIANCON (PR)
Monsieur Fabrice PIROT (PU-PH)
Monsieur Eyad AL MOUAZEN (MCU)
Madame Sandrine BOURGEOIS (MCU)
Madame Danielle CAMPIOL ARRUDA (MCU)
Madame Ghania HAMDI-DEGOBERT (MCU-HDR)
Monsieur Plamen KIRILOV (MCU)
Madame Giovanna LOLLO (MCU-HDR)
Madame Jacqueline RESENDE DE AZEVEDO (MCU)
Madame Eloïse THOMAS (MCU)
Monsieur Thomas BRIOT (MCU-PH)
Monsieur Damien SALMON (MCU-PH)

- **BIOPHYSIQUE**

Monsieur Cyril PAILLER-MATTEI (PR)
Madame Laurence HEINRICH (MCU)
Monsieur David KRYZA (MCU-PH-HDR)
Madame Sophie LANCELOT (MCU-PH-HDR)
Madame Elise LEVIGOUREUX (MCU-PH)
Madame Sarah CHAIB (AHU)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE PHARMACEUTIQUE DE SANTE PUBLIQUE

- **DROIT DE LA SANTE**
Madame Valérie SIRANYAN (PR)
Madame Maud CINTRAT (MCU)
Monsieur Hojjat VAHIDI (ATER)
- **ECONOMIE DE LA SANTE**
Madame Nora FERDJAOUI MOUMJID (PR)
Monsieur Hans-Martin SPÄTH (MCU-HDR)
- **INFORMATION ET DOCUMENTATION**
Madame Maryem RHANOUI (MCU)
- **INGENIERIE APPLIQUEE A LA SANTE ET DISPOSITIFS MEDICAUX**
Monsieur Xavier ARMOIRY (PU-PH)
Madame Claire GAILLARD (MCU)
- **QUALITOLOGIE – MANAGEMENT DE LA QUALITE**
Madame Alexandra CLAYER-MONTEMBault (PU)
Madame Audrey JANOLY-DUMENIL (PU-PH)
Monsieur Vincent GROS (MCU-enseignant contractuel temps partiel)
Madame Pascale PREYNAT (MCU-enseignant contractuel temps partiel)
- **MATHEMATIQUES – STATISTIQUES**
Madame Claire BARDEL-DANJEAN (MCU-PH-HDR)
Madame Marie-Aimée DRONNE (MCU)
Madame Marie-Paule GUSTIN (MCU-HDR)
- **SANTE PUBLIQUE**
Monsieur Claude DUSSART (PU-PH)
Monsieur Matthieu LEBRAT (AHU)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE SCIENCES DU MEDICAMENT

- **CHIMIE ORGANIQUE**
Monsieur Pascal NEBOIS (PR)
Madame Amanda GARRIDO (MCU)
Madame Christelle MARMINON (MCU)
Madame Sylvie RADIX (MCU-HDR)
Monsieur Luc ROCHEBLAVE (MCU-HDR)
- **CHIMIE THERAPEUTIQUE**
Monsieur Marc LEBORGNE (PR)
Monsieur Thierry LOMBERGET (PR)
Monsieur Laurent ETTOUATI (MCU-HDR)
Monsieur François HALLE (MCU)
Madame Marie-Emmanuelle MILLION (MCU)

- **BOTANIQUE ET PHARMACOGNOSIE**

Madame Marie-Geneviève DIJOUX-FRANCA (PR)
Madame Anne-Emmanuelle HAY DE BETTIGNIES (MCU-HDR)
Madame Isabelle KERZAON (MCU)
Monsieur Serge MICHALET (MCU)

- **PHARMACIE CLINIQUE, PHARMACOCINETIQUE ET EVALUATION DU MEDICAMENT**

Madame Christelle CHAUDRAY-MOUCHOUX (PU-PH)
Madame Catherine RIOUFOL (PU-PH)
Madame Magali BOLON-LARGER (MCU-PH)
Monsieur Teddy NOVAIS (MCU-PH)
Madame Florence RANCHON (MCU-PH)
Madame Delphine HOEGY (MCU-PH)
Madame Céline PRUNET-SPANO (MCU)
Madame Chloë HERLEDAN (AHU)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE PHARMACOLOGIE, PHYSIOLOGIE ET TOXICOLOGIE

- **TOXICOLOGIE**

Monsieur Jérôme GUITTON (PU-PH)
Madame Léa PAYEN (PU-PH)
Madame Francesca ANGILERI (MCU)
Monsieur David BARTHELEMY (AHU)

- **PHYSIOLOGIE**

Madame Elise BELAIDI (PU)
Madame Kiao Ling LIU (MCU)
Monsieur Ming LO (MCU-HDR)

- **PHARMACOLOGIE**

Monsieur Laurent BOURGUIGNON (PU-PH)
Monsieur Sylvain GOUTELLE (PU-PH)
Monsieur Luc ZIMMER (PU-PH)
Monsieur Roger BESANCON (MCU)
Madame Evelyne CHANUT (MCU)
Monsieur Nicola KUCZEWSKI (MCU)
Monsieur Romain GARREAU (AHU)

- **COMMUNICATION**

Monsieur Ronald GUILLOUX (MCU)

- **ENSEIGNANTS CONTRACTUELS TEMPS PARTIEL**

Monsieur Sylvain BERTRAND (MCU-enseignant contractuel temps partiel)
Madame Pauline LOUBERT (MCU-enseignant contractuel temps partiel)
Monsieur Vincent LESCURE (MCU-enseignant contractuel temps partiel)
Madame Hortense PRELY (MCU-enseignant contractuel temps partiel)
Madame Aurélie SANDRE (MCU-enseignant contractuel temps partiel)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DES SCIENCES BIOMEDICALES A

- **IMMUNOLOGIE**

Monsieur Guillaume MONNERET (PU-PH)
Madame Morgane GOSSEZ (MCU-PH)
Madame Anaïs NOMBEL (AHU)

- **HEMATOLOGIE ET CYTOLOGIE**

Madame Christine VINCIGUERRA (PU-PH)
Madame Sarah HUET (MCU-PH)
Monsieur Yohann JOURDY (MCU-PH)

- **MICROBIOLOGIE ET MYCOLOGIE FONDAMENTALE ET APPLIQUEE
AUX BIOTECHNOLOGIES INDUSTRIELLES**

Monsieur Frédéric LAURENT (PU-PH)
Madame Florence MORFIN (PU-PH)
Madame Veronica RODRIGUEZ-NAVA (PR)
Monsieur Didier BLAHA (MCU-HDR)
Madame Ghislaine DESCOURS (MCU-PH)
Monsieur Alexandre GAYMARD (MCU-PH)
Madame Anne DOLEANS JORDHEIM (MCU-PH-HDR)
Madame Emilie FROBERT (MCU-PH)
Monsieur Jérôme JOSSE (MCU)
Madame Floriane LAUMAY (MCU)
Monsieur Matthieu CURTIL DIT GALIN (AHU)

- **PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE MEDICALE**

Monsieur Philippe LAWTON (PR)
Madame Nathalie ALLIOLI (MCU)
Madame Samira AZZOUZ-MAACHE (MCU-HDR)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DES SCIENCES BIOMEDICALES B

- **BIOCHIMIE – BIOLOGIE MOLECULAIRE - BIOTECHNOLOGIE**

Madame Caroline MOYRET-LALLE (PR)
Madame Carole FERRARO-PEYRET (PU-PH)
Madame Emilie BLOND (MCU-PH)
Monsieur Karim CHIKH (MCU-PH)
Monsieur Anthony FOURIER (MCU-PH)
Monsieur Boyan GRIGOROV (MCU-HDR)
Monsieur Alexandre JANIN (MCU-PH)
Monsieur Hubert LINCET (MCU-HDR)
Monsieur Olivier MEURETTE (MCU-HDR)
Madame Angélique MULARONI (MCU)
Madame Stéphanie SENTIS (MCU)
Monsieur Jordan TEOLI (AHU)

- **BIOLOGIE CELLULAIRE**

Madame Bénédicte COUPAT-GOUTALAND (MCU)
Monsieur Michel PELANDAKIS (MCU-HDR)

INSTITUT DE PHARMACIE INDUSTRIELLE DE LYON

Madame Marie-Alexandrine BOLZINGER (PR)
Monsieur Philippe LAWTON (PR)
Madame Sandrine BOURGEOIS (MCU)
Madame Marie-Emmanuelle MILLION (MCU)
Madame Alexandra MONTEMBault (MCU)
Madame Angélique MULARONI (MCU)
Madame Marie-Françoise KLUCKER (MCU-enseignant contractuel temps partiel)
Madame Valérie VOIRON (MCU-enseignant contractuel temps partiel)

PR : Professeur des Universités
PU-PH : Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
PHU : Praticien hospitalo-universitaire
MCU : Maître de Conférences des Universités
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier
HDR : Habilitation à Diriger des Recherches
AHU : Assistant Hospitalier Universitaire
ATER : Attaché temporaire d'enseignement et de recherche



Serment des Pharmaciens Au moment d'être reçu Docteur en Pharmacie,

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.

Date :

Signatures de l'étudiant et du Président du jury

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury,

Professeure Catherine Rioufol, je vous remercie d'avoir accepté de présider cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Docteur Chloé Chazaud, un immense merci de m'avoir guidée et accompagnée durant ce travail. Ton soutien et tes conseils ont été d'une aide précieuse. Merci de m'avoir accueillie à la Polyclinique Lyon Nord et de m'avoir fait découvrir le monde hospitalier.

Docteur Magali Bolon-Larger, merci de me faire l'honneur d'être dans mon jury. Je t'en suis profondément reconnaissante.

Docteur Léa Sautour, merci de me faire l'honneur d'être dans mon jury de thèse pour ta première en tant que juré. Merci pour tous ces conseils lors de la relecture de ma thèse et de ton soutien lors de ce travail. Également merci pour ces années de spé officine qui n'auraient pas été aussi passionnantes sans toi. Tu as été une découverte formidable.

A ma famille et à mes amis,

A mes parents, merci pour votre soutien durant mes études et surtout en PACES. Merci d'avoir été des parents aussi géniaux, présents et compréhensifs à chaque étape de ma vie. Merci pour les moments de vie inoubliables, les voyages au bout du monde et tout ce que vous nous avez fait découvrir. Merci pour votre amour. Merci pour tout, je vous aime fort.

A mes deux frères, merci d'être autant présents au quotidien. Vous êtes de vrais piliers dans ma vie. Merci d'avoir aussi bien accepté le fait que je sois l'enfant préféré. Je vous aime fort. Enfin, merci à Cyrielle et Margot, mes deux futures belles sœurs.

A mes grands-parents, merci pour tout. Merci d'être à mes côtés depuis toujours. Merci pour tous ces moments passés ensemble. Merci de prendre votre rôle de grand-parent autant à cœur. *A Moutie*, je sais que tu veilles sur nous depuis toutes ces années, j'espère que tu es fière de moi de là où tu es.

A mes tantes et oncles, cousines et cousins, merci pour tous ces moments de vie partagés avec vous. Merci pour toutes ces semaines de ski, au bord de la mer, du lac d'Annecy et à Paris où l'on fait que rire et s'amuser.

A Bertille et Jeanne, mes amies depuis la maternelle. Merci d'être à mes côtés depuis tout ce temps. Je ne pourrais jamais autant vous remercier d'être qui vous êtes. Merci pour tous les incalculables souvenirs que nous avons partagés ensemble. Merci pour tous ces fous-rires en vacances, aux camps scouts, à l'école... notre voyage humanitaire en Tanzanie restera l'expérience la plus marquante de ma vie grâce à vous. Vous êtes des sœurs pour moi. Je vous aime.

A Péro, PJ et Aurel, merci pour tous ces moments passés avec vous. Nous avons grandi ensemble. Tous ces camps scouts, ces we maîtrises et ces expériences resteront gravés à vie. Je suis tellement reconnaissante d'avoir vécu cela avec vous.

A Mathilde, merci d'être à mes côtés depuis le lycée. Tu as été un coup de cœur amical et je suis tellement reconnaissante de t'avoir dans ma vie. A toutes ces vacances, ces we au ski ou ailleurs où l'on passe le plus clair de notre temps à pleurer de rire. Merci pour tout.

A Thomas, merci d'avoir été à mes côtés pendant ces années de pharma. Tu as été un véritable pilier et je te remercie de m'avoir aidée (surtout en chimie orga), soutenue, poussée à aller en cours, remotivée pendant ces études. Tu as bien fait de me supplier d'être ton binôme de TP, on n'aura jamais autant rigolé. J'ai tellement de chance de t'avoir dans ma vie et vivement la vie parisienne.

A Mél, Math, Marie, Emma, Juju, Alice et Sass, merci d'avoir rendu ces années d'études inoubliables. A tous les we, les semaines ski, les soirées pharma, les semaines au soleil, merci de les avoir rendus extraordinaires. Une bande où il vaut mieux ne pas être susceptible et savoir débattre. Vous êtes des amies en or. Merci pour tout et j'ai hâte de savoir ce que la suite nous réserve. Je vous aime fort. Et merci aux garçons, **Nico, Clem et Balou**, de nous supporter au quotidien et d'être toujours partants pour tout. Ces études n'auraient pas été les mêmes sans vous. Merci.

A Léa, Cha et Juju, merci pour ces deux années d'officine. On aura bien rigolé. Les TP « champignons » et la fameuse « sortie champignons » resteront bien sûr mémorables. Cette spécialisation n'aurait pas été la même sans vous. Merci pour tout.

A toutes les personnes que j'ai rencontrées au cours de mes études de Pharmacie, merci.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX	15
LISTE DES FIGURES	16
LISTE DES ANNEXES	17
LISTE DES ABREVIATIONS	18
INTRODUCTION GENERALE	20
Partie I : Iatrogénie et prescription inappropriée	22
I. Iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée	22
1) Définition de l’iatrogénie	22
2) Les différentes causes de l’iatrogénie.....	22
3) Quelles conséquences de l’iatrogénie chez la personne âgée.....	23
4) Le rôle des professionnels de santé face à l’iatrogénie	24
II. La prescription inappropriée chez la personne âgée.....	25
1) Définition de la prescription inappropriée.....	25
2) Les outils d’aide à la révision de la prescription chez la personne âgée	26
a. Liste de Laroche	26
b. STOPP/START	28
c. Critères de BEERS	29
d. Site pimcheck	31
e. Guide papa.....	32
f. Score anticholinergique.....	33
Partie II : La conciliation médicamenteuse	37
I. Généralités.....	37
1) Définition.....	37
2) Type de conciliation	37
a. La conciliation d’entrée.....	38
b. La conciliation de sortie	39
3) Objectifs	40
4) Bénéfices	42
II. Processus de la conciliation.....	43
1) Recueil d’informations.....	43
2) Synthèse des informations avec la rédaction et la validation du BMO	45
3) Exploitation et partage du BMO.....	45
Partie III : Etude de la mise en place de la conciliation médicamenteuse à la Polyclinique Lyon Nord	47
I. Contexte et objectifs.....	47

1) Présentation de la Polyclinique Lyon Nord.....	47
2) Objectifs	48
II. Matériel et méthodes	49
1) Matériel	49
a. Création du guide de conciliation.....	49
b. Les sources requises pour construire le BMO.....	51
c. Détermination d'un score d'éligibilité à la conciliation à l'aide du logiciel patients MEDIBOARD™.....	53
2) Méthodes	55
a. Récolte des sources et mise en place du bilan médicamenteux.....	56
b. Rédaction du BMO puis validation	56
c. Calcul du score anticholinergique	57
d. Partage du BMO à l'ensemble des professionnels de santé de l'hôpital	58
III. Résultats	59
1) Le profil des patients conciliés	59
2) Les principales sources utilisées.....	62
3) Les divergences intentionnelles et non intentionnelles	64
4) Le score anticholinergique	65
5) L'application des critères STOPP/START.....	67
IV. Discussions.....	68
1) L'impact de la conciliation médicamenteuse sur la prise en charge des patients.....	68
a. L'interception des erreurs médicamenteuses.....	68
b. Une meilleure collaboration avec les professionnels de santé.....	70
c. Relation avec les patients	72
2) Les difficultés rencontrées en pratique.....	72
a. Manque de temps.....	72
b. Collaboration difficile entre professionnels de santé	73
c. Une population gériatrique qui rend la communication difficile.....	74
3) Propositions d'améliorations futures.....	75
a. Mise en place de la conciliation de sortie.....	75
b. Amélioration de la conciliation d'entrée et ouverture aux autres professionnels de santé	76
c. Perfectionnement du lien avec les professionnels de santé de ville	77
d. Lien avec les aidants.....	78
CONCLUSION GENERALE	79
BIBLIOGRAPHIE	81
ANNEXES	88

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Liste d'éligibilité à la conciliation médicamenteuse	54
Tableau 2 : Les professionnels de santé en charge de la conciliation médicamenteuse à l'admission du patient selon la SFPC (adapté de 44).....	55
Tableau 3 : Description de la population	60

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Les 4 séquences de la conciliation médicamenteuse selon la HAS (adapté de 45).	38
Figure 2 : La conciliation médicamenteuse proactive selon la HAS (adapté de 45)	39
Figure 3 : La conciliation médicamenteuse rétroactive selon la HAS (adapté de 45)	39
Figure 4 : Proportion des patients conciliés en fonction de l'aide reçue.....	62
Figure 5 : Les principales sources consultées lors de la rédaction du BMO.....	64
Figure 6 : Répartition du type de divergences lors des conciliations médicamenteuses.....	65
Figure 7 : La répartition des patients conciliés avec un score anticholinergique différent de 0 ou non (échelles ACB et CIA confondues)	66

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Evaluation de l'adhésion thérapeutique – Questionnaire GIRERD	88
Annexe 2 : Evaluation de l'adhésion thérapeutique – Questionnaire MORISKY (MMAS 4)	89
Annexe 3 : Fiche de recueil des informations par source pour concilier – Rapport d'expérimentation du projet Med'Rec - HAS	90
Annexe 4 : Guide d'entretien du patient à l'admission en établissement de santé pour l'obtention du bilan médicamenteux optimisé - HAS	92
Annexe 5 : Fiche de conciliation médicamenteuse des traitements à l'admission – Rapport d'expérimentation du projet Med'Rec – HAS	93
Annexe 6 : Fiche de conciliation médicamenteuse de la Polyclinique Lyon Nord.....	96
Annexe 7 : Calculateur de charge anticholinergique – OMEDIT Pays de la Loire 2021	97
Annexe 8 : Compte rendu de conciliation médicamenteuse final inséré dans le dossier patient sur MEDIBOARD™	101

LISTE DES ABREVIATIONS

ACB : Anticholinergic Cognitive Burden

AEG : Altération de l'Etat Général

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources

AGS : American Geriatric Society

AIM : Accidents Iatrogènes Médicamenteux

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

APNET : l'Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique

AUT : Autres Recommandations

BHE : Barrière Hémato-Encéphalique

BMO : Bilan Médicamenteux Optimisé

CIA : Coefficient d'Imprégnation Anticholinergique

CLCC : Centre de Lutte Contre le Cancer

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNP : Conseil National Professionnel de gériatrie

CR : Compte rendu

DCI : Dénomination Commune Internationale

DFG : Débit de Filtration Glomérulaire

DI : Divergences Intentionnelles

DMP : Dossier Médical Partagé

DNI : Divergences Non Intentionnelles

DP : Dossier Pharmaceutique

EGS : Evaluation Systémique Standardisée

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

HCL : Hospices Civils de Lyon

HDJ : Hôpital De Jour

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

MPI : Médicament Potentiellement Inapproprié

OMA : Ordonnance Médicamenteuse à l'Admission

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAPA : Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Agées

PIM-Check : Potentially Inappropriate Medication – Patient in the Internal Medicine unit

PO : Prescription Omise

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

REMEDI[e]S : Revue des prescriptions médicamenteuses potentiellement inapproprié(e)s chez les Seniors

RESC : Résonance Énergétique par Stimulation Cutanée

SAU : Services d'Accueil des Urgences

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie

SFPC : Société Française de la Pharmacie Clinique

SP : Sur Prescription

START : Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment

STOPP : Screening Tool of Older Person's Prescriptions

INTRODUCTION GENERALE

La conciliation médicamenteuse est une étape importante dans la prise en charge des patients à l'hôpital. Elle permet de sécuriser cette dernière et d'assurer la continuité des soins. Le but est également d'améliorer la coordination entre tous les acteurs en charge du patient. Dans le cadre de la thèse d'exercice en pharmacie, une étude sur la mise en place de la conciliation médicamenteuse à la Polyclinique Lyon Nord a été menée. Le but est d'exposer les résultats pour ensuite discuter de l'impact de la conciliation médicamenteuse sur la prise en charge du patient dans cet hôpital. Enfin, les difficultés rencontrées et les propositions futures seront abordées. Cette étude s'articulera en plusieurs axes.

La première partie introduit les notions d'iatrogénie médicamenteuse et de prescription inappropriée chez la personne âgée. A l'aide de la littérature médicale, ces notions vont être expliquées et détaillées. Chez la personne âgée, ces dernières sont très régulièrement retrouvées, se cumulent et sont la cause d'hospitalisations. De plus, le manque d'études cliniques et la complexité de la prise en charge de la population gériatrique accentuent l'iatrogénie et les prescriptions inappropriées. Ainsi, cette première partie fait l'objet d'introduction à la notion de conciliation médicamenteuse et montre la nécessité de sa mise en place.

La deuxième partie introduit la notion de conciliation médicamenteuse. Nous allons détailler et analyser cette démarche complexe à l'aide de la littérature médicale. Cette étape vise à sécuriser la prise en charge des patients et plus particulièrement les patients âgés durant les différentes étapes de leur parcours de soin. La mise en place de cette pratique permet de réduire les risques d'erreurs médicamenteuses et d'améliorer la prise en charge notamment en optimisant les prescriptions. La finalité de cette démarche vise à améliorer la qualité des soins.

Enfin, la troisième partie se concentrera sur l'étude de la mise en place de la conciliation médicamenteuse à la Polyclinique Lyon Nord. Cette pratique a été introduite lors de l'entrée des patients à l'hôpital : le but étant d'intercepter les erreurs médicamenteuses à l'admission, de sécuriser la prise en charge du patient et de favoriser une collaboration pluriprofessionnelle au sein de l'hôpital et en dehors. Nous pourrions également montrer le bénéfice apporté sur la prise en charge, l'amélioration de la relation entre les professionnels de santé et le patient. De plus, nous évoquerons les difficultés rencontrées en pratique et les propositions futures. Ces dernières viseront à améliorer et à pérenniser le travail entrepris au sein de la Polyclinique Lyon Nord.

Cet exercice de thèse a pour but d'améliorer et de sécuriser la prise en charge de la population gériatrique à la Polyclinique Lyon Nord.

Partie I : Iatrogénie et prescription inappropriée

I. Iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée

1) Définition de l'iatrogénie

Selon l'Assurance Maladie, l'iatrogénie médicamenteuse désigne l'ensemble des effets indésirables provoqués par la prise d'un ou plusieurs médicaments. Elle regroupe des symptômes très divers : depuis la simple fatigue jusqu'à l'hémorragie digestive, voire la fracture de la hanche (1). Elle fait également référence à un terme peu précis, pouvant correspondre à différentes situations : les prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées, mais aussi l'erreur médicamenteuse, le mésusage, l'effet indésirable, l'événement indésirable médicamenteux, les hospitalisations non programmées inappropriées ou les infections nosocomiales (2).

2) Les différentes causes de l'iatrogénie

Ce risque iatrogène peut être présent chez tout type de patients mais il croît chez la personne âgée pour différentes raisons. En effet, l'organisme vieillit donc certaines fonctions importantes du corps se modifient, comme l'élimination de certains médicaments par les reins ou des toxines par le foie. Cela peut entraîner des conséquences sur l'efficacité d'un traitement, mais aussi sur la tolérance et la toxicité des médicaments (1). C'est ainsi que les personnes âgées deviennent plus sensibles à toute modification de doses, de traitements, d'ajouts de médicaments.

Il faut noter que la consommation médicamenteuse augmente avec l'âge, passant de 3,3 médicaments pour les 65-74 ans, à quatre pour les 75-84 ans, et à 4,6 pour les plus de 85 ans (3). Le nombre de médicaments est significativement associé à un risque d'accidents iatrogènes médicamenteux (AIM). Cela correspond aux résultats de nombreux auteurs, comme Nolan and O'Malley. Ils ont par ailleurs montré que l'incidence des AIM augmentait de façon exponentielle avec le nombre de médicaments absorbés, et ont conclu que les effets des médicaments ne s'additionnaient pas, mais se potentialisaient. Les médicaments sont impliqués à deux niveaux dans l'incidence des AIM, par leur classe et par leur nombre (3).

De plus, l'augmentation des médicaments prescrits due à la multitude de pathologies chroniques d'une part, et la modification de la pharmacocinétique et de la pharmacodynamie due à l'avancée en âge d'autre part, expliquent que la prévalence des effets indésirables médicamenteux en pratique quotidienne est supérieure à celle observée dans les essais cliniques. Ceux-ci étant le plus souvent menés chez des sujets monopathologiques dont l'âge est le plus souvent inférieur à 80 ans (4).

Enfin, plusieurs études mettent en lumière les principaux médicaments incriminés dans les AIM. Ils se répartissent en trois groupes : psychotropes, cardiovasculaires et diurétiques (3).

En revanche, d'autres études sont moins catégoriques sur l'existence de classes de médicaments principalement responsables d'AIM. Par exemple, dans une étude (Williamson, 1980), il est dit que les médicaments anti-hypertenseurs sont responsables de près d'un quart des effets indésirables enregistrés. Cependant il faut rapporter cette donnée à la fréquence de prescription de ces médicaments. Paradoxalement, les classes médicamenteuses concernées sont celles qui sont les plus prescrites et l'importance de cette prescription médicamenteuse chez le sujet âgé explique en grande partie le taux d'événements indésirables observés (5).

3) Quelles conséquences de l'iatrogénie chez la personne âgée

Les événements iatrogènes constituent un réel problème de santé publique dans la population âgée. Cette dernière est définie par un âge de 60 ans et plus d'après Santé Publique France. Cependant, cette définition n'est pas consensuelle car des facteurs, tels que le genre, le parcours de vie, l'environnement social et économique, le lieu de résidence, la culture, ont un impact sur l'avancée en âge et sur les expériences du vieillissement (6). En France, chaque année, l'iatrogénie médicamenteuse serait responsable d'environ 128 000 hospitalisations c'est-à-dire 10 à 20 % des motifs d'hospitalisation des personnes âgées de plus de 70 ans (3). Les résultats d'autres études transversales conduites sous l'égide de l'Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique (APNET) en 1999 et en 2003, ont montré que les effets indésirables médicamenteux sont en outre un important motif d'entrée dans les services d'urgences. Ils seraient en cause dans une visite sur 5 ou 6 aux Services d'Accueil des Urgences (SAU) en France (7).

De plus, d'autres études ont montré que la durée d'hospitalisation augmentait de façon significative lorsque les patients étaient hospitalisés pour un AIM. Le retard diagnostique lié à une symptomatologie atypique et la sévérité des symptômes liés aux AIM augmentent la durée de séjour. En effet, la présentation des AIM est le plus souvent atypique, avec des symptômes non spécifiques, difficiles à reconnaître tels que l'hypotension orthostatique, des troubles digestifs ou des troubles neuropsychiques (3).

4) Le rôle des professionnels de santé face à l'iatrogénie

Le rôle du professionnel de santé est primordial face à l'iatrogénie médicamenteuse. En effet, avant de prescrire, il se doit d'évaluer systématiquement le rapport bénéfice/risque du médicament au regard des objectifs de soins personnalisés, incluant l'espérance de vie restante, le temps nécessaire pour obtenir un bénéfice et l'observance attendue compte-tenu de la situation médicale et sociale du patient. Ensuite, lors de la prescription il doit privilégier les traitements étiologiques plutôt que symptomatiques. Enfin lors du renouvellement, il doit à nouveau réévaluer le rapport bénéfice/risque du médicament et les objectifs de soins (4).

De plus, la fréquence des AIM, leurs conséquences en termes de morbi-mortalité et le coût lié à l'augmentation de la durée moyenne de séjour incitent les professionnels de santé à améliorer leurs prescriptions. C'est pourquoi, le principal objectif est de repérer l'état de vulnérabilité des sujets âgés avant toutes prescriptions. En effet, une étude rappelle aux cliniciens les précautions à prendre lors de la prescription de médicaments favorisant l'hypotension orthostatique, les vertiges ou ayant un effet myorelaxant ou extrapyramidal, et qui doivent donc être évités chez les patients âgés. Ainsi, la notion d'évaluation systémique standardisée (EGS) de la personne âgée rentre en jeu (3). Elle évalue spécifiquement et de manière approfondie les capacités fonctionnelles et cognitives, le support social, la situation financière et les facteurs environnementaux ainsi que la santé physique et mentale (8). Ainsi, les facteurs de risques d'AIM moins connus sont mis en lumière et pris en compte au même titre que les facteurs de risques connus lors de la prise en charge globale.

Enfin, outre le fait de promouvoir une meilleure prise en charge globale de la personne âgée, les prescripteurs se doivent de lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse sur le plan économique. Cette dernière représente un coût humain et économique très élevé chez le sujet âgé (9).

II. La prescription inappropriée chez la personne âgée

1) Définition de la prescription inappropriée

La prescription chez la personne âgée requiert une grande vigilance. On définit la prescription optimale en médecine gériatrique comme une prescription ayant pour objectif de traiter, éliminer ou réduire les symptômes et d'améliorer le statut fonctionnel. Cependant, l'hétérogénéité des états de santé et des statuts fonctionnels de cette population complexifient la tâche des médecins qui doivent concilier sécurité et qualité de la prescription appropriée de toutes les pathologies présentes (10).

La prescription inappropriée se définit ainsi par l'emploi de médicaments qui engendrent plus de risques que de bénéfices pour le patient, l'usage de médicaments connus pour être responsables d'interactions significatives sur le plan clinique, mais aussi la sous-prescription de médicaments dont le patient pourrait tirer des bénéfices (10).

Dans les pays anglo-saxons, trois modalités sont définies comme indicateurs de qualité pour évaluer et optimiser la prescription chez la personne âgée (11). On parle :

- « D'underuse » (sous-utilisation) : sous-prescription, sous-dosage et sous-diagnostic. Principalement défini comme une absence d'instauration d'un traitement efficace chez les sujets ayant une pathologie pour laquelle une ou plusieurs classes médicamenteuses ont démontré leur efficacité.
- De « misuse » (mauvaise utilisation) : instauration de médicaments qui ont une balance bénéfice/risque en défaveur du malade et/ou une efficacité discutable chez celui-ci alors qu'il existe d'autres options plus sûres. Cela correspond aux médicaments potentiellement inappropriés répertoriés sur des listes précises.
- « D'overuse » (sur-utilisation) : prescription de médicaments inutiles pas ou plus nécessaires aux soins du patient.

Ces trois modalités arrivent en France lorsque la Haute Autorité de Santé (HAS) publie des recommandations sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé en juillet 2008 (12). Les médecins sont ainsi amenés à réaliser une lecture globale de leurs ordonnances en utilisant ces trois modalités. Le but étant d'optimiser les traitements chez le sujet âgé afin de favoriser l'observance, de diminuer le risque iatrogénique, et d'éviter toute prescription inutile (13).

2) Les outils d'aide à la révision de la prescription chez la personne âgée

a. Liste de Laroche

La liste de Laroche parue en 2009 fait suite à l'objectif fixé par la loi n°2004-806 de Santé publique du 9 août 2004 (14) visant à réduire les effets indésirables médicamenteux chez les personnes âgées. Le but est ainsi de créer un indicateur de qualité et un guide de prescription médicamenteuse en gériatrie.

L'élaboration de cette liste s'appuie sur la méthode de consensus Delphi à deux tours. Dans l'article de Laroche, les auteurs expliquent que quinze experts français répartis sur le territoire français, dans les spécialités concernées par les médicaments en gériatrie ont été sollicités pour réaliser cette liste. Ils ont d'abord donné leur avis sur les critères pris en compte dans les listes présentes dans la littérature actuelle. Après des propositions et des arguments avancés, ils ont fini par établir des critères stricts et clairs en trois catégories : « (a) rapport bénéfice/risque défavorable, (b) efficacité discutable, (c) rapport bénéfice/risque défavorable et efficacité discutable ». Composée de trente-quatre critères dont vingt-neuf médicaments ou classes médicamenteuses potentiellement inappropriés et de cinq situations cliniques particulières (démence, incontinence urinaire, glaucome par fermeture de l'angle, constipation chronique et hypertrophie de la prostate), la liste concerne les personnes de soixante-quinze ans et plus de la population française et propose des alternatives thérapeutiques (15).

En 2021, une mise à jour de cette liste a été menée par un groupe d'experts, dont Laroche, en s'appuyant également sur la méthode Delphi. Appelée REMEDI[e]S (REvue des prescriptions MEDicamenteuses potentiellement inapproprié(e)s chez les Seniors), elle se compose de sept étapes, lors de l'analyse de prescription, correspondant à des critères implicites :

- Étapes 1 et 2 (surutilisation) : supprimer les médicaments sans indication et les médicaments dupliqués (ceux de 2 classes différentes mais dont l'utilisation a la même fonction) ;
- Étape 3 (sous-utilisation) : identifier les conditions cliniques qui nécessiteraient un traitement ;
- Étapes 4 et 5 (mésusage) : identifier les médicaments potentiellement inappropriés (rapport bénéfice/risque défavorable, efficacité discutable, posologie inadaptée) ;
- Étapes 6 et 7 (mésusage) : vérifier les interactions potentiellement inappropriées des médicaments avec certaines conditions cliniques et les interactions entre médicaments (16).

A chacune de ces étapes se combinent cent-quatre critères explicites, répartis en six tableaux :

- Les omissions de médicaments et/ou associations de médicaments ;
- Les médicaments dont la dose et/ou la durée est inappropriée ;
- Les médicaments présentant un rapport bénéfice/risque défavorable et/ou discutable ;
- Les interactions médicamenteuses ;
- Les médicaments exacerbant certaines pathologies ;
- Les duplications inappropriées de médicaments.

En plus d'apporter une aide à la détection et à la correction des prescriptions potentiellement inappropriées, cette mise à jour permet d'avoir un outil pédagogique grâce à l'approche implicite qui amène à un raisonnement adapté à chacune des situations. Cet outil joue également le rôle d'indicateur épidémiologique du mésusage médicamenteux en gériatrie (17).

L'outil REMEDI[e]S peut aider à optimiser les prescriptions médicamenteuses chez les personnes âgées : conception, contenu et utilisation.

b. STOPP/START

Les critères STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) proposent les critères de prescription potentiellement inappropriée et START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) les critères d'omissions potentielles. Ils permettent l'évaluation des prescriptions médicamenteuses chez les personnes de plus de soixante-cinq ans. Adapté en France en 2009 par Lang et al., cet outil comportait quatre-vingt-sept critères explicites (soixante-cinq STOPP et vingt-deux START) classés selon les principaux systèmes physiologiques. Une mise à jour a été effectuée en 2015 en raison de nouvelles classes thérapeutiques arrivées sur le marché et parce que certains critères devenaient obsolètes. C'est ainsi qu'une nouvelle version a été publiée et adaptée en français. Celle-ci a fait appel à de nombreux experts internationaux et a été validée par la méthode Delphi.

Ce nouvel outil est composé de cent quinze critères. Quarante-cinq sont nouveaux, issus de suggestions d'experts et de récents résultats d'essais cliniques, et quinze critères de la version une ont été abandonnés. Les principaux nouveaux critères STOPP sont :

- Les médicaments sans indication clinique ;
- Trois nouvelles classes : l'hémostase, l'altération de la filtration glomérulaire, et les médicaments à effets anticholinergiques ;
- Quatre médicaments sur lesquels il faut se questionner (benzodiazépine, antihistaminique de première génération, fer oral à dose élevée, et ticlopidine) ;
- Six médicaments sur lesquels il faut se questionner s'ils sont utilisés en première intention dans des situations peu sévères (amiodarone, diurétiques de l'anse, antihypertenseur à action centrale, opiacé, antidépresseur tricyclique, fluoxétine) ;
- D'autres médicaments potentiellement inappropriés (digoxine pour une insuffisance cardiaque à fonction systolique conservée, diurétiques de l'anse pour des œdèmes liés à de l'insuffisance veineuse ou lymphatique, diurétique thiazidique en cas de troubles ioniques, inhibiteur de l'acétylcholine estérase en cas de bradycardie importante ou de trouble de conduction cardiaque).

Au final, la liste STOPP comprend désormais quatre-vingt-quatre critères ciblant quarante-deux substances/classes médicamenteuses.

Les principaux nouveaux critères START sont l'apparition de deux systèmes (urogénital, ophtalmologique), une indication générique de vaccination (antigrippale, antipneumococcique) et des indications médicamenteuses spécifiques en cas de pics douloureux, de goutte, de glaucome, d'hypertrophie prostatique obstructive, d'atrophie vaginale, de syndrome des jambes sans repos et de démence modérée à sévère.

Ainsi, l'utilisation des critères STOPP/START se veut facile et fiable. Cet outil permet entre autres de mettre en évidence les médicaments des systèmes cardiovasculaires et nerveux, très souvent inappropriés chez les personnes âgées. C'est pourquoi, tous les professionnels de santé sont encouragés à utiliser cet outil dans le but d'améliorer la prise en charge du patient âgé, fragile, multimorbide et/ou polymédiqué (18) (19) (20) (21).

c. Critères de BEERS

Les premières notions de médicaments potentiellement inappropriés datent des années 90. En 1991, un Américain, Monsieur Beers met en place une liste de trente médicaments qui ne devraient pas être prescrits chez la personne âgée résidant en maison de retraite. Une mise à jour est réalisée quelques années après. Il généralise la liste à toutes les personnes de plus de soixante-cinq ans et plus, vivant à domicile. De plus, la liste est composée de quarante-trois critères divisés en deux parties (quinze pathologies rendant l'utilisation de médicaments inappropriée et vingt-huit médicaments devant être évités chez la personne âgée). En 2003, une deuxième mise à jour est réalisée par Fick et al. La liste comporte ainsi quarante-huit médicaments ou classes thérapeutiques à éviter chez la personne âgée et vingt pathologies pour lesquelles des médicaments doivent être évités. Ils ajoutent vingt-six médicaments dont l'amiodarone, la doxazosine ou la nitrofurantoïne et en retirent quinze. En 2015, l'American Geriatric Society (AGS) décide de mettre une nouvelle fois à jour les critères de Beers. Les principales nouveautés sont l'ajout de deux composantes majeures à prendre en compte :

- Les médicaments pour lesquels un ajustement posologique est nécessaire en fonction de la fonction rénale,
- Les interactions médicamenteuses (21).

En 2019, l'AGS décide de réaliser une énième mise à jour. Un groupe d'experts multidisciplinaires analyse les critères ajoutés lors de la mise à jour de 2015 afin de déterminer si ceux-ci nécessitent une modification dans leur recommandation, leur niveau de preuve ou leur justification. Ils déterminent également la nécessité d'ajouter de nouveaux critères ou non.

Au total, la version de 2019 apporte plus de soixante-dix modifications dont :

- De nouveaux MPI (Médicament Potentiellement Inapproprié) sont ajoutés :
 - Glimépiride pouvant conduire à des hypoglycémies sévères et prolongées
 - Mépyramine (non commercialisé en France) qualifié d'anticholinergique puissant
 - Inhibiteur de la recapture de la sérotonine augmentant les risques de chutes et fractures
- Des nouvelles précautions d'emploi sont répertoriées :
 - Rivaroxaban a un risque supérieur de saignement digestif par rapport aux autres anti-coagulants
 - Tramadol augmente le risque d'hyponatrémie
 - Bactrim® (Sulfaméthoxazole/triméthoprim) augmente le risque d'hyperkaliémie en combinaison avec des IEC et des sartans
- Des contre-indications sont ajoutées : Opiïdes et Benzodiazépines ; Opiïdes et Gabapentine ; Phénytoïne et Bactrim® ; Warfarine et Ciprofloxacine ; Macrolides (sauf Azithromycine) et Bactrim®.

Les autres modifications sont l'apport de clarification dans les libellés et la modification des rationnels.

Cependant, les critères de Beers contiennent des médicaments non commercialisés en France complexifiant ainsi l'usage dans la pratique française. De plus, il existe des divergences entre Beers et Laroche. En effet, dans la liste de Beers, certaines classes thérapeutiques sont considérées comme inappropriées alors qu'elles ne le sont pas chez Laroche. D'autres études qualifient les critères de Beers comme inadaptés dans le contexte des soins palliatifs (22) (23) (24).

d. Site pimcheck

Le site PIM-Check (Potentially Inappropriate Medication – Patient in the Internal Medicine unit) a été conçu par la pharmacie des Hôpitaux Universitaires de Genève. Il s'agit aussi bien d'un outil de détection des prescriptions médicamenteuses inappropriées destiné à l'adulte hospitalisé en médecine interne générale que d'un outil d'aide à la réduction des erreurs médicamenteuses.

En 2016, quatre pharmaciens mettent en place un site gratuit rassemblant des items validés selon une méthode Delphi par un groupe d'experts venant de France, Suisse, Belgique et Québec (quarante médecins internistes et pharmaciens cliniciens actifs dans des unités de médecine interne générale). Ce site est principalement destiné aux médecins et aux pharmaciens qui pratiquent au sein des unités de médecine interne générale des centres hospitaliers. Avec l'aide de listes d'analyse déjà existantes en gériatrie, comme la liste des critères de Beers et l'outil STOPP/START, ils ont établi une liste de contrôle vérifiant si les prescriptions médicamenteuses sont appropriées dans les pathologies associées à la médecine interne. Ils ont également renseigné les principaux médicaments de ces quatre pays francophones ainsi que cent-soixante recommandations dans la base de données. Le fonctionnement de cet outil est simple : il suffit de renseigner, pour un même patient, ses pathologies, ses traitements, ainsi en lançant une recherche, une série d'items apparaît sous quatre qualificatifs :

- SP = Sur-Prescription,
- PO = Prescription Omise,
- IAM = InterAction Médicamenteuse,
- AUT = AUTres recommandations.

Pour chaque item, des recommandations sont faites pour amorcer un traitement. De plus, on a accès aux commentaires et aux liens des références sur lesquelles sont basées ces recommandations.

Les fondateurs de cet outil, utilisé encore uniquement dans les services de médecine interne générale des centres hospitaliers, ont pour objectif d'élargir son utilisation aux médecins pratiquant en clinique et aux pharmaciens communautaires (25) (26) (27).

e. Guide papa

Le guide PAPA (Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Agées) voit le jour en 2015. Ce guide payant, conçu par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) et par le Conseil National Professionnel de gériatrie (CNP), regroupe quarante-deux fiches de « bonne prescription médicamenteuse » adaptées aux personnes âgées de soixante-quinze ans et plus quel que soit leur lieu de vie.

Ce guide est destiné au corps médical, et plus particulièrement aux gériatres et aux médecins coordonnateurs d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) mais aussi aux pharmaciens.

La réalisation de ce guide fait suite à de multiples constats relayés par la SFGG et par le CNP. En effet, au-delà de soixante-quatre ans, sept affections sont en moyenne déclarées dont certaines sont chroniques. De plus, d'après les données de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), 85% des personnes de soixante-quinze ans et plus présentent au moins une pathologie (dont une pathologie cardiovasculaire pour 29% d'entre elles). A cela s'ajoutent les prescriptions d'une moyenne de sept molécules différentes au moins trois fois par an. Pour contrer l'augmentation de l'iatrogénie et le défaut d'observance qui représentent un des quatre facteurs d'hospitalisation dite évitable, ce guide regroupe des bonnes pratiques relatives à quarante-deux maladies ou situations fréquemment rencontrées. Quarante-six auteurs médecins français ont contribué à l'écriture de ce guide. Divisé en onze thématiques, chaque pathologie est répertoriée selon un plan homogène en quatre parties facilitant ainsi l'utilisation de ce guide :

- But du traitement,
- Moyens thérapeutiques : liste des moyens (classes/familles),
- Indications : ce qui doit être ordonné, évité ou proscrit, discuté au cas par cas,
- Précautions d'emploi et critères de surveillance (28) (29) (30).

f. Score anticholinergique

« L'acétylcholine est un messager chimique (neurotransmetteur) délivré par une cellule nerveuse afin de transmettre un signal à une cellule nerveuse proche ou à une cellule située dans un muscle ou dans une glande. L'acétylcholine permet aux cellules de communiquer ». (31) Ce neurotransmetteur joue un rôle important dans le système nerveux central et périphérique. En effet, au niveau du système nerveux central, l'acétylcholine agit sur le contrôle de l'humeur, la mémorisation et l'apprentissage et au niveau du système nerveux périphérique, elle agit dans l'activité musculaire et les fonctions végétatives (32).

Pour résumer, voici les principaux effets de l'acétylcholine sur l'organisme :

- Système nerveux : mémorisation et apprentissage
- Cœur : diminution de la fréquence cardiaque
- Vaisseaux : vasodilatation, baisse de la pression artérielle
- Poumon : contraction des bronches, sécrétion
- Intestins, Estomac : contractions, sécrétions
- Glandes salivaires : sécrétion
- Œil : contraction de la pupille, larmes
- Glande médullosurrénale : inhibition de la sécrétion d'adrénaline
- Muscle squelettique : contraction

Ces actions s'effectuent grâce à la présence d'une multitude de récepteurs spécifiques présents dans tout l'organisme. En effet, l'acétylcholine se fixe sur des récepteurs présents à la surface du neurone postsynaptique. Ils sont essentiellement de deux types : les récepteurs muscariniques et nicotiniques. Ils sont représentés dans tout le corps et sont impliqués dans des fonctions au niveau du système nerveux central et périphérique.

En thérapeutique, l'effet anticholinergique est largement utilisé. Les médicaments anticholinergiques vont ainsi bloquer l'action de l'acétylcholine en bloquant sa fixation sur les récepteurs ou en la détruisant. Ces médicaments sont très utiles dans la prise en charge des tremblements dans la maladie de Parkinson, des nausées ou encore dans le contrôle d'une vessie hyperactive (33).

Malgré l'efficacité de cette classe de médicaments, de nombreux effets indésirables, plus ou moins importants, sont connus pouvant rendre difficile le diagnostic d'une toxicité liée à un de ces médicaments. Ces effets indésirables se classent en deux catégories : périphériques et centraux (34). Les effets indésirables périphériques se caractérisent par une diminution des sécrétions conduisant à une sécheresse oculaire, buccale et à des troubles de la régulation thermiques ; des troubles visuels, une tachycardie, une hypertension artérielle, une rétention urinaire et une constipation. Quant aux effets indésirables centraux, ils seront principalement caractérisés par des troubles cognitifs du type : hallucinations, agitation, confusion mentale, troubles de la mémoire et désorientation spatio-temporelle (35).

Il faut également ajouter que malgré un faible potentiel anticholinergique d'une molécule donnée, celle-ci peut induire d'importants effets indésirables si elle est prescrite en association avec d'autres molécules aux propriétés anticholinergiques. En effet, les effets indésirables ne résultent pas essentiellement d'un seul médicament mais de l'effet cumulatif de plusieurs médicaments ayant des degrés variables de pouvoir anticholinergique (36).

Plus de six-cents médicaments à effet anticholinergique sont présents dans la pharmacopée et environ 11% sont utilisés chez la population âgée alors qu'ils présentent un risque particulièrement élevé d'effet indésirable (37). C'est ainsi que des échelles d'évaluation de la charge anticholinergique ont été décrites comme outil d'aide à la prescription (38). Il en existe actuellement treize, validées et utilisées en gériatrie, qui s'appuient sur une méthodologie mixte intégrant des données pharmacologiques et des données d'experts (39).

L'échelle Anticholinergic Cognitive Burden (ACB) est l'une des plus utilisées. Présentée par Boustani et al. en 2008, celle-ci identifie les effets néfastes des anticholinergiques sur la cognition. En effet, elle a été créée à partir des affinités de médicaments pour les récepteurs muscariniques, de l'activité anticholinergique et de données de littérature.

Ainsi, ils ont confié la liste de médicaments à une équipe d'experts afin de donner un score entre 1 et 3 à chacun des médicaments :

- Score 1 = pour les médicaments ayant un possible effet anticholinergique (ils ne présentent pas cliniquement d'effets anticholinergiques connus mais ont une activité anticholinergique ou une affinité pour les récepteurs muscariniques) ;
- Score de 2 ou 3 = médicaments dont l'effet modéré ou sévère sur la cognition a été clairement établi cliniquement.

L'attribution d'un score de 2 ou 3 à un médicament se différencie par la propriété à traverser ou non la Barrière Hémato-Encéphalique (BHE) et donc à entraîner une confusion.

Ainsi, l'objectif global de cette échelle est de donner un score cumulatif de l'impact cognitif des médicaments soit prescrits, soit en vente libre, chez une personne âgée (39) (36) (40). L'impact cognitif est considéré significatif si le score est supérieur ou égal à 4.

L'échelle de Briet et al., quant à elle, s'intéresse à évaluer le Coefficient d'Imprégnation Anticholinergique (CIA). Dans son étude, elle met en place le score CIA préalablement validé, sur une population de 7278 patients hospitalisés dans 34 établissements français accueillant des patients de psychiatrie. Elle regroupe cent-trente molécules anticholinergiques et leur attribue un score allant de 1 à 3 selon leur potentiel anticholinergique (1 : faible potentiel anticholinergique ; 2 : potentiel anticholinergique limité ou modéré ; 3 : fort potentiel anticholinergique).

Un score CIA élevé est principalement retrouvé chez un patient présentant des effets indésirables périphériques anticholinergiques (41). L'imprégnation anticholinergique est considérée élevée si le score est supérieur à 5.

Comme expliqué précédemment, les médicaments anticholinergiques présentent de nombreux effets indésirables aussi bien centraux que périphériques et sont exacerbés chez le sujet âgé. En effet, l'organisme vieillit et la pharmacocinétique est altérée. Par exemple, le passage de la BHE des médicaments est augmenté et le métabolisme des fonctions rénales et hépatiques est diminué accentuant l'accumulation des médicaments. Ainsi, le risque de toxicité croît (34). C'est pourquoi, ils rentrent dans la liste des médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée. De plus, un cumul d'effets indésirables périphériques et centraux augmente le risque d'apparition de syndromes gériatriques, les principaux étant la dénutrition et la chute (34).

Afin de répondre aux attentes de Santé Publique, le concept de conciliation médicamenteuse a commencé à émerger en France autour des années 2010. Ce concept permettrait de réduire l'iatrogénie médicamenteuse et les prescriptions inappropriées en forte hausse chez le sujet âgé.

Partie II : La conciliation médicamenteuse

I. Généralités

1) Définition

La conciliation médicamenteuse est, d'après la définition donnée par la HAS, « un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle. Elle permet de prévenir ou de corriger 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 (admissions, sorties, transferts) » (42).

La conciliation médicamenteuse vise à sécuriser la prise en charge du patient tout au long de son parcours de soins et à rendre plus efficient le parcours de soins améliorant la pertinence des prescriptions. De plus, le but majeur de la conciliation médicamenteuse est de favoriser le décroisement entre la ville et l'hôpital afin d'améliorer la coordination entre tous les acteurs de la prise en charge (43).

2) Type de conciliation

La conciliation médicamenteuse s'articule en plusieurs étapes de l'admission du patient à la sortie de celui-ci.

La conciliation médicamenteuse d'entrée se définit par quatre grandes étapes :

- Le recueil d'informations à l'aide de différentes sources,
- La synthèse d'informations avec la rédaction du Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO),
- La validation de ce dernier,
- Son partage et son exploitation afin d'actualiser la prescription et le dossier patient.

Ces quatre grandes étapes peuvent se décliner en sous-étapes selon le contexte et l'organisation de l'établissement réalisant la conciliation (44) (45). Ci-dessous sont résumées les grandes étapes de la conciliation médicamenteuse d'entrée (Figure 1).

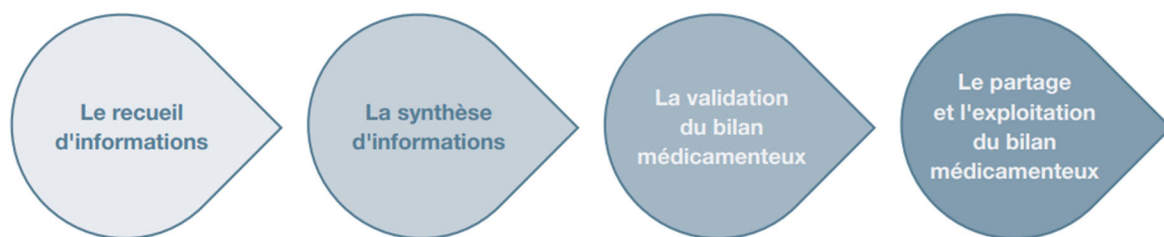


Figure 1 : Les quatre séquences de la conciliation médicamenteuse selon la HAS (adapté de 45)

La conciliation de sortie s'effectue juste avant la sortie ou le transfert du patient. Le but est de transmettre une information exacte et validée relative au traitement global du patient vers tous les professionnels de santé susceptibles de le rencontrer. Elle s'ajoute aux informations communiquées par la fiche de liaison ou par le courrier de sortie. On différencie ainsi la conciliation à l'entrée du patient et celle à la sortie de celui-ci.

Les deux sont primordiales afin d'assurer une continuité de soins (44).

a. La conciliation d'entrée

La conciliation d'entrée s'effectue lors de l'admission du patient. C'est la première étape. Elle consiste à dresser la liste des médicaments pris par le patient avant son hospitalisation. Elle doit être réalisée le plus rapidement possible afin de réduire au maximum les erreurs médicamenteuses évitables. Il en existe deux types : proactive et rétroactive (45).

Elle est dite proactive lorsque la conciliation médicamenteuse est réalisée à l'admission immédiate avant la rédaction de la première ordonnance hospitalière.

La conciliation dite rétroactive est quant à elle, réalisée après la rédaction de la première ordonnance hospitalière.

La conciliation proactive est à privilégier dans la mesure du possible car elle permet de prévenir les erreurs médicamenteuses alors que la conciliation dite rétroactive permet de les intercepter. Si elle n'est pas réalisable, la conciliation rétroactive est à réaliser le plus tôt possible (46).

Les figures ci-dessous synthétisent les principales différences entre la conciliation dite proactive (Figure 2) et dite rétroactive (Figure 3).

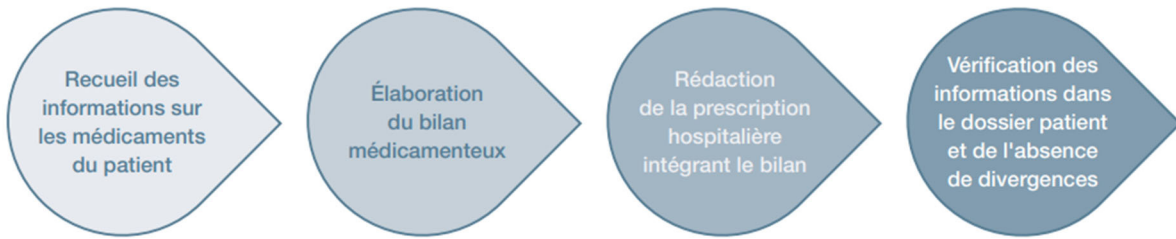


Figure 2 : La conciliation médicamenteuse proactive selon la HAS (adapté de 45)

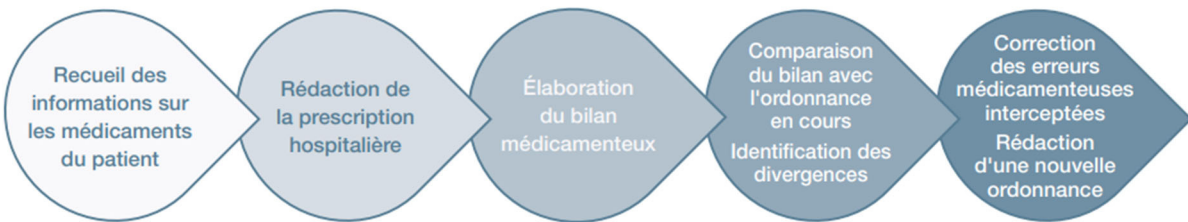


Figure 3 : La conciliation médicamenteuse rétroactive selon la HAS (adapté de 45)

b. La conciliation de sortie

La conciliation de sortie est « un processus interactif qui garantit la continuité du traitement médicamenteux lors du retour à domicile du patient hospitalisé pour une transmission en temps utile d'une information validée » (47). Elle s'organise en plusieurs étapes comme la conciliation d'entrée.

La première étape est « la recherche d'informations sur les médicaments du patient ». Celles-ci sont issues du BMO, précédemment rédigées à l'admission, des différents traitements en cours, du courrier de sortie ainsi que de l'ordonnance de sortie. Elles seront collectées à la fin du séjour.

La deuxième étape est « la formalisation d'un bilan médicamenteux associé à des informations thérapeutiques ». L'objectif de cette étape est de définir la stratégie thérapeutique médicamenteuse du patient. On va alors rédiger la liste exhaustive des médicaments à poursuivre à la sortie du patient. De plus, dans le bilan médicamenteux, on renseigne toutes les modifications apportées au traitement pendant l'hospitalisation du type arrêt, ajout, modification de posologie. Enfin, on veut que ce bilan soit le plus clair et complet possible. Tous les commentaires exhaustifs sont donc appréciables.

Enfin, la dernière étape est « la rédaction de la prescription de sortie avec transmission sécurisée de l'information ». Une dernière validation externe des informations saisies est nécessaire avant l'envoi au médecin traitant et au pharmacien d'officine. On s'assure de corriger les éventuelles divergences qui pourraient persister entre le traitement à poursuivre, la dernière ordonnance d'hospitalisation et l'ordonnance de sortie. Le guide de conciliation de sortie est ensuite remis au patient lors d'un entretien, si ses capacités cognitives le permettent, sinon il s'agit d'un document à destination d'un aidant (44).

La conciliation de sortie n'est malheureusement pas souvent réalisée. En effet, aucun protocole n'est clairement défini et la mise en place de la conciliation de sortie est dépendante de l'établissements de santé (48).

3) Objectifs

La conciliation médicamenteuse a pour but d'intercepter les erreurs médicamenteuses dues aux défauts d'informations entre la ville et l'hôpital (49).

Selon, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), une erreur médicamenteuse est « l'omission ou la réalisation d'un acte non intentionnel survenu au cours du processus de soins impliquant un médicament qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient. ». La Société Française de la Pharmacie Clinique (SFPC) ajoute qu'une 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 médicamenteuse du patient. » (50).

La volonté de réduire au maximum les erreurs médicamenteuses remonte à 2006. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) lance le projet High 5's qui axe celui-ci sur cinq problèmes de sécurité des soins pour le patient et définit comme axe prioritaire « la sécurité de la prescription aux points de transition du parcours de soins ». La France rejoint ce projet en 2009 et propose l'expérimentation Med 'Rec (Medication Reconciliation). Celui-ci est alors mis en place dans neuf établissements français volontaires pendant cinq ans. En 2015, l'HAS rend ses rapports et déclare ainsi que 21 320 erreurs médicamenteuses ont été interceptées et corrigées chez 22 863 patients (ayant fait l'objet de la conciliation) de plus de 65 ans hospitalisés après passage aux urgences dans huit établissements.

De plus 46 188 situations à risque ont été gérées grâce à la conciliation des traitements médicamenteux chez 27 447 patients conciliés à leur admission dans neuf établissements. Enfin, l'étude révèle que les principales erreurs évitées sont l'erreur par omission suivie de l'erreur de dose (51).

Ces erreurs médicamenteuses peuvent alors être répertoriées en plusieurs catégories :

- L'erreur de patient,
- L'erreur par omission,
- L'erreur de médicament,
- L'erreur de dose avec surdosage ou sous dosage,
- L'erreur de modalités d'administration,
- L'erreur de moment d'administration,
- L'erreur de durée d'administration (49).

Le rapport de l'HAS déclare ainsi la conciliation médicamenteuse comme un moyen de prévention efficace et d'interception des erreurs médicamenteuses.

La SFPC déclare qu'une erreur médicamenteuse peut être plus ou moins grave en définissant cinq niveaux de gravités différents :

- Mineures : il n'y aura pas de conséquence ;
- Significatives : une surveillance accrue du patient sera nécessaire ;
- Majeures : des conséquences cliniques temporaires seront observées ;
- Critiques : des conséquences cliniques permanentes apparaîtront ;
- Catastrophiques : le pronostic vital du patient est mis en jeu (51).

La conciliation médicamenteuse permet également le suivi pérenne des personnes âgées et le renforcement du lien ville-hôpital.

Le sujet âgé est acteur de sa santé et représente la première source d'informations. La mise en place de la conciliation médicamenteuse permet d'améliorer et d'augmenter le temps de dialogue avec le patient et ainsi de recueillir toutes les informations à la source. La démocratisation du Dossier Médical Partagé a plusieurs avantages. Alimenté par le patient lui-même, celui se sent plus impliqué dans son parcours de soins. De plus, l'accès au DMP à tous les professionnels de santé permet de faciliter la prise en charge du patient et de réduire les potentielles erreurs médicamenteuses.

Lorsqu'une conciliation médicamenteuse est réalisée, on fait appel à des professionnels de santé impliqués dans le parcours de soins du patient à l'extérieur de l'hôpital (médecin traitant, pharmacien d'officine, infirmiers, médecins en EHPAD). On les sollicite lors de l'établissement du BMO mais aussi au moment de la sortie ou du transfert du patient. En effet, on s'assure d'envoyer, avec le compte rendu de sortie, la conciliation de sortie comportant tous les potentiels changements de traitements. La population âgée étant très hétérogène, la communication avec certains sujets âgés est parfois difficile voire impossible. C'est pourquoi, la communication entre la ville et l'hôpital est primordiale dans la prise en charge et dans le suivi du patient (52).

4) Bénéfices

La conciliation médicamenteuse permet de sécuriser la prise en charge globale du patient. On replace, en effet, le patient au centre de sa prise en charge. On veut qu'il devienne acteur de sa santé.

La conciliation médicamenteuse n'est pas juste un réajustement du traitement mais elle englobe également les notions d'observance, d'adhésion au traitement, d'automédication et de tolérance du traitement.

L'observance se définit « comme la capacité à prendre correctement son traitement, c'est-à-dire tel qu'il est prescrit par le médecin. L'observance concerne la prise médicamenteuse (posologie, horaire, nombre de prises) mais aussi l'application des règles hygiéno-diététiques, le suivi médical et les visites de contrôle. » (53). Elle est difficile à évaluer chez un patient et peut être influencée par un certain nombre de facteurs qui sont :

- Le patient (son âge, ses connaissances et croyances, son niveau socio-professionnel, son statut émotionnel),
- Le médecin (relation de confiance, communication, force de conviction et motivation),
- Le système de soin (coordinations entre les soignants, isolement relatif du médecin, dossiers médicaux électroniques),
- La maladie (gravité, pronostic, symptômes plus ou moins intenses, durée, nature),
- Le traitement (tolérance, efficacité, galénique, nombre de prises, coût, comédication, durée) (54).

Le rôle des professionnels de santé entourant le patient est de le faire adhérer à son traitement. Cela passe par l'amélioration des connaissances du patient et de ses proches/aidants sur les traitements, par l'explication claire de chaque traitement et son but et par la création d'une relation « médecin-malade » optimale où l'écoute est réciproque (55).

La conciliation médicamenteuse permet également de gérer les problèmes de non-tolérance pouvant aboutir à l'arrêt d'un traitement et de prendre en compte l'automédication, c'est-à-dire la prise de médicaments non présents sur l'ordonnance. Ceux-ci peuvent créer des interactions médicamenteuses et engendrer ainsi des effets indésirables (56).

Cette démarche de conciliation médicamenteuse présente également un intérêt de santé publique car elle diminue le nombre de réhospitalisations. Selon l'HAS, les problèmes liés aux traitements thérapeutiques aboutissent à une réhospitalisation des personnes âgées dans 21% des cas (55).

II. Processus de la conciliation

1) Recueil d'informations

Comme précédemment expliqué, la conciliation médicamenteuse a lieu en quatre grandes étapes. La première consiste à recueillir toutes les informations nécessaires à la bonne prise en charge du patient.

Cela s'effectue à l'admission du patient. Il peut être réalisé par n'importe quel professionnel de santé (infirmier, préparateur en pharmacie, chirurgien-dentiste, médecin, pharmacien, interne, externe, sage-femme). Cette étape ne représente ni une prescription, ni une délivrance de médicaments, mais uniquement une recherche de sources.

Ces sources sont alors nombreuses et diverses :

- Entretien avec le patient et/ou les proches/aidants,
- Entretien ou appel avec le pharmacien d'officine, le pharmacien hospitalier et le médecin traitant,
- Médicaments et ordonnances apportés par le patient,
- Accès au dossier patient d'une précédente hospitalisation,
- Lecture de la carte vitale et accès au Dossier Pharmaceutique (DP),
- Lettres de liaison du médecin traitant ou d'un spécialiste s'occupant du patient,
- Fiche de liaison de l'établissement d'hospitalisation pour personnes âgées dépendantes ou du service de soins à domicile (57).

Il est nécessaire d'avoir recours à au moins trois sources différentes afin d'avoir le maximum d'informations les plus fiables et complètes possibles.

L'entretien avec le patient reste la première source à utiliser. En effet, il ne s'agit pas de renseigner uniquement les médicaments prescrits mais il est également primordial de prendre en compte une éventuelle automédication du patient, non présente sur les ordonnances. Si la communication avec le patient est compliquée, il faut absolument contacter les aidants ou les proches. Toute prise de médicaments en automédication d'aromathérapie, de phytothérapie ou d'homéopathie est à notifier.

De plus, l'entretien avec le patient permet de jauger son adhésion médicamenteuse. Il existe différents questionnaires d'évaluation de l'observance. Le questionnaire GIRERD est le plus répandu (Annexe 1). Il s'agit d'un auto-questionnaire contenant six questions simples à poser au patient. En fonction des réponses, il permet de déterminer le niveau d'observance. Il existe également le questionnaire Morisky qui est aussi un auto-questionnaire composé de huit questions (Morisky Medication-taking Adherence Scale-MMAS 8) ou de quatre questions (MMAS 4) en fonction de la version (Annexe 2).

Une fiche de recueil des sources a été mise en ligne par l'HAS gratuitement (Annexe 3) ainsi qu'une trame d'entretien (Annexe 4). Ces outils permettent de faciliter le travail des professionnels de santé et d'assurer une bonne prise en charge.

2) Synthèse des informations avec la rédaction et la validation du BMO

La synthèse des informations est généralement réservée à l'équipe pharmaceutique (pharmacien hospitalier, interne ou externe). Cette étape demande une connaissance des spécialités et un esprit de synthèse (44).

Le but est de réunir tous les médicaments pris ou à prendre par le patient et d'en rédiger une liste la plus exhaustive possible. Il ne s'agit ni d'une ordonnance, ni d'une délivrance.

Un médicament peut figurer sous un nom différent dans différentes sources. C'est pour cela qu'il faut être vigilant. De plus, la forme galénique peut différer d'une source à l'autre et cette différence peut engendrer des modifications dans la pharmacocinétique (57).

Ainsi, pour chaque médicament, il faut renseigner la Dénomination Commune Internationale (DCI), le dosage, la forme galénique, la voie d'administration, la posologie, la durée de traitement et la date de début (prescription d'antibiotiques par exemple) (58). Les médicaments en automédication et les médicaments d'aromathérapie, d'homéopathie et de phytothérapie doivent également être notifiés dans le BMO.

Le BMO est ensuite validé par un pharmacien ou un médecin. Il signera le document après relecture et vérification. Une fois signé, il fait figure de document officiel annexé dans le dossier du patient et utilisable dans la suite du parcours de soins du patient.

3) Exploitation et partage du BMO

Le BMO est consultable par tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient. Une collaboration entre le pharmacien et le médecin du service est alors nécessaire.

Dans le cas d'une prescription proactive, le BMO sera un outil de prévention d'erreurs médicamenteuses et d'aide à la rédaction de l'Ordonnance Médicamenteuse à l'Admission (OMA) par le médecin. Celui-ci doit notifier la prise en compte du BMO et tous les changements opérés (57).

Dans le cas d'une prescription rétroactive, le BMO fait l'objet d'un outil de comparaison et d'interception d'erreurs médicamenteuses. La comparaison entre le BMO et l'OMA a pour but de faire ressortir les erreurs non documentées.

Il y a trois possibilités :

- Pas de divergence,
- Divergences Intentionnelles (DI),
- Divergences Non Intentionnelles (DNI).

Les DI sont des modifications volontaires de traitement (ajout, interruption ou modification d'un médicament) dont les raisons n'ont pas été renseignées.

Les DNI, quant à elles, sont des modifications de traitement involontaires. Il peut s'agir d'un oubli d'un médicament, d'une erreur de dosage ou autre (58).

Cette étape finale repose sur une collaboration entre le pharmacien et le médecin. Le but est d'explicitier toutes les divergences non documentées. Elles sont notées dans le dossier patient si elles s'avèrent être intentionnelles ou corrigées si elles sont non intentionnelles. Une nouvelle prescription est alors rédigée (44). Ainsi, le BMO est archivé dans le dossier patient et consultable lors de la sortie ou du transfert du patient afin d'assurer la continuité des soins.

Partie III : Etude de la mise en place de la conciliation médicamenteuse à la Polyclinique Lyon Nord

I. Contexte et objectifs

1) Présentation de la Polyclinique Lyon Nord

La Polyclinique Lyon Nord (PLN), située à Rillieux-la-Pape, est un établissement de santé privé à but lucratif appartenant au Groupe Vivalto Santé. L'établissement a principalement trois secteurs d'activités : cancérologie, chirurgie et médecine.

Il est équipé de :

- Quarante lits de chirurgie en hospitalisation complète
- Trente-deux lits de chirurgie en hospitalisation à temps partiel
- Quarante-deux places de médecine en hospitalisation complète
- Vingt lits en hôpital de jour
- Autres lits et places :
 - Cinq lits identifiés en soins palliatifs,
 - Cinq lits identifiés en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée,
 - Six lits identifiés en Unité de Soins Intensifs de Cardiologie,
 - Six lits identifiés en Unité de Surveillance Continue.

La Polyclinique Lyon Nord dispose également d'un service d'urgences ouvert vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept et d'un centre de chimiothérapie.

Le service d'oncologie représente un gros pôle de la clinique. Celle-ci, rattachée au réseau de Cancérologie Rhône-Alpes, participe à la prise en charge des patients avec les Hospices Civils de Lyon (HCL) et le Centre de lutte contre le cancer (CLCC) Léon Bérard. De plus, des Hôpitaux De Jour (HDJ) d'oncogériatrie ont été initiés. Le service est spécialisé dans la prise en charge des cancers du sein, pulmonaires, digestifs, gynécologiques et urologiques.

Le service de chirurgie est composé d'une trentaine de chirurgiens. Il s'agit d'un important service de chirurgie. En effet, il est réalisé des chirurgies vasculaire, viscérale et de l'obésité, digestive, maxillo-faciale, ORL, ophtalmologique, esthétique et réparatrice, urologique, gynécologique, orthopédique et traumatologique. Il y a également une grosse activité de rythmologie.

Le service de médecine est composé de deux médecins diplômés en médecine polyvalente et d'un gériatre. Ils prennent en charge des patients directement envoyés des urgences. Les patients traités sont principalement âgés et consultent pour bilan de chute, à la suite d'un malaise, pour une Altération de l'Etat Général (AEG) sans point d'appel ou pour une pathologie infectieuse.

La Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) est divisée en plusieurs secteurs : médicaments, dispositifs médicaux, unité de reconstitution des cytotoxiques et stérilisation. L'équipe de la PUI est composée de trois pharmaciens, cinq préparatrices en pharmacie et d'un magasinier.

Quand je suis arrivée en stage en octobre 2022, la conciliation médicamenteuse était peu développée au sein de l'établissement. Le concept n'était pas forcément connu de l'ensemble du personnel dans l'hôpital. Ce dernier se préparait à une certification pour la qualité et la sécurité des soins et avait donc la volonté de mettre en place de nouvelles missions.

2) Objectifs

La conciliation médicamenteuse a pour objectifs de sécuriser la prise en charge médicamenteuse des patients et de garantir la continuité des soins. Le service de médecine de la polyclinique accueille principalement des personnes âgées et/ou des personnes polymédiquées. Nous avons pu voir précédemment que ces personnes sont plus à risques d'erreurs médicamenteuses. Ainsi, la mise en place de cette démarche aurait plusieurs buts. Tout d'abord, il y aurait une prise en charge sécurisée du patient de l'admission jusqu'à sa sortie. Les relations et les échanges collaboratifs entre les différents professionnels de santé seraient aussi améliorés. Au-delà de corriger les éventuelles erreurs de posologie, d'interactions, elle permettrait de discuter de la prise en charge globale du patient grâce aux bonnes relations qu'entretient l'équipe pharmaceutique avec l'ensemble des médecins de l'établissement.

Avant de commencer le processus de conciliation médicamenteuse, il fallait informer les professionnels de santé de l'établissement et leur présenter. Nous avons exposé ce projet aux infirmiers et aux médecins du service de médecine.

II. Matériel et méthodes

La conciliation médicamenteuse étant peu utilisée à la Polyclinique Lyon Nord, il n'existait pas de supports types. Nous avons alors développé le matériel nécessaire à la bonne exécution de celle-ci et les méthodes associées.

1) Matériel

a. Création du guide de conciliation

Après des recherches bibliographiques, nous avons trouvé différents supports sur la conciliation médicamenteuse utiles à l'élaboration du nôtre. (Annexes 3, 4 et 5) Il s'agit d'un guide d'entretien ainsi que des tableaux de recueil des différentes sources. Le but était ainsi de s'en inspirer afin de créer un document regroupant toutes les informations nécessaires et facile d'utilisation.

Il a ainsi été créé un guide de conciliation médicamenteuse se découpant en plusieurs parties (Annexe 6).

La première partie du guide commence par un entretien avec le patient. En amont de cet entretien, il faut se renseigner sur le patient, sur les origines de son hospitalisation, sur ses traitements en lisant son dossier médical. Au commencement de l'entretien, il est primordial de se présenter au patient, de lui demander la permission de l'interroger et de bien lui expliquer le but de notre démarche.

Nous poursuivons avec des questions concernant ses différents correspondants extérieurs qui pourront être une source d'informations lors de la réalisation du BMO. Leur contact est aussi primordial pour l'amélioration de la prise en charge du patient et pour la transmission d'informations sur de potentiels changements (médecin traitant, pharmacien d'officine, Infirmière Diplômée d'Etat (IDE)).

Les questions portent ensuite sur de potentielles allergies aux médicaments. Il faut savoir s'il a des intolérances médicamenteuses ou des effets indésirables avérés à certains de ses médicaments actuels et lesquels en particulier.

Nous voulons également savoir s'il a pris des antibiotiques dans les six derniers mois. Pour cela, nous allons poser plusieurs questions afin qu'il nous énumère le nom de l'antibiotique et la période de prise : « Quel genre d'infection avez-vous eu ? », « Pouvez-vous me citer votre antibiotique ? », « Parmi cette liste d'antibiotiques, est-ce qu'un nom de molécule vous dit quelque chose ? », « Pendant combien de temps avez-vous pris votre antibiotique ? ».

La série de questions suivante concerne le traitement pris quotidiennement. Nous lui demandons s'il s'occupe seul de ses médicaments ou si une tierce personne l'aide (passage d'un infirmier, pilulier, conjoint). Nous cherchons également à savoir s'il connaît l'utilité de ses traitements et s'il est capable de les citer de mémoire. S'il rencontre des difficultés, nous pouvons l'aider en citant les traitements que l'on a vus dans son dossier. Nous essayons de lui faire préciser les moments de prise, les dosages, les posologies particulières.

Au cours de cet entretien, il est également nécessaire d'interroger le patient sur une éventuelle automédication. Il faut essayer d'être le plus précis possible dans nos questions afin d'avoir toutes les informations. Pour le patient, la prise d'un produit de phytothérapie par exemple, peut paraître anodine, mais pour le professionnel de santé cela peut avoir un impact et causer des interactions médicamenteuses. Notre rôle est donc de rappeler au patient que la prise de n'importe quels produits de phytothérapie, d'aromathérapie ou d'homéopathie peut avoir un impact sur son traitement médicamenteux et qu'avant de prendre quoi que ce soit, il doit demander conseil à son pharmacien et/ou médecin. Les produits pris en automédication devront absolument être mentionnés dans le guide de conciliation médicamenteuse.

Il est ensuite important d'évaluer l'adhésion du patient à son traitement. Il est dit qu'un patient est observant si son comportement concorde avec les prescriptions médicamenteuses, diététiques et hygiéniques délivrées par les médecins. Pour évaluer l'observance du patient, on va calculer le score à l'aide du questionnaire de Morisky (MMAS 4). Ce score est établi à la suite de réponses à quatre questions précises (Annexe 2). Le soignant interroge le patient ou ce dernier répond par écrit de manière autonome à cet auto-questionnaire. Il répond par « oui » ou par « non » aux questions. Le « non » vaut un point et le « oui » zéro. Plus le score est important, plus le patient est dit observant. Le résultat est dit fiable.

Il peut cependant être biaisé par le patient de peur de décevoir le professionnel de santé. Il peut avoir envie de mentir afin d'avoir un meilleur score et d'être qualifié d'observant. Il faut ainsi se baser sur ce résultat mais pas uniquement.

La relation de confiance créée avec le patient et l'écoute de celui-ci sont importantes afin de lui rappeler la nécessité de suivre son traitement et les bienfaits pour sa santé.

La seconde partie du guide de conciliation est dédiée à la rédaction du BMO et à son exploitation. Nous avons créé un tableau dans lequel la personne réalisant l'entretien de conciliation doit remplir tous les médicaments pris par le patient. Il faut également mentionner les sources dont sont issues les informations. Si la conciliation est proactive, cela servira aux prescripteurs. Si elle est rétroactive, alors on comparera le BMO avec l'OMA. La rédaction du BMO sera plus amplement développée dans la partie Méthodes.

Dans ce guide enfin, il a été décidé de calculer le score anticholinergique de chaque patient concilié. Comme expliqué dans le paragraphe *f*, l'imprégnation cholinergique peut avoir des effets néfastes et fatales chez les personnes âgées et il s'avère qu'elle est peu contrôlée. Ainsi, en le calculant et en le transmettant aux autres professionnels de santé, nous pouvons d'avantage sensibiliser le médecin prescripteur mais aussi le patient. Cela sera plus détaillé dans la partie Méthodes.

b. Les sources requises pour construire le BMO

Pour établir un BMO fiable et cohérent, il est nécessaire de recueillir des informations provenant de sources différentes. On dit qu'un BMO est validé s'il contient des informations issues de trois sources différentes parmi un ensemble de sources multiples.

Commençons par le patient qui est évidemment notre première source d'informations. Au cours d'un entretien d'une quinzaine de minutes, nous lui posons les questions issues du guide de conciliation expliqué ci-dessus. Il s'agit de la source la plus fiable. Si le patient n'est pas interrogeable pour diverses raisons, on doit faire appel aux proches et/ou aux aidants.

Cette seconde source est aussi fiable que la première puisqu'on fait appel aux personnes qui vivent le quotidien du patient. Cependant, la prise de contact peut être difficile puisqu'ils ne sont pas forcément joignables lors de la conciliation médicamenteuse.

Nous pouvons ensuite solliciter la pharmacie d'officine de référence du patient. Celle-ci est renseignée par le patient ou par le cachet présent sur les ordonnances apportées par le patient. Le contact avec la pharmacie permet d'avoir des informations supplémentaires sur les traitements du patient, de recevoir les ordonnances manquantes par messagerie sécurisée.

Ce contact permet également de prévenir le pharmacien que « son » patient est hospitalisé et d'ainsi anticiper sa sortie et la continuité des soins.

Les ordonnances du patient peuvent être apportées par le patient lors de son admission ou transmises par la pharmacie d'officine. Ce sont ses ordonnances de ville prescrites par son médecin traitant ou par des médecins spécialistes. Il s'agit de la source la plus accessible.

L'accès au DP via la lecture de la carte vitale du patient facilite le recueil d'informations. La création obligatoire d'un DP pour chaque patient, sauf si celui-ci s'y oppose, date d'avril 2023. Celui-ci, alimenté par le pharmacien, renseigne les médicaments délivrés avec ou sans ordonnances. Il est également possible de visualiser les médicaments dispensés au cours des douze derniers mois (trois ans pour les médicaments biologiques et vingt-et-un ans pour les vaccins). Le DP représente un rôle essentiel dans le suivi thérapeutique du patient et un outil collaboratif entre les différentes équipes de soins. Son utilité est jugée très importante en PUI. De plus, cette dernière a l'obligation de consulter et d'alimenter le DP du patient. La lecture du DP à l'hôpital nécessite donc la présence d'un lecteur de cartes vitales ainsi que le logiciel approprié (59).

Il est également possible d'utiliser les Comptes Rendus (CR) d'hospitalisations précédentes. Si le patient a été hospitalisé à la PLN ou ailleurs, le CR sera archivé dans son dossier et consultable électroniquement à tout moment.

Lors d'une admission, il se peut que le patient passe par les urgences. Ainsi, un CR d'urgences est établi à l'entrée et à la sortie du patient avant son passage en service. Un premier professionnel de santé (interne ou médecin) aura fait le bilan médicamenteux du patient.

Il se peut également qu'un patient ait été envoyé à l'hôpital sur ordre de son médecin traitant ou d'un de ses médecins spécialistes (cardiologue, neurologue, endocrinologue...).

Nous retrouvons ainsi cette demande d'hospitalisation via un courrier du médecin archivé également dans le dossier médical du patient.

Enfin, les patients hospitalisés dans un établissement spécialisé du type EHPAD, peuvent être admis à la suite d'une demande du médecin ou d'une AEG du patient. Ainsi, une fiche de liaison est transmise à l'hôpital avec les traitements des patients.

*c. Détermination d'un score d'éligibilité à la conciliation à l'aide du logiciel patients
MEDIBOARD™*

Comme expliqué précédemment, la Polyclinique est un centre de chirurgie ambulatoire conventionnelle, un centre d'oncologie et de médecine. Le service de médecine est de taille moyenne (environ une quarantaine de lits) et accueille des patients principalement âgés et polymédiqués. Leur durée d'hospitalisation est d'une semaine en moyenne. Ils sont principalement admis à la suite d'une AEG ou d'une chute. Il a été décidé de concilier une certaine catégorie de personnes pour avoir un résultat pertinent. Les personnes âgées polypathologiques et polymédiquées sont les plus à risques, ainsi le bénéfice de la conciliation médicamenteuse est important. Le fait qu'elles soient suivies par une multitude de professionnels de santé rend la prise en charge difficile et source d'erreurs.

A l'aide du logiciel de l'hôpital, MEDIBOARD™, il est facile de choisir les patients en fonction de nos critères. Sur la page d'accueil, il y a différentes fenêtres correspondant aux différents services. Une fois le service choisi, tous les patients sont mentionnés.

La conciliation médicamenteuse a été effectuée uniquement chez les patients hospitalisés en service de médecine, ce qui correspond au premier critère d'inclusion. Ensuite, nous avons décidé de concilier les patients de plus de soixante-quinze ans et les patients de plus de soixante ans et polymédiqués, c'est-à-dire un patient qui prend au moins cinq médicaments. Cependant, il n'existe pas de définition consensuelle de la polymédication puisqu'aujourd'hui, la notion de polymédication inclut la notion de polypathologies. Elle se définit donc comme « la prise régulière de plusieurs médicaments nécessaires au traitement de plusieurs maladies chroniques. » (60). Ainsi, un tableau récapitulatif a été créé afin d'exposer clairement les critères d'inclusions (Tableau 1).

Tableau 1 : Liste d'éligibilité à la conciliation médicamenteuse

<u>Critères</u>	<u>Score</u>	
Agé de plus de 75 ans	OUI	NON
Agé entre 60 et 75 ans ET polymédiqué (= au moins 5 lignes de traitements)	OUI	NON
Admis en service de médecine	OUI	NON
Si présence de MINIMUM 2 « OUI » : entretien avec le patient et conciliation médicamenteuse recommandés		

Cette nouvelle mission permet de mettre plusieurs professionnels de santé à contribution. Actuellement, les entretiens patients et la réalisation du BMO sont effectués par l'étudiant en cinquième année de pharmacie. Le tableau 2 ci-dessous, montre que d'autres professionnels de santé peuvent réaliser la conciliation médicamenteuse. A l'avenir, le but serait de confier cette mission aux préparateurs en pharmacie hospitalière.

Tableau 2 : Les professionnels de santé en charge de la conciliation médicamenteuse à l'admission du patient selon la SFPC (adapté de 44)

<u>Recherche active</u> <u>d'informations sur les</u> <u>médicaments du patient</u>	<u>Réalisation du bilan</u> <u>médicamenteux</u>	<u>Actualisation de la</u> <u>prescription médicamenteuse</u> <u>et du dossier patient</u>
- Préparateur en pharmacie Etudiant hospitalier en pharmacie - Interne en médecine ou pharmacie - Pharmacien - Infirmier diplômé d'état - Etudiant en médecine - Interne en médecine - Médecin	<i>Formalisation du bilan médicamenteux :</i> - Etudiant hospitalier en pharmacie - Préparateur en pharmacie - Infirmier - Interne en pharmacie - Pharmacien <i>Validation du bilan médicamenteux :</i> - Pharmacien - Médecin - Interne en pharmacie ou médecine par délégation	<i>Gestion des divergences :</i> - Interne en pharmacie - Pharmacien - Interne en médecine - Médecin <i>Enregistrement dossier patient/prescription :</i> - Interne en médecine - Médecin

2) Méthodes

La conciliation médicamenteuse est réalisée sur les patients admis dans le service de médecine. C'est dans ce service que les patients répondaient à nos critères d'inclusions. Le patient est tout d'abord choisi après validation de son éligibilité. Puis l'entretien est réalisé immédiatement après. Le choix du patient et l'entretien sont la plupart du temps réalisés à J+1. Cela s'explique par le fait que la personne en charge de la conciliation médicamenteuse est uniquement présente à mi-temps à la PUI et que les nouvelles admissions sont principalement réalisées en fin de matinée ou dans l'après-midi. Ainsi, on réalise une conciliation rétroactive, c'est-à-dire, comme expliqué précédemment, le BMO est rédigé après l'OMA.

a. Récolte des sources et mise en place du bilan médicamenteux

Une fois le patient éligible à la conciliation, on passe à l'étape « recherche de sources ». On accède au dossier du patient via le logiciel MEDIBOARD™. Nous avons alors deux cas de figure :

- Le patient est connu de l'hôpital et a déjà effectué des visites. Nous avons alors accès à tous ses précédents rapports d'hospitalisation, les comptes-rendus des urgences, des médecins et à ses anciennes ordonnances déjà scannées dans son dossier. Dans ce cas, l'exploitation de sources est plus facile et rapide.
- Le patient est inconnu de l'hôpital, admis pour la première fois. Nous regardons si un compte-rendu a été réalisé aux urgences et inséré dans son dossier. On étudie aussi son motif d'admission, ses antécédents ainsi que la première prescription faite à l'hôpital. Si les ordonnances du patient n'ont pas été scannées et insérées dans le dossier du patient, il est possible d'aller les consulter auprès des infirmières dans le service. La PUI ne dispose pas de boîtier permettant de lire la carte vitale donc l'accès au DP n'est pas possible. L'appel à la pharmacie d'officine du patient est presque tout le temps nécessaire pour recueillir toutes les informations. L'appel aux pharmacies demande cependant du temps aux deux interlocuteurs.

Une fois la validation de trois sources différentes et fiables, nous réalisons le bilan médicamenteux.

b. Rédaction du BMO puis validation

La rédaction du BMO doit se faire de façon minutieuse. Le but est de synthétiser toutes les informations sur les traitements du patient issues des différentes sources. Le BMO est rédigé grâce à la fiche prévue à son effet (Annexe 6). On renseigne alors chaque ligne de traitement avec la DCI, la posologie associée, la forme galénique, la voie d'administration, la durée, le dosage et éventuellement la date de début de prescription. A côté de chaque médicament, on précise la source utilisée.

Cette tâche est confiée à l'externe en pharmacie. Il est donc nécessaire d'avoir une validation du BMO auprès des pharmaciens de la PUI avant son exploitation.

c. Calcul du score anticholinergique

Notre démarche est de sécuriser la prise en charge du patient mais aussi de réduire les prescriptions inappropriées. Après un premier travail réalisé au cours de mon stage sur les prescriptions inappropriées et plus particulièrement sur l'étude de l'impact des médicaments anticholinergiques, il nous a paru pertinent d'intégrer le calcul du score anticholinergique à chaque conciliation médicamenteuse. Le but est d'alerter sur de potentiels risques cognitifs pour le patient. Pour cela, nous avons utilisé les échelles CIA et ACB, vues dans le II.2).f.

Ainsi, dès que nous rédigeons le BMO d'un patient interrogé, nous calculons le score anticholinergique. Soit, nous utilisons le document de l'OMEDIT Pays de la Loire (60), pour calculer à la main le score, soit nous renseignons tous les médicaments pris par le patient dans un tableau Excel, également issu de l'OMEDIT Pays de la Loire (Annexe 7), et le score est calculé automatiquement.

Si les scores sont acceptables et non néfastes pour le patient, nous rédigeons le résultat et l'insérons dans la fiche de conciliation médicamenteuse. En revanche, si le score est problématique, nous faisons un rapport que nous insérons dans la fiche de conciliation et contactons le médecin de l'hôpital afin d'opérer d'éventuels changements. Bien entendu, cela dépendra du statut du patient. En effet, si un patient a un score élevé mais qu'il prend son traitement depuis des années et que celui-ci est équilibré, il sera difficile d'opérer des changements de peur de déséquilibrer son état. La classe thérapeutique du médicament est également à prendre en compte lors d'un potentiel arrêt. Un antihistaminique peut être plus facilement arrêté qu'une autre classe thérapeutique par exemple. Cependant, il sera important d'informer le médecin de l'hôpital ainsi que son médecin traitant de ville et sa pharmacie d'officine. En revanche, si le score est trop élevé dû à des médicaments rajoutés par le médecin de l'hôpital, il est alors intéressant de le contacter afin de discuter d'une alternative qui aura moins d'impact sur l'état cognitif du patient.

d. Partage du BMO à l'ensemble des professionnels de santé de l'hôpital

Une fois le BMO rédigé et validé par le pharmacien, nous procédons à l'étape de comparaison avec l'OMA préalablement rédigée par le médecin. L'OMA est consultable via MEDIBORAD™ sur le dossier du patient. Cette étape sera réalisée à l'aide du guide de conciliation (Annexe 6).

Nous comparons ainsi chaque ligne de traitement en inscrivant pour chaque ligne les notions suivantes : arrêt, modification, suspension ou initiation. Le moindre changement doit être notifié et est appelé « divergence ». Si le traitement est le même, on note qu'il n'y a pas de divergence. En revanche, si le traitement a subi une divergence (arrêt, modification, initiation, suspension), il faut dans ce cas-là préciser s'il s'agit d'une divergence intentionnelle ou non.

Il est primordial de rechercher la cause de ce changement. On peut rechercher la cause dans le dossier patient, auprès des infirmières, cependant, l'appel au médecin est le plus sûr pour avoir une réponse fiable. Qu'il s'agisse d'une divergence intentionnelle ou non, il est impératif de préciser la gestion des divergences et s'il s'agit d'une décision médicale. Tout commentaire peut être rajouté afin d'avoir le plus d'informations possible et de clarifier tout changement lors du partage du guide de conciliation à l'ensemble des professionnels de santé. Il faut rappeler que même une divergence sur la forme galénique d'un médicament est à notifier car cela peut entraîner des répercussions sur la prise future ou sur la bonne assimilation du médicament. L'appel au médecin permet également de lui notifier la moindre divergence non intentionnelle (oubli d'un traitement par exemple) et il pourra ainsi effectuer le changement sur la prescription hospitalière.

Le rôle du pharmacien n'est pas seulement de relever les divergences entre le BMO et l'OMA mais il doit également apporter son expertise du médicament et réaliser une analyse pharmaceutique. Cette analyse consiste à gérer les interactions médicamenteuses entre les médicaments du patient et les nouveaux traitements prescrits à son entrée. De plus, il est important de noter les effets indésirables ressentis par le patient afin d'en discuter avec le médecin. L'utilisation des critères STOPP/START (18) lors de l'analyse pharmaceutique permet de justifier la suspension de médicaments inappropriés ou sans indication justifiée et/ou l'ajout de médicaments nécessaires pour le patient (vaccins, vitamines).

Le pharmacien soumet son analyse et ses remarques au médecin et s'ensuit une discussion afin d'aboutir à une prescription la plus appropriée possible.

L'analyse pharmaceutique doit être rédigée précisément et inscrite dans le guide de conciliation afin de laisser une trace. Une fois cette étape validée, le guide de conciliation est alors finalisé et inséré dans le dossier patient. Il pourra être consultable par tous les professionnels de santé électroniquement (Annexe 8).

III. Résultats

Cette étude observationnelle, rétrospective et monocentrique portant sur la mise en place de la conciliation médicamenteuse d'entrée dans le service de médecine de la polyclinique Lyon Nord a été menée de janvier à septembre 2023.

Une soixantaine d'entretiens ont été réalisés au cours de cette étude. Le but est d'analyser l'impact qu'a eu la conciliation médicamenteuse sur les prises en charge des patients. De plus, l'exposition des résultats permet de mettre en avant plusieurs points : le profil des patients interrogés et conciliés ; le rapport divergences intentionnelles/non intentionnelles ainsi que les raisons de celles-ci ; les principales sources utilisées lors de la réalisation des entretiens ; le score anticholinergique chez les patients et enfin l'application des critères STOPP/START.

1) Le profil des patients conciliés

Le service de médecine accueille principalement des patients âgés de plus de soixante ans. Nous avons, ci-dessous, décrit dans un tableau (Tableau 3) la population conciliée.

Tableau 3 : Description de la population

Critères	Résultats
Age moyen de la population (n= 55)	92,58 ans
Age moyen femmes	81,57 ans
Age moyen hommes	91,91 ans
Sexe (%homme %femme)	58% d'hommes et 42% de femmes
Durée moyenne du séjour	7 jours
Nombre moyen de lignes de médicaments par patient	9,81 lignes de médicaments
Motif d'hospitalisation (%) :	
- AEG	20%
- Chutes à répétition ou chute aggravée	15%
- Décompensation cardiaque	14%
- Décompensation pulmonaire	18%
- Dyspnées	22%
- Autres	11%
Score d'observance/4 (moyenne)	3,2/4

Bien qu'il y ait des conditions d'éligibilité pour réaliser la conciliation (plus de soixante ans et polymédiqué ou plus de soixante-quinze ans), l'âge moyen des patients conciliés pendant la période de janvier 2023 à septembre 2023 était de 92,58 ans. Le pourcentage d'hommes conciliés a été plus important que celui des femmes : 58% d'hommes contre 42% de femmes. De plus, la moyenne d'âge des hommes était plus élevée par rapport à celle des femmes. Ainsi, nous avons affaire à une population gériatrique donc une population d'autant plus à risques.

La durée moyenne d'hospitalisation a été de sept jours. Ce temps long d'hospitalisation peut s'expliquer par les principales causes les plus fréquemment rencontrées. Nous avons pu mettre en lumière cinq causes d'hospitalisation récurrentes.

Les patients étaient globalement admis en service de médecine à la suite d'une AEG, d'une chute grave ayant provoqué une fracture ou de chutes à répétition, à la suite d'une décompensation cardiaque ou pulmonaire ou enfin pour cause de dyspnées.

Ces raisons d'hospitalisation sont les plus fréquentes dans la population gériatrique et présentent encore plus de risques chez une population gériatrique fragile et polymédiquée.

De plus, nous avons pu souligner qu'un patient admis en service de médecine avait une moyenne de 9,81 médicaments à prendre quotidiennement. Pour rappel, on dit qu'un patient est polymédiqué s'il prend quotidiennement au minimum 5 médicaments. Or, cette moyenne montre largement que les patients sont bien au-dessus de ce minimum augmentant ainsi les risques de divergences dans les prescriptions mais aussi d'interactions par manque d'informations entre professionnels de santé.

Les patients interrogés lors de l'étude sont pour la plupart très observants. Pour rappel, cela signifie que le patient prend correctement son traitement (53). La moyenne obtenue est de 3,2/4 avec le questionnaire MMAS 4.

Parmi les patients conciliés, il a été constaté que plus de la moitié d'entre eux bénéficiaient d'une infirmière à domicile ; cette dernière venant tous les jours pour administrer les traitements ou alors une fois par semaine pour préparer leur pilulier (figure 4).

La présence d'un pilulier permet de maintenir une certaine autonomie de la part du patient puisque même si les traitements sont préparés pour la semaine par une tierce personne, c'est à lui de se rappeler de les prendre quotidiennement.

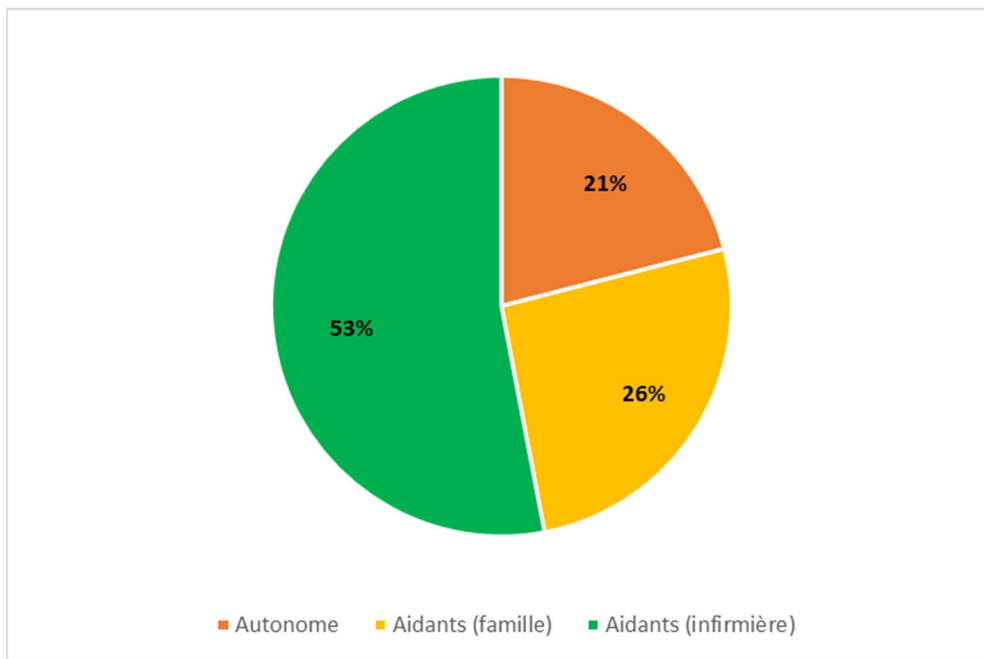


Figure 4 : Proportion des patients conciliés en fonction de l'aide reçue

2) Les principales sources utilisées

Pour rappel, l'étape de rédaction du BMO doit faire appel à trois sources différentes et vérifiées pour qu'il soit exploité lors de la conciliation médicamenteuse. Durant les mois de l'étude, il a été possible de mettre en avant les principales sources utilisées lors de la conciliation médicamenteuse à l'hôpital. On peut ainsi lire dans la figure 5, ci-dessous, que l'utilisation des ordonnances des patients, les appels aux pharmacies d'officine et les entretiens avec le patient sont les trois sources qui ont été les plus utilisées lors de la rédaction du BMO.

L'appel à la pharmacie d'officine du patient représente la première source exploitée (28,6%). La pharmacie référente du patient est soit renseignée sur les ordonnances du patient soit c'est lui-même qui nous la réfère.

L'étude des ordonnances personnelles a été la deuxième source d'informations la plus utilisée (27,9%). Lorsqu'un patient est hospitalisé, il vient généralement avec son dossier médical comprenant toutes ses ordonnances. Cela facilite la prise en charge puisque le médecin a déjà un aperçu des traitements du patients. Lors de l'admission en service, toutes les ordonnances personnelles sont scannées dans le dossier du patient afin d'en garder une trace et sont consultables n'importe quand. Elles sont d'une grande aide lorsque la communication avec le patient n'est pas optimale ou satisfaisante.

La troisième source la plus exploitée est l'entretien avec le patient (21%). Il s'agit d'un échange d'une quinzaine à une trentaine de minutes durant lequel nous obtenons des informations sur ses traitements et leur gestion et ses habitudes de vie.

Les sources suivantes sont quant à elles beaucoup moins utilisées soit par manque d'informations donc de fiabilité soit par manque de temps.

Les comptes rendus rédigés aux urgences sont par exemple, rarement utilisés (5,4%) puisqu'ils manquent généralement de précisions.

Ensuite, les entretiens avec la famille ou les aidants (2%) sont difficilement réalisables puisque la conciliation médicamenteuse a lieu le matin or les visites ne sont autorisées que l'après-midi.

L'accès au DP du patient n'est pas possible à la PLN puisqu'il n'y a pas de lecteur de carte vitale ni à l'accueil des urgences ni à la PUI donc cette source n'est pas consultable.

Certains patients sont admis à l'hôpital sur conseil de leur médecin traitant ou médecin spécialiste et généralement sont munis d'un courrier ou d'une lettre de ceux-ci dans lesquels nous retrouvons le motif d'hospitalisation, les médicaments pris par le patient, son mode de vie, son état de santé actuel, ses antécédents (4%). Dans ces cas-là, nous pouvons utiliser cette source et cela nous permet également d'interagir avec eux.

Certains patients en EPHAD peuvent être amenés à être hospitalisés. Dans ces cas-là, les infirmières ou les médecins de l'EPHAD nous transfèrent toutes les ordonnances du patient. Au cours de l'étude, aucun patient en EPHAD n'a été concilié donc cette source n'a pas été utilisée.

Enfin, il se peut que des patients soient réhospitalisés (3,4%). Le dossier médical est alors mis à jour et l'accès aux anciennes données d'hospitalisation est disponible.

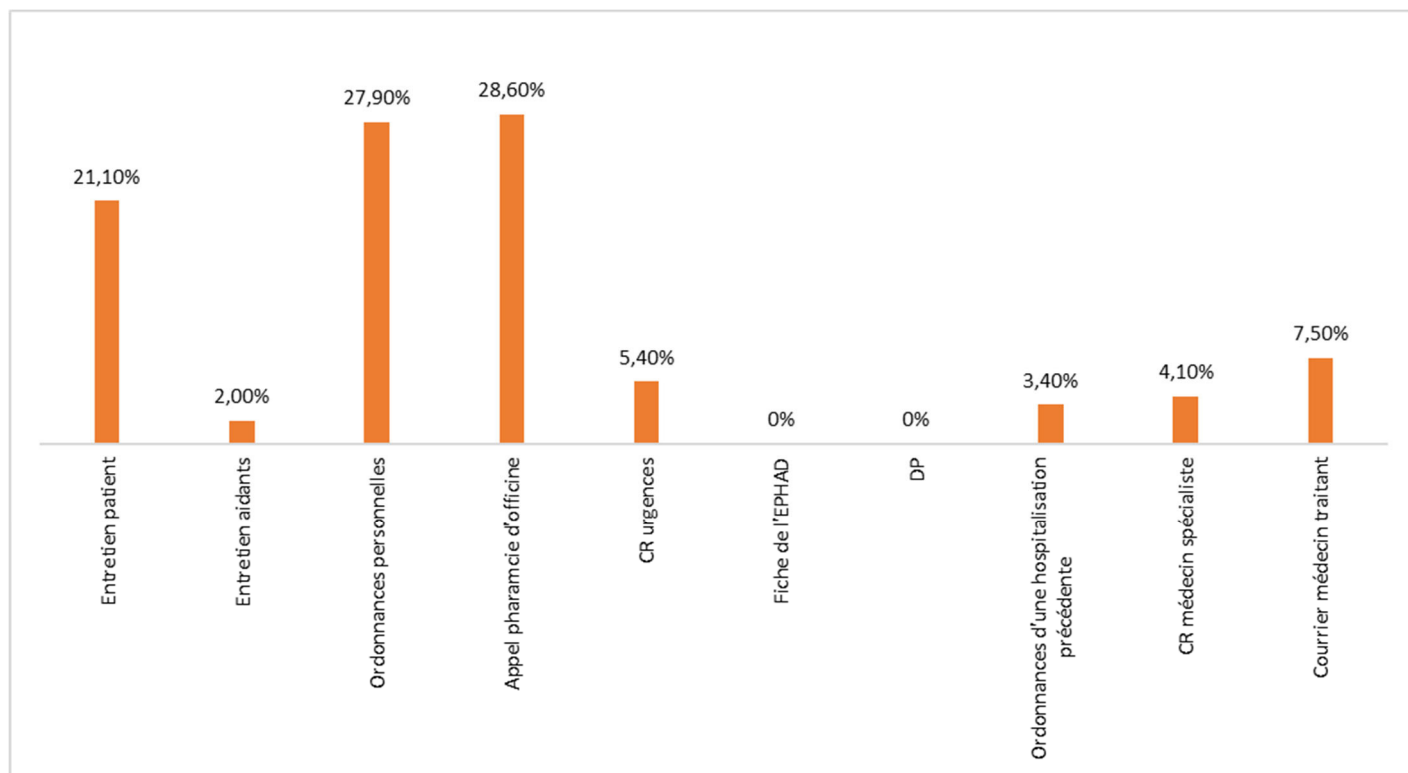


Figure 5 : Les principales sources consultées lors de la rédaction du BMO

3) Les divergences intentionnelles et non intentionnelles

Le but de la conciliation médicamenteuse est d'assurer la concordance, aussi bien à l'entrée qu'à la sortie, entre la prescription initiale du patient, soit le BMO et la prescription hospitalière, soit l'OMA. Pour rappel, nous effectuons majoritairement la conciliation médicamenteuse de manière rétroactive donc lors de la comparaison entre le BMO et l'OMA, notre rôle est de mettre en lumière les divergences. Elles sont soit intentionnelles, c'est-à-dire volontairement faites, soit non intentionnelles, c'est-à-dire involontairement réalisées.

Après analyse des données, nous pouvons mettre en évidence des résultats observables à l'aide de la figure 6.

Il y a trois types de résultats : DI, DNI et pas de divergences.

Ainsi, la majorité des divergences soulignées (51,8%) sont des DI donc des divergences volontaires. Elles ont été principalement dues à des prescriptions terminées lors de l'admission du patient, à des ruptures nationales de stock, à la non-disponibilité au livret thérapeutique de la PUI ou à des modifications de traitements justifiées.

Les DNI représentent environ 16% des résultats. Elles surviennent à la suite d'un oubli de médicament de la part du médecin prescripteur, d'une erreur de dosage, d'une erreur de modalité d'administration ou encore d'une erreur de médicaments.

Au cours de l'étude, les principales DNI observées ont été les erreurs par omission. Le médecin manquait de prescrire un des médicaments soit par insuffisance de sources soit par simple oubli de sa part. De même que pour les DI, il est nécessaire de noter et commenter toutes les DNI observées même si elles ont été rectifiées.

Enfin, nous avons également des conciliations médicamenteuses sans divergences (32,1% des conciliations).

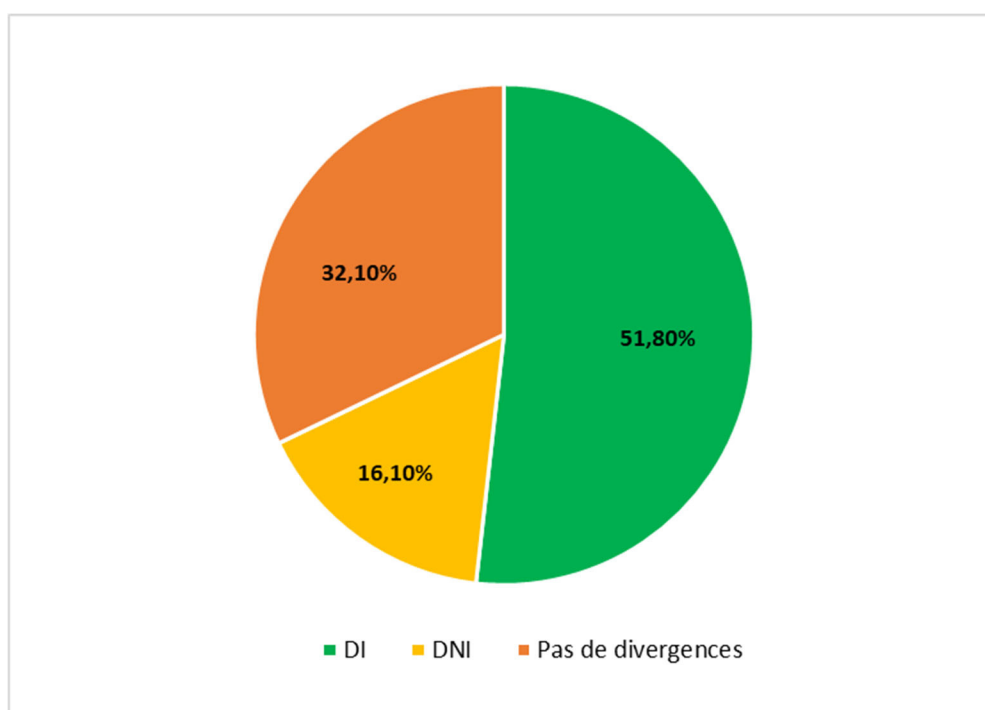


Figure 6 : Répartition du type de divergences lors des conciliations médicamenteuses

4) Le score anticholinergique

Le score anticholinergique a été calculé systématiquement à chaque conciliation. Il a été déterminé à l'aide d'un calculateur de charge mis en ligne par l'OMEDIT Pays de la Loire (Annexe 7).

Les premiers résultats à mettre en avant, sur la figure 7, sont la répartition des patient conciliés qui ont un score anticholinergique différent de zéro ou non, les échelles CIA et ACB confondues. 63,6% des patients ont un score supérieur ou égale à un. Cela signifie que plus des deux tiers des patients conciliés ont un médicament possédant un potentiel anticholinergique (périphérique ou central) dit faible.

Ce résultat n'est pas surprenant puisque beaucoup de médicaments possèdent une charge anticholinergique. Ce n'est pas alarmant s'il s'agit d'un cas isolé. Cependant, la plupart du temps les patients polymédiqués cumulent des médicaments à charge anticholinergique faible, modérée ou élevée et ainsi la charge totale devient très importante amenant à des risques d'effets indésirables.

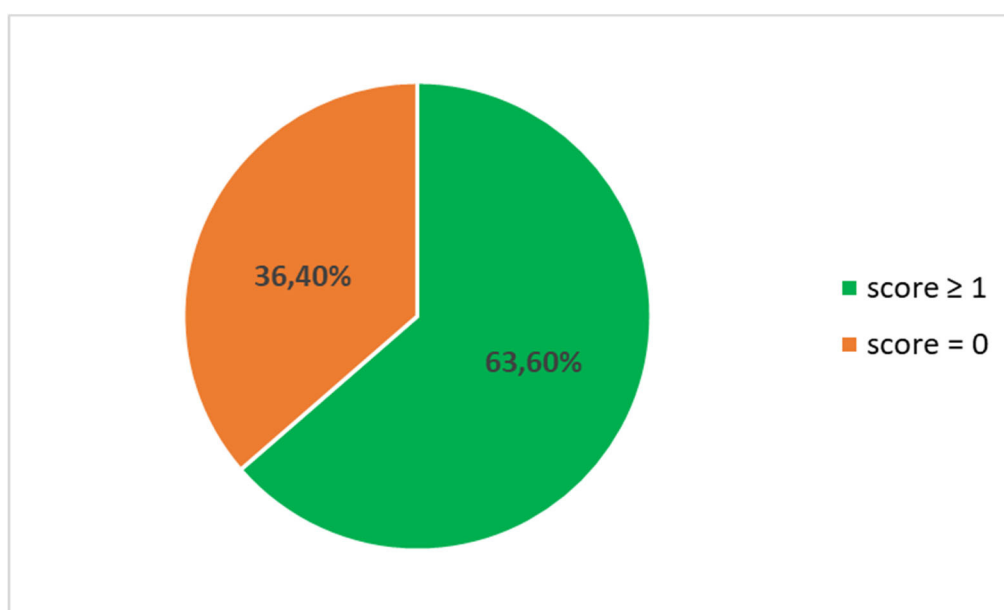


Figure 7 : La répartition des patients conciliés avec un score anticholinergique différent de 0 ou non (échelles ACB et CIA confondues)

De plus, sur les 63,6% des patients avec un score supérieur ou égal à un, 17,9% ont un score supérieur ou égal à quatre par rapport à l'échelle ACB. Pour rappel, cette échelle évalue l'impact cognitif. Celui-ci est considéré élevé lorsque le score est supérieur ou égal à quatre.

Nous notons qu'ici, 17,9% des patients ont de grands risques de ressentir des effets indésirables centraux ou cognitifs comme des hallucinations, des troubles mnésiques, une désorientation spatio-temporelle, de l'agitation ou encore de la confusion. Quant à l'échelle CIA, mesurant l'imprégnation anticholinergique, 25% des patients parmi les 63,6% ont un score strictement supérieur à cinq considérant ainsi l'imprégnation anticholinergique élevée.

Ces patients ont d'importants risques de ressentir des effets indésirables périphériques se traduisant par une sécheresse oculaire et buccale, une tachycardie, de l'hypertension artérielle, un dérèglement de la thermorégulation, de la rétention urinaire aigüe et des troubles visuels.

Enfin, nous avons mis en avant que 10,7% des 63,6% patients ont un score significativement élevé par rapport à l'échelle ACB et CIA. Ces patients sont exposés à beaucoup trop d'effets indésirables et l'effet cumulatif devient dangereux.

L'application des critères STOPP/START peut être une solution pour réduire la charge anticholinergique d'un patient mais également de revoir plus globalement les prescriptions.

5) L'application des critères STOPP/START

Ces critères permettent de revoir des prescriptions comportant des médicaments potentiellement inappropriés et/ou d'ajouter des médicaments bénéfiques à la prise en charge. Durant cette étude, nous avons principalement appliqué les critères STOPP pour justifier l'arrêt d'inhibiteurs de la pompe à protons.

De plus, les critères STOPP ont également été utilisés afin d'aider à réduire la charge anticholinergique. En effet, un antihistaminique, indiqué pour réduire les démangeaisons ou lutter contre les allergies, a une charge anticholinergique importante et confère donc d'importants effets indésirables. Ainsi, lorsque l'indication n'était pas prouvée, nous procédions à la mise en place des critères STOPP afin d'arrêter la prise.

Nous avons également appliqué les critères START dans certains cas. Un ajout de potassium par exemple, a été justifié à la suite d'une hypokaliémie.

Il a néanmoins été difficile d'appliquer les critères pour revoir certaines prescriptions. En effet, la pratique s'est avérée plus difficile que prévu à cause du statut du patient, d'un refus du médecin, ou pour d'autres raisons. Nous développerons plus en détails cet aspect dans la partie discussion.

IV. Discussions

Cette dernière partie s'articule en plusieurs sous-parties. L'impact de la conciliation médicamenteuse à la Polyclinique Lyon Nord a été mis en évidence. Puis, les difficultés rencontrées lors de la mise en place de cette conciliation médicamenteuse ont été énoncées. Enfin, des propositions futures ont été proposées.

1) L'impact de la conciliation médicamenteuse sur la prise en charge des patients

La conciliation médicamenteuse a eu un impact bénéfique sur différents points : l'interception des erreurs médicamenteuses, une meilleure collaboration avec les professionnels de santé de la Polyclinique Lyon Nord, une amélioration de la communication avec les professionnels de santé extérieurs, notamment les pharmacies d'officine et enfin avec le patient.

a. L'interception des erreurs médicamenteuses

L'interception des erreurs médicamenteuses montre l'impact bénéfique de la conciliation médicamenteuse d'entrée. Les résultats exposés précédemment ont montré une majorité de DI. Plusieurs études indiquent que celles-ci sont appropriées et réalisées consciemment (61) (62). Ce taux important de DI peut s'expliquer de plusieurs manières.

Tout d'abord, le patient peut avoir une prescription d'un médicament pour une durée limitée qui prend fin lors de son admission donc le médecin ne le prescrit pas. De même, pour des prescriptions trimestrielles, par exemple, la prise d'une ampoule de vitamine D3, le médecin ne prescrira qu'en fonction du moment de prise du patient.

Ensuite, il se peut qu'un médicament habituellement prescrit soit en rupture nationale ou non disponible au livret thérapeutique de la PUI. En effet, les pharmacies d'officine et d'hôpital n'ont pas les mêmes médicaments disponibles. Ainsi, le médecin, avec l'aval du pharmacien, propose un autre médicament de la même classe pharmaceutique ou une autre molécule, après avoir utilisé un tableau d'équivalences, et procède aux changements. Cette divergence doit impérativement être notée et commentée pour que l'information soit transmise au médecin traitant lors de la sortie du patient.

Enfin, les raisons les plus évidentes de divergences intentionnelles sont les modifications de traitements, aussi bien des ajouts que des suspensions. Comme décrit dans l'étude de Fummi C. et al., nos DI retrouvées sont principalement des ajouts de médicaments (63).

Le médecin va ajuster le traitement du patient en fonction de la raison de son hospitalisation. La plupart du temps, il a été remarqué des ajouts de médicaments. Cela peut être l'ajout d'une antibiothérapie à durée limitée pour traiter une infection, l'ajout d'anticoagulant préventif pour parer à l'alitement prolongé du patient ou l'ajout d'une kinésithérapie respiratoire à la suite d'une décompensation respiratoire. Le médecin peut également ajuster le dosage de médicaments en fonction du statut du patient : baisse de posologie correspondant à la baisse du débit de filtration glomérulaire (DFG) ; perte de poids conséquente du patient donc ajustement du dosage du paracétamol.

Les DI ne sont pas des erreurs médicamenteuses puisqu'elles sont réalisées volontairement mais il demeure primordial de les noter, de les commenter et de transmettre l'information à tous les professionnels de santé. La mauvaise transmission de ces DI peut conduire à des incompréhensions et erreurs ultérieures.

Les DNI, quant à elles, sont les erreurs faites inconsciemment. Elles ont été observées dans 16% des cas. Ce faible taux peut s'expliquer par le fait que la conciliation médicamenteuse est principalement rétroactive signifiant que le médecin se renseigne et consulte des sources afin de rédiger l'OMA.

Il est intéressant d'analyser ces 16% d'erreurs médicamenteuses afin de mettre en avant les principales erreurs et d'ainsi améliorer le processus de conciliation médicamenteuse. Nous avons relevé différents types de DNI.

Nous relevons l'erreur par omission, c'est-à-dire un oubli de prescrire sur l'OMA un médicament présent dans le BMO. Il s'agit de l'erreur majoritairement retrouvée lors de notre étude. Cela peut être dû à la complexité des prescriptions de cette population polymédiquée (62).

Nous notons également l'erreur de dosage retrouvé en deuxième position. Elle signifie que le médecin prescrit sur l'OMA le mauvais dosage d'un médicament. Ces deux types d'erreurs principalement identifiés dans notre étude sont généralement les plus retrouvés à l'échelle de la France. En effet, dans l'étude Med'Rec, la conciliation médicamenteuse évite principalement les erreurs d'omission et de dosage (49).

Enfin, les erreurs de médicament et de modalité d'administration sont apparues très minoritairement mais ne sont pas négligeables pour autant.

Ces erreurs peuvent se produire à cause de la charge de travail des professionnels, du manque de relecture ou par erreur d'inattention. La conciliation médicamenteuse permet une relecture attentive et complémentaire de la prescription médicale.

b. Une meilleure collaboration avec les professionnels de santé

La mise en place de la conciliation médicamenteuse à la Polyclinique Lyon Nord a permis d'améliorer les relations avec les différents professionnels de santé. A chaque entretien, les médecins de l'hôpital et les infirmières étaient concernés par cette démarche et étaient acteurs de la recherche d'informations.

Le calcul des scores anticholinergiques pour chaque patient a été présenté aux médecins comme moyen de prévention des potentiels risques des effets anticholinergiques sur une population gériatrique fragile. Une étude publiée en 2009, réalisée sur des personnes âgées de soixante-cinq ans et plus dans trois villes françaises, durant quatre ans, a montré que les personnes âgées prenant des médicaments anticholinergiques présentaient un risque accru de déclin cognitif et de démence. L'arrêt du traitement anticholinergique était associé à un risque réduit (64).

Les effets indésirables périphériques ne sont pas moins « graves » que les centraux puisque cumulés à la fragilité d'une personne âgée et à la polymédication, cela augmente la toxicité anticholinergique mais aussi l'interaction avec les principaux syndromes gériatriques (chutes et dénutrition). Dans la littérature, les anticholinergiques sont impliqués dans les chutes, l'altération des fonctions cognitives, la confusion et contribuent à la perte de fonctions cognitives (37). L'évaluation de l'impact des anticholinergiques est donc un enjeu majeur pour les sujets âgés, d'autant plus qu'ils présentent des comorbidités cognitives.

C'est ainsi que les échanges avec les médecins doivent être soigneusement envisagés afin de rediscuter certaines indications de médicaments et d'émettre nos doutes quant à certaines indications pas ou plus justifiées.

Ces patients sont plus que polymédiqués d'où les scores élevés. Dans ces cas de figure, nous avons revu les indications des médicaments unes par unes afin d'essayer de réduire la charge anticholinergique. Ce processus n'est pas si évident puisqu'il faut prendre en compte le fait que

la plupart des patients ont leur traitement depuis longtemps et qu'il est équilibré. Ainsi, le moindre arrêt ou changement peut parfois être délicat et risque un déséquilibre.

De plus, lors de la clôture d'une conciliation médicamenteuse, l'appel au médecin en charge est automatiquement effectué. Cet échange permet d'apporter notre analyse pharmaceutique et de discuter synergiquement de la meilleure prise en charge à avoir. Parfois cet échange n'est pas possible par manque de disponibilité du médecin. C'est pourquoi, nous avons une traçabilité de la conciliation médicamenteuse dans le dossier médical du patient consultable sur le logiciel de l'hôpital MEDIBORAD™.

En externe, cette démarche a amélioré un échange avec les professionnels de santé et plus particulièrement avec le pharmacien d'officine. Ce dernier étant automatiquement contacté lors de la rédaction du BMO. Cet échange est bénéfique pour les deux parties. Nous obtenons les informations nécessaires à la bonne prise en charge du patient et nous prévenons le pharmacien de l'hospitalisation de l'un de ses patients. Généralement, il est très peu sollicité lors de l'admission d'un patient et est informé par le patient lui-même d'une hospitalisation. Il nous a paru important de l'inclure dans le parcours de soins, le pharmacien d'officine étant le premier contact direct des patients et le plus sollicité par ces derniers. Il joue un rôle primordial dans l'adhésion thérapeutique du patient. Il peut ainsi anticiper la sortie de l'hôpital du patient en prenant en compte de potentiels changements de traitements et commander ainsi les médicaments en avance. Cela permet d'éviter toute interruption de soins et de sécuriser la prise en charge. Enfin, il sera d'autant plus vigilant lors des délivrances qui suivent l'hospitalisation.

Nous possédons aussi les noms des différents médecins spécialistes et généralistes du patient grâce à ses ordonnances personnelles. Cela nous permet de les contacter en cas de besoin de plus d'informations sur une indication de traitement. Il est également important de les informer de l'hospitalisation du patient. Cependant, les médecins sont généralement peu contactés par manque de temps et sont prévenus lors de la rédaction du courrier de sortie.

c. Relation avec les patients

Le patient est trop souvent mis à l'écart dans sa prise en charge ce qui ne favorise pas son observance. La réalisation systématique des entretiens augmente la sensibilisation du patient dans sa prise en charge. Les études menées par Renaudin A. et al. et Duval M. et al. classent l'entretien avec le patient dans le top trois des sources les plus consultées. Celui-ci est mentionné comme étant la source à utiliser en priorité : l'implication du patient étant importante pour le recueil d'informations afin de le rendre acteur de son traitement (62).

Durant cet échange, nous prenons le temps de l'écouter. Nous le mettons en confiance pour avoir ses ressentis et le laisser nous exprimer ses possibles gênes avec ses traitements. Notre but est également de lui rappeler l'importance de ses traitements et l'indication de chacun si on sent le patient démotivé ou peu intéressé par ses traitements. Il faut rappeler au patient qu'il est acteur de sa santé et que son adhésion thérapeutique en dépend.

Les patients ont montré un grand intérêt pour ces entretiens. Ils se sont sentis d'autant plus concernés par leur santé et inclus dans leur parcours de soins. Le patient reste la première source fiable à utiliser, lorsqu'il demeure autonome, pour ces entretiens. Notre disponibilité et notre écoute ont été appréciées par les patients créant ainsi une relation de confiance.

2) Les difficultés rencontrées en pratique

a. Manque de temps

Pour rappel, la conciliation médicamenteuse est réalisée principalement par l'étudiant de cinquième année en pharmacie qui est présent à la PUI seulement le matin. Or, l'exécution d'une conciliation médicamenteuse prend du temps et il est fréquent qu'il y en ait plusieurs à réaliser le même jour. L'entretien avec le patient, la recherche d'autres sources (appel à la pharmacie d'officine), la rédaction du BMO et la comparaison avec l'OMA prennent environ une heure. Plusieurs études estiment qu'il faut entre quarante-six minutes à cent-dix minutes pour réaliser une conciliation médicamenteuse (65). La validation et l'échange avec le médecin de l'hôpital prennent également du temps.

Le manque de temps des professionnels de santé a également été un frein à la bonne réalisation de la conciliation médicamenteuse. Pour chaque entretien, l'appel à la pharmacie d'officine du patient a été réalisé. Comme dit précédemment, il est très intéressant de la contacter car elle représente une source d'informations fiable et elle est informée de l'hospitalisation du patient l'incluant dans le parcours de soins. Cependant, cet appel demande de la disponibilité de la part du pharmacien d'officine qui en manque cruellement. Il constitue un premier échange où nous expliquons notre démarche ainsi que les enjeux de la conciliation médicamenteuse. Le pharmacien doit prendre le temps d'aller consulter le dossier pharmaceutique du patient afin de nous communiquer les potentielles ordonnances manquantes. Ce processus prend beaucoup de temps. De nombreuses fois les appels ont été très brefs, se limitant à l'envoi des ordonnances par messagerie sécurisée. Ce manque de temps détériore l'intérêt de l'échange avec l'extérieur et la volonté d'inclure le pharmacien d'officine dans le parcours de soins. Les médecins de l'hôpital n'étaient pas toujours disponibles rendant la collaboration compliquée. Une solution sera apportée dans la partie 3 afin de rendre ce travail plus efficient.

b. Collaboration difficile entre professionnels de santé

Le manque de temps des professionnels de santé de l'hôpital n'a pas été le seul facteur d'une collaboration parfois difficile. Comme vu précédemment, la conciliation médicamenteuse a pour objectif de sécuriser le parcours de soins du patient grâce à une communication et collaboration entre les différents professionnels de santé. Or, dans l'enceinte de la Polyclinique, le processus était peu connu. Certains professionnels manquaient de connaissances sur le sujet et n'étaient pas forcément intéressés. Cela a parfois causé un frein à la recherche de sources pour rédiger le BMO. De plus, certaines analyses pharmaceutiques suggérées à propos d'un traitement d'un patient n'ont pas toujours été considérées par les médecins rendant la conciliation médicamenteuse laborieuse. Les études de Fouquier et al. et de Pérennes et al. déclarent que les corrections de DNI sont acceptées par les prescripteurs dans respectivement 85% et 79% des cas. Elles expliquent également que la prise en compte des suggestions pharmaceutiques dépend de l'expérience du prescripteur et de son analyse critique des médicaments. Cela dépend aussi des rapports entre le prescripteur et le pharmacien.

Plus la collaboration entre pharmaciens et médecins est étroite, plus le traitement du patient sera juste (65).

Enfin, il a été constaté que les médecins procédaient également à une recherche de sources à l'admission des patients. Il serait plus pertinent de travailler en synergie afin de gagner du temps et d'éviter une redondance.

c. Une population gériatrique qui rend la communication difficile

Lorsqu'une conciliation médicamenteuse est réalisée, l'entretien avec le patient est réalisé en priorité. Il s'agit de la source la plus fiable et de la plus intéressante à creuser. Cependant, nous avons affaire à une population souvent très âgée et polypathologique donc il faut prendre en compte tous les problèmes qui en découlent : patients avec des troubles cognitifs, fatigués, peu loquaces, avec des troubles de la mémoire ou des oublis de médicaments. Cela a un impact majeur sur la qualité de la communication.

Les notions « d'autonomie » et de « perte d'autonomie » doivent nécessairement être prises en compte lors de la réalisation de la conciliation médicamenteuse car elles impactent la fiabilité des échanges (66).

La perte d'autonomie est le principal frein à l'échange. Elle se définit par la perte des capacités à se déplacer, à réaliser seul les gestes de la vie quotidienne, à s'adapter aux situations rencontrées et par la dépendance du patient (67). Il existe une grille, Autonomie Gériatologique Groupes Iso-Ressources (AGGIR), qui évalue le niveau de perte d'autonomie d'une personne. En fonction, du résultat du patient, le degré de perte d'autonomie est établi et le patient pourra bénéficier de plus ou moins d'aides. Ces aidants peuvent être dans la sphère familiale ou extérieure à celle-ci (époux, épouse, enfants, infirmière à domicile). La présence de tierces personnes dans le parcours de soins éclipse le patient du centre de sa prise en charge et il n'est plus la source principale d'informations. Ce n'est plus lui qui gère seul ses traitements et les discussions autour de ceux-ci seront forcément altérées. L'entretien perd donc en fiabilité. Il est ainsi nécessaire de faire appel aux personnes qui gravitent autour du patient afin de sécuriser la conciliation médicamenteuse. Malheureusement, ces aides ne sont pas présentes lors de l'entretien avec le patient.

Des patients encore autonomes peuvent également rendre les échanges compliqués. Celui-ci gérant seul ses traitements, il faut s'assurer de le questionner sur tous ses médicaments afin d'éviter tout oubli ou toute erreur de prises ou de dosage. La présence de troubles de mémoire ou cognitifs peut donc altérer le dialogue puisqu'il ne connaît pas forcément le nom de ses traitements impactant la fiabilité du discours.

Enfin, la barrière de la langue a pu être un frein dans la réalisation des entretiens.

Tous ces cas de figure rendent l'entretien inexploitable et implique une perte de temps. Pour continuer à prioriser les patients, il serait intéressant de mettre en place des actes facilitant le dialogue. Les aidants pourraient par exemple, être d'avantage sollicités pour les entretiens afin de nous apporter une fiabilité et une sécurité supplémentaires.

3) Propositions d'améliorations futures

a. Mise en place de la conciliation de sortie

La conciliation de sortie n'a pas pu être mise en place par manque de temps. Il serait pertinent de l'effectuer pour améliorer la prise en charge aussi bien à l'entrée qu'à la sortie des patients. Pour rappel, la conciliation de sortie est « un processus interactif qui garantit la continuité du traitement médicamenteux lors du retour à domicile du patient hospitalisé pour une transmission en temps utile d'une information validée » (47). Elle s'effectue juste avant la sortie du patient. Cela demande donc de l'organisation puisqu'il faut connaître précisément le jour de sortie afin de préparer la conciliation. Il s'agit du même processus que la conciliation d'entrée. Le BMO est automatiquement repris et est comparé avec l'ordonnance d'hospitalisation. Toute modification apportée pendant l'hospitalisation doit également être notifiée. Il faut s'assurer qu'il n'y a pas de divergences entre le traitement à poursuivre, la dernière ordonnance d'hospitalisation et l'ordonnance de sortie rédigée par le médecin. Enfin, l'entretien avec le patient est réalisé. Cet entretien est important pour nous et pour le patient. C'est l'occasion de refaire un point sur ses traitements actuels (et ses potentiels nouveaux), de lui demander s'il appréhende le retour à domicile, de le rassurer et d'être à l'écoute.

Il peut être également pertinent de proposer des astuces pour les patients qui ont tendance à oublier leur traitements (réalisation d'un plan de prise avec lui).

La mise en place de la conciliation médicamenteuse de sortie demande plus d'organisation que celle d'entrée puisque la date de sortie d'un patient n'est généralement pas communiquée à la PUI. Les médecins devraient donc systématiquement informer la PUI lors d'une sortie, demandant une logistique supplémentaire. Cependant, elle apporte une importante plus-value à la prise en charge du patient et permet de renforcer la collaboration entre les professionnels de santé.

b. Amélioration de la conciliation d'entrée et ouverture aux autres professionnels de santé

La Polyclinique ne dispose pas de lecteurs de carte vitale ni à l'accueil des urgences, ni à la PUI. Or, la lecture de la carte vitale de chaque patient permettrait d'avoir accès à toutes sortes d'informations primordiales pour la réalisation de la conciliation médicamenteuse d'entrée. La carte vitale contient le DP du patient, maintenant systématiquement ouvert, dans le lequel il est possible de visualiser toutes les dispensations médicamenteuses ainsi que les médicaments achetés en vente-libre sur les douze derniers mois. Ce dispositif serait un gain de temps et de fiabilité énorme lors de la recherche des sources. Avoir un lecteur à la PUI ne serait pas pertinent puisque les patients hospitalisés laissent généralement leur carte vitale à leurs proches. La lecture devrait se faire en amont de l'hospitalisation, à l'accueil des urgences. Ainsi, à chaque admission aux urgences, la carte vitale serait lue aidant ainsi les médecins et facilitant la prise en charge.

L'ouverture de la conciliation d'entrée à d'autres professionnels de santé permettrait de faire gagner du temps et de rendre la conciliation d'avantage efficiente. Actuellement, la conciliation médicamenteuse d'entrée est réalisée de manière rétroactive. Il serait préférable qu'elle devienne proactive car elle permet de prévenir les erreurs médicamenteuses. Les admissions étant principalement en fin de matinée quand l'étudiant, en charge de la conciliation, n'est plus là, cette tâche pourrait être confiée à des professionnels de la PUI. Les préparatrices en pharmacie pourraient prendre part à ce processus et réaliser des entretiens à tout moment de la journée. Cela nécessite de dégager du temps de formation et cela leur rajoute une tâche supplémentaire. Néanmoins, cette nouvelle mission permet aux préparatrices en pharmacie de renouer un contact avec les patients qui demeurent très restreint à l'hôpital. De plus, elles possèdent également une expertise du médicament qui peut être mise à profit. Cette tâche accroîtrait d'avantage leurs compétences et leur polyvalence.

c. Perfectionnement du lien avec les professionnels de santé de ville

Nous nous efforçons de contacter à chaque conciliation médicamenteuse la pharmacie d'officine afin de créer un premier lien avec l'extérieur. Néanmoins, la conversation est parfois brève par manque de temps ne nous laissant pas l'occasion d'échanger en profondeur. Il existe plusieurs voies de communication sécurisées qui pourraient être d'avantage utilisées afin de systématiquement transmettre les informations. L'utilisation d'une messagerie sécurisée comme « MonSissra » permettrait d'envoyer les bilans de conciliation médicamenteuse d'entrée et de sortie à la pharmacie d'officine du patient. Le pharmacien serait alors au courant des modifications de traitements, de l'état du patient et ainsi prévoir sa venue. Il existe quelques bémols à cette idée. Tous les pharmaciens d'officine ne disposent pas de messagerie « MonSissra » limitant ainsi le passage des informations. De plus, le risque est de surcharger les pharmaciens d'informations qui pourraient alors passer à côté des essentielles.

Depuis peu, une nouvelle plateforme a été créée, s'intitulant « Mon espace santé ». Il s'agit d'un « carnet de santé numérique et sécurisé » (68). Ce service permet au patient de stocker ses documents et ses données de santé en toute sécurité. Ce carnet peut être partagé, avec l'accord du patient, aux professionnels de santé afin de garantir un meilleur suivi et prise en charge. Les professionnels de santé ayant accès à l'espace santé du patient peuvent directement l'alimenter de divers documents (résultats d'analyses, comptes-rendus médicaux, ordonnances, actes vaccinaux). Il pourrait donc également être envisagé d'alimenter cet espace avec les comptes-rendus de conciliation médicamenteuse. Cet outil reste cependant peu approprié à une population gériatrique peu à l'aise avec internet et qui ne connaît pas forcément le nom des professionnels de santé. En revanche, cet espace bénéficie d'une messagerie sécurisée qui peut être utilisée par les professionnels de santé, les personnes du médicosocial et du social (68). Cela faciliterait donc les échanges d'informations.

d. Lien avec les aidants

La dernière proposition d'amélioration futures est d'impliquer d'avantage les aidants dans le processus de conciliation médicamenteuse. Dans la majorité des entretiens avec les patients, il a été constaté que les aidants (famille ou corps médical) jouaient un rôle principal dans le parcours de soin du patient. En effet, ils détiennent généralement beaucoup d'informations cruciales et connaissent très bien les traitements. Cependant, ceux-ci ne sont jamais présents lors de l'entretien. Etant réalisé en chambre le matin, les aidants ne sont plus autorisés à être présents. Ainsi, il pourrait être envisagé de réaliser l'entretien directement à l'entrée quand l'aidant est encore présent. Cela ne fonctionne pas pour les patients amenés par les pompiers ou par ambulance. En revanche, lors de l'entretien de conciliation de sortie, il pourrait être envisageable de donner rendez-vous aux aidants afin qu'ils prennent part à l'entretien. Ils seraient informés en temps réel des potentiels changements de traitement et resteraient impliqués dans la prise en charge du patient. Les patients ont montré leur enthousiasme quant aux entretiens réalisés. Il serait aussi intéressant de juger la satisfaction des aidants et de prendre en compte leurs remarques afin d'améliorer le processus.

CONCLUSION GENERALE

THESE SOUTENUE PAR Mme Domitille OLLIER

A l'issue de ce travail, il a été mis en évidence l'importance de la conciliation médicamenteuse dans la prise en charge des patients. Cette démarche permet de sécuriser la prise en charge du patient tout au long de son parcours de soins et plus particulièrement aux points de transitions : entrée, transferts et sortie. De plus, la continuité des soins est assurée.

Dans cet exercice de thèse, il a été décrit le processus de mise en place de la conciliation médicamenteuse d'entrée au sein du service de médecine de la Polyclinique Lyon Nord. Le but de cette démarche était de réduire l'iatrogénie et les prescriptions inappropriées chez le sujet âgé. Cette population étant la plus souvent à risques d'interactions médicamenteuses due à sa fragilité et à sa polymédication. La volonté de renforcer le lien interprofessionnel et de replacer le patient au centre de sa prise en charge étaient également une motivation à la mise en place de la conciliation médicamenteuse.

Ainsi, à la suite de l'étude, des résultats ont pu être dégagés. Il a été mis en lumière les bénéfices de cette pratique. La prise en charge à l'admission du patient âgé a été améliorée. De plus, l'interception des erreurs a permis de réduire toutes divergences intentionnelles ou non intentionnelles. Il a été constaté une amélioration de la collaboration entre professionnels de santé au sein de l'hôpital et une favorisation de la communication avec les professionnels de santé de ville, notamment les pharmaciens d'officine. Enfin, les échanges avec le patient ont été renforcés.

Cependant, certaines difficultés ont été rencontrées lors de l'étude. Le manque de temps des professionnels de santé, la communication parfois altérée avec une population âgée et une collaboration parfois difficile avec les professionnels de santé de ville ont été les principales difficultés rencontrées.

Afin de faire face à ces difficultés, des propositions futures ont été exposées. Le but étant de pérenniser la conciliation médicamenteuse au sein de la Polyclinique Lyon Nord et de la rendre encore plus efficace. La conciliation médicamenteuse pourrait être réalisée par d'autres professionnels de santé comme les préparatrices en pharmacie afin de pallier le manque de temps et il serait intéressant d'impliquer d'avantage l'aidant lors de la conciliation. De plus, il a été proposé de mettre en place la conciliation de sortie. Celle-ci permettrait d'avoir une prise

en charge complète du patient, de son entrée à sa sortie. Le retour à domicile ou le transfert dans un autre établissement de soins serait donc documenté et sécurisé. L'objectif serait également de transmettre automatiquement les rapports de conciliation médicamenteuse via messagerie sécurisée aux professionnels de santé encadrants le patient. Enfin, la mise en place d'un lecteur de carte vitale à la PUI serait un gain de temps pour accéder aux informations grâce au DP. Ce dernier pourra également être alimenté automatiquement ce qui faciliterait le partage d'informations et sécuriserait d'avantage la prise en charge des patients.

Cette thèse met en évidence l'importance de la conciliation médicamenteuse dans la pratique hospitalière et souligne la nécessité d'une approche collaborative et centrée sur le patient afin de garantir la sécurité et la qualité des soins.

Le Président de la thèse,
Nom :
Pr Catherine RIOUFOL
Signature :

Pr Catherine RIOUFOL
Pharmacien PU-PH
Chef de Service
PUI GH Sud - HCL

Vu et permis d'imprimer, Lyon, le *20 décembre 2024*
Vu, le Directeur de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques, Faculté de Pharmacie

Pour le Président de l'Université Claude Bernard Lyon 1,

Professeur C. DUSSART

BIBLIOGRAPHIE

1. Assurance maladie. Médicaments après 65 ans : effets indésirables fréquents (iatrogénie). [En ligne]. 2024 [cité 11 juillet 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/medicaments/medicaments-et-situation-de-vie/iatrogenie-medicamenteuse#:~:text=La%20iatrog%C3%A9nie%20m%C3%A9dicamenteuse%20d%C3%A9signe%20l%27affecte%20particuli%C3%A8rement%20les%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es>
2. Vogel T, Lang PO. Iatrogénie chez la personne âgée. Actualités Pharmaceutiques. Janv 2018;57(572):23-5.
3. Cecile M, Seux V, Pauly V, Tassy S, Reynaud-Levy O, Dalco O, et al. Accidents iatrogènes médicamenteux chez le sujet âgé hospitalisé en court séjour gériatrique : étude de prévalence et des facteurs de risques. La Revue de Médecine Interne. Mai 2009 ;30(5):393-400.
4. Blain H, Rambourg P, Le Quellec A, Ayach L, Biboulet P, Bismuth M, et al. Bon usage des médicaments chez le sujet âgé. La Revue de Médecine Interne. Oct 2015;36(10):677-89.
5. Ankri J. Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. Gériatrie et Société. 2002 ;25(n°103):93
6. Santé Publique France. Promouvoir la participation sociale des personnes âgées [Introduction au dossier]. [En ligne]. 2018 [cité 15 septembre 2024]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/promouvoir-la-participation-sociale-des-personnes-agees-introduction-au-dossier>
7. Trinh-Duc A, Doucet J, Bannwarth B, Trombert-Paviot B, Carpentier F, Bouget J, et al. Admissions des sujets âgés aux Services d'Accueil des Urgences pour effets indésirables médicamenteux. Therapies. Sept 2007;62(5):437-41.
8. Le Manuel MSD version pour les professionnels de la santé. Évaluation gériatrique standardisée. [En ligne]. 2024 [cité 15 septembre 2024]. Disponible sur : <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/g%C3%A9riatrie/prise-en-charge-du-patient-g%C3%A9riatrique/%C3%A9valuation-g%C3%A9riatrique-standardis%C3%A9e>
9. HAS. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. [En ligne]. 2005 [cité le 18 septembre 2024]. Disponible sur : https://bonusagedumedicament.com/wp-content/uploads/2020/03/SLegrain_Consommation_medicamenteuse_personne_agee-HAS-2005.pdf
10. Pepersack T. La prescription inappropriée en gériatrie. Revue médicale de Bruxelles. 2013 ;34 :295-300.

11. Legrain S. Mieux prescrire chez le sujet âgé en diminuant l'« underuse », la iatrogénie et en améliorant l'observance. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. févr 2007;191(2):259-70.
12. HAS. EPP prescription médicamenteuse chez le sujet très âgé. [En ligne]. 2009 [cité 20 septembre 2024]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_675707/ensemble-ameliorons-la-prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-pmsa
13. Andro M, Estivin S, Gentric A. Prescriptions médicamenteuses en gériatrie : overuse (sur-utilisation), misuse (mauvaise utilisation), underuse (sous-utilisation). Analyse qualitative à partir des ordonnances de 200 patients entrant dans un service de court séjour gériatrique. La Revue de Médecine Interne. Mars 2012;33(3):122-7.
14. Légifrance. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. [En ligne]. 2023 [cité le 25 septembre 2024]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000787078/>
15. Laroche ML, Bouthier F, Merle L, Charmes JP. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. La Revue de Médecine Interne. juill 2009;30(7):592-601.
16. Assurance maladie. Identifier les médicaments potentiellement inappropriés pour optimiser la prescription. [En ligne]. 2024. [cité le 23 septembre 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/medicaments/risque-iatrogenique-prevention-chez-la-personne-agee-de-65-ans-et-plus/prevention-du-risque-iatrogenique-et-prescription/identification-des-medicaments-potentiellement-inappropriés>
17. GHU de Paris. L'outil REMEDI[e]S pour aider à optimiser les prescriptions médicamenteuses chez les personnes âgées : conception, contenu et utilisation. [En ligne]. 2023 [cité le 23 septembre 2024]. Disponible sur : https://bibliotheques.ghu-paris.fr/index.php?lvl=notice_display&id=154066&lang_sel=en_UK
18. Dalleur O, Mouton A, Marien S, Boland B. STOPP/START, VERSION.2, Un outil à jour pour la qualité de la prescription médicamenteuse chez les patients âgés de 65 ans et plus. Louvain Médicale. 2015 ;134(5)
19. Lang PO, Dramé M, Guignard B, Mahmoudi R, Payot I, Latour J, et al. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. déc 2015;15(90):323-36.
20. Dalleur O, Lang PO, Boland B. La nouvelle version des critères STOPP/START adaptée en français. Pharmactuel. 2016 ;49(1)

21. Brehon E. Médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée : étude portant sur 244 patients hospitalisés en gériatrie aiguë [Thèse d'exercice]. Amiens, France : Université de Picardie ; 2016.
22. SynprefH Hopipharm Marseille. Pharmacie hospitalière et gériatrie. [En ligne]. 2019 [cité le 30 septembre 2024]. Disponible sur : https://www.synprefh.org/files/file/formation/hopi2019_geriatrie-revue-pertinence.pdf
23. By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J American Geriatrics Society. avr 2019;67(4):674-94.
24. OMEDIT Pays de la Loire. Personnes âgées. [En ligne] 2023 [cité le 2 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.omedit-paysdelaloire.fr/boite-a-outils/personnes-agees/>
25. HUG. Pharmacie : PIM-Check. [En ligne]. 2024 [cité le 5 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.hug.ch/pharmacie/pim-check>
26. HUG PIM-check. En préambule. [En ligne]. 2016 [cité le 5 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.pimcheck.org/index.php>
27. ProfessionSanté.ca. PIM-Check : un outil pour détecter les prescriptions inappropriées en médecine interne. [En ligne]. 2016 [cité le 5 octobre 2024]. Disponible sur : https://www.pimcheck.com/documents/Article_PIM-Check_Professionsante.ca.pdf
28. Société française de Gériatrie et Gérontologie. Guide de Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Agées. [En ligne]. 2015. [cité le 10 octobre 2024]. Disponible sur : https://www.ffamco-ehpad.org/docs/2015/ppt_3e_journee_annuelle_ffamco/4-papa.pdf?b8b299c48386e82c6510727bb30d1681=051aec4a218d6d5ca799369d29de1e0c
29. Société française de Gériatrie et Gérontologie. Guide PAPA-Coupon pour obtenir le guide. [En ligne]. 2015 [cité le 15 octobre 2024]. Disponible sur : <https://sfgg.org/actualites/guide-papa-coupon-pour-obtenir-le-guide/>
30. CNP. Le guide PAPA. [En ligne]. 2023 [cité le 16 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.cnpgeriatrie.fr/le-guide-papa/>
31. AFMTELETHON. Acétylcholine. [En ligne]. 2013 [cité le 17 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.afm-telethon.fr/fr/termes/acetylcholine#:~:text=M%C3%A9diateur%20chimique%20d'un%20certain,re%C3%A7ue%20par%20un%20r%C3%A9cepteur%20sp%C3%A9cifique.&text=C'est%20un%20neurotransmetteur%20qui,syst%C3%A8me%20nerveux%20central%20ou%20p%C3%A9riph.>

32. UCLouvain. La transmission cholinergique. [En ligne]. 2024 [cité le 25 octobre 2024]. Disponible sur : <https://sites.uclouvain.be/facm2/dessy/acetylcholine.pdf>

33. Le manuel MSD version pour le grand public. Vieillessement et médicaments. [En ligne]. 2023 [cité le 26 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/la-sant%C3%A9-des-personnes-%C3%A2g%C3%A9es/vieillessement-et-m%C3%A9dicaments/vieillessement-et-m%C3%A9dicaments>

34. OMEDIT Pays de la Loire. Médicaments anticholinergiques chez le sujet âgé : Les bons réflexes de prescription. [En ligne] 2021 [cité le 18 septembre 2024]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/MPI_Fiche%20médicaments%20anticholinergiques%20chez%20le%20sujet%20ag%C3%A9_OMeDIT.pdf

35. OMEDIT Centre-Val de Loire. Iatrogénie et chutes chez le sujet âgé. [En ligne]. 2020 [cité le 30 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.omedit-centre.fr/medias/Iatrogenie-chutes-sujet-age.pdf>

36. Martin S. Anticholinergiques et population âgée : de l'identification à l'optimisation des ordonnances par le pharmacien [Thèse d'exercice]. Cholet, France : Université d'Angers ; 2022.

37. Gouraud-Tanguy A, Berlioz-Thibal Marielle, Brisseau JMarie, Ould Aoudia V, Beauchet O, Berrut G, et al. Analysis of iatrogenic risk related to anticholinergic effects using two scales in acute geriatric inpatient unit. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement. Mars 2012;10(1):27-32.

38. Javelot H, Meyer G, Becker G, Post G, Runge V, Pospieszynski P, et al. Les échelles anticholinergiques : usage en psychiatrie et mise à jour de l'échelle d'imprégnation anticholinergique. L'Encéphale. Juin 2022;48(3):313-24.

39. Boustani M, Campbell N, Fox C. Impact of anticholinergics on the aging brain: a review and practical application. Aging Health 2008;4:311—20.

40. Briet, J. 2015. « Coefficient d'Imprégnation Anticholinergique : Mise au point d'un nouveau score et application en population psychiatrique. » Thèse de Pharmacie, Université de Dijon, 90p

41. OMEDIT Pays de la Loire. Conciliation médicamenteuse. [En ligne]. 2022 [cité 1er octobre 2024]. Disponible sur: <https://www.omedit-paysdelaloire.fr/lien-ville-hopital/pharmacie-clinique/conciliation-medicamenteuse/>

42. OMEDIT Ile de France. Conciliation médicamenteuse. [En ligne]. 2016 [cité le 2 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.omedit-idf.fr/qualite-securite/parcours-du-patient/conciliation-medicamenteuse-2/>
43. SFPC. Fiche mémo : Préconisations pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux. [En ligne]. 2015 [cité le 2 octobre 2024]. Disponible sur : <https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/08/FicheMemoConciliationMedicamenteuseSFPC.pdf>
44. HAS. La conciliation des traitements médicamenteux en cancérologie. [En ligne]. 2019 [cité le 2 octobre 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_cancerologie.pdf
45. CH Lunéville. Sécuriser le parcours de soins par la coopération des structures, des outils et des hommes. [En ligne]. 2016 [cité le 2 octobre 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/exemple_de_support_de_formation_a_la_conciliation.pdf
46. OMEDIT centre. La conciliation médicamenteuse de sortie. [En ligne]. 2016 [cité le 2 octobre 2024]. Disponible sur https://www.omedit-centre.fr/conciliation/co/4_6-La_conciliation_de_sortie.html
47. Huynh L, Landry A, Colombe M, Auclair V, Gabriel-Bordenave C, Roberge C. Sortie d'hospitalisation en santé mentale : quel processus de conciliation médicamenteuse ? Bilan après un an de phase test. Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien. Sept 2019;54(3):213-21
48. France Assos Santé. La conciliation médicamenteuse. [En ligne]. 2020 [cité le 1 novembre 2024]. Disponible sur : https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2020/09/Fiche-A.13.2-Conciliation-medicamenteuse_2020.pdf
49. Société Française de Pharmacie Clinique. La REMED. [En ligne]. 2013 [cité le 2 novembre 2024]. Disponible sur : https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/11/Manuel_de_la_remed-jan_2013-version_dfinite_300114-copie.pdf
50. ANAP appui santé et médico-social. Enjeux de l'informatisation de la conciliation médicamenteuse. [En ligne]. 2019 [cité le 5 novembre 2024]. Disponible sur : https://www.omedit-normandie.fr/media-files/19349/enjeux_informatisation_conciliation_medicamenteuse_rex.pdf
51. HAS. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. [En ligne]. 2018 [cité le 5 novembre 2024]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017->

[01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf](#)

52. RFCRPV. Risques liés à une mauvaise observance thérapeutique. [En ligne]. 2024 [cité le 5 novembre 2024]. Disponible sur : <https://www.rfcrpv.fr/risques-lies-a-mauvaise-observance-therapeutique/>
53. Scheen A-J, Giet D. Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. Revue Médicale Liège. 2010 ;65 :239-245.
54. OMEDIT Grand-Est. Conciliation médicamenteuse. [En ligne]. 2024 [cité le 8 novembre 2024]. Disponible sur : <https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/conciliation-medicamenteuse-0>
55. Lopez A, Compagnon C. Pertinence et efficacité des outils de politique publique visant à favoriser l'observance. Inspection générale des affaires sociales. 2015. 161p. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/164000424.pdf>
56. HAS. La conciliation des traitements médicamenteux en cancérologie. [En ligne]. 2019 [cité 10 novembre 2024]. Disponible sur : https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_cancerologie.pdf
57. HAS. Initiative des HIGH 5s Medication Reconciliation. [En ligne]. 2015 [cité le 10 novembre 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-11/rapport_dexperimentation_sur_la_mise_en_oeuvre_conciliation_des_traitements_medicamenteux_par_9_es.pdf
58. Ordre National des Pharmaciens. Le DP en pratique – établissement de santé. [En ligne]. 2024 [cité le 12 novembre 2024]. Disponible sur : <https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/pharmacien/je-suis-pharmacien-des-etablissements-de-sante-ou-medicosociaux-et-des-sdis/mon-exercice-professionnel/le-dp-en-pratique-etablissement-de-sante#:~:text=DP%2DPatient,-Avec%20la%20parution&text=Le%20pharma>
59. HAS. Note méthodologique et de synthèse documentaire. [En ligne]. 2015 [cité le 12 novembre 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf
60. OMEDIT Pays de la Loire. Médicaments anticholinergiques chez le sujet âgé : Les bons réflexes de prescription. [En ligne] 2021 [cité le 8 novembre 2024]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/MPI_Fiche%20medicaments%20anticholinergiques%20chez%20le%20sujet%20age_OMeDIT.pdf

61. Fellous L, Henry C, Davido B, Lagrange A, Gille A, Badr C, et al. Analyse des divergences intentionnelles détectées lors de conciliations d'entrée dans un service de médecine. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. mars 2016;51(1):68-9.
62. Ratsimalahelo E. Evaluation des divergences dans la prise en charge médicamenteuse par la conciliation médicamenteuse à l'admission : une étude prospective en traumatologie [Thèse d'exercice]. Genève, Suisse : Université de Genève ; 2022.
63. Fummi C, Brunschweiler B, Vacher H. Conciliation médicamenteuse à l'admission du patient dans une unité de chirurgie orthopédique septique : une étude menée sur six mois. 2021;34:7.
64. Carrière I, Fourier-Reglat A, Dartigues J-F, Rouaud O, Pasquier F, Ritchie K, et al. Drugs With Anticholinergic Properties, Cognitive Decline, and Dementia in an Elderly General Population: The 3- City Study. *Arch Intern Med*. 2009 Jul 27;169(14):1317-24.
65. Correard F, Arcani R, Montaleytang M, Nakache J, Berard C, Couderc AL, et al. Conciliation médicamenteuse : intérêts et limites. *La Revue de Médecine Interne*. sept 2023;44(9):479-86.
66. IFSI de Troyes. L'autonomie. [En ligne]. 2015 [cité le 13 novembre 2024]. Disponible sur : <https://www.ifsi-troyes.fr/sites/default/files/lautonomie.pdf>
67. NUTRISSENS*. Perte d'autonomie. [En ligne]. 2024 [cité le 15 novembre 2024]. Disponible sur : https://www.nutrisens.com/patient-aidant-vieillessement/patient-aidant-perde-dautonomie/?srsId=AfmBOorqcFs667BZw7Y8lby4Hloro1h9jrmRT_2nxizQS_a6EABs2jux
68. Assurance Maladie. Mon espace santé, un carnet santé numérique et sécurisé. [En ligne]. 2024 [cité le 15 novembre 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/mon-espace-sante/mon-espace-sante-carnet-sante-numerique>

ANNEXES



Questionnaire GIRERD *Evaluation de l'observance*

Auto-questionnaire permettant d'estimer le niveau d'observance, à savoir si le traitement est pris régulièrement et conformément à la prescription.

1. Ce matin avez-vous oublié de prendre vos médicaments ?
☐ Oui ☐ Non
2. Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?
☐ Oui ☐ Non
3. Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?
☐ Oui ☐ Non
4. Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours votre mémoire vous fait défaut ?
☐ Oui ☐ Non
5. Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?
☐ Oui ☐ Non
6. Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?
☐ Oui ☐ Non

1.-Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K, Clupek C, Mourad JJ, Consoli S. Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. Presse Med. 2001 June;30(21):1044-1048.

Annexe 1 : Evaluation de l'adhésion thérapeutique – Questionnaire GIRERD

Questionnaire de Morisky sur le respect du traitement (4 questions)

(Cochez une seule réponse par question)

- | | <i>Oui</i> | <i>Non</i> |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre traitement pour (nom de la maladie) ? | ☐ | ☐ |
| 2. Avez-vous parfois du mal à vous rappeler de prendre votre traitement pour (nom de la maladie) ? | ☐ | ☐ |
| 3. Quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter de prendre votre traitement pour (nom de la maladie) ? | ☐ | ☐ |
| 4. Si vous vous sentez moins bien lorsque vous prenez votre traitement pour (nom de la maladie), arrêtez-vous parfois de le prendre ? | ☐ | ☐ |

CALCUL DU SCORE

Le MMAS est un questionnaire générique d'évaluation de l'observance thérapeutique rempli par les patients, dans lequel le nom du problème de santé concerné (hypertension artérielle, diabète, cholestérol, sida, contraception, etc.) remplace « nom de la maladie ». Ce questionnaire comporte quatre questions, dont le barème est de 0 pour « Oui » et 1 pour « Non ». Les points pour chaque question sont additionnés pour obtenir un score compris entre 0 et 4.

MMAS-4 - France/French - Final version - 03 May 07 - Mapi Research Institute.
GlaxoSmithKline - François-Emery Cotté.

Annexe 2 : Evaluation de l'adhésion thérapeutique – Questionnaire MORISKY (MMAS 4)

NOM : Prénom : Date de naissance : / / IPP : Nom du service : N° de chambre : Date d'admission : / / Adresse : Téléphone :	Personne à contacter : Médecin traitant : Pharmacien d'office : Infirmier à domicile : EHPAD : Dossier Pharmaceutique : ☐ oui ☐ non	Allergies : ☐ oui ☐ non lesquelles : Phytothérapies : ☐ oui ☐ non lesquelles : Automédication : ☐ oui ☐ non Crèmes/pommades : ☐ oui ☐ non Collyres : ☐ oui ☐ non Injections : ☐ oui ☐ non Patchs : ☐ oui ☐ non
--	--	---

Information datée du															
Sources d'information		Patient		Pharmacien d'office		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

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

Annexe 3 : Fiche de recueil des informations par source pour concilier – Rapport d'expérimentation du projet Med'Rec - HAS

Trame d'entretien du patient

Introduction

- Se présenter, dire sa profession et expliquer l'objectif de l'entretien, par exemple : « Je souhaiterais échanger avec vous au sujet des médicaments que vous prenez habituellement pour m'assurer que la liste à notre disposition est exacte et actualisée. »
- Vérifier l'identité du patient : « Quel est votre nom et votre prénom ? Quel âge avez-vous ? etc. »
- Vérifier que le patient est réceptif par ex. : « Pouvez-vous me consacrer quelques minutes pour parler de votre traitement ? Ce moment vous convient-il ? »

Recueil des données

- Poser des questions ouvertes, par ex. :
 - « Avez-vous ouvert un dossier pharmaceutique ? Pouvons-nous accéder à vos données ? »
 - « Avez-vous une liste de vos médicaments ? Êtes-vous venu avec vos ordonnances (Médecin traitant et/ou spécialiste(s) et ou médecin hospitalier) ? »
 - Avez-vous apporté vos médicaments habituels (boîtes) ?
Si oui, les avez-vous dans votre chambre ? Les prenez-vous en plus des médicaments qui vous sont donnés par les infirmières ? (Si oui, le savent-elles ?)
 - « Quels sont les médicaments que vous preniez habituellement avant votre hospitalisation ? » (Si le patient ne les connaît pas : « Y a-t-il un membre proche qui connaît votre traitement ? Comment pouvons-nous le joindre ? »)
 - « À quoi servent vos médicaments ? »
 - « Comment prenez-vous vos médicaments ? (combien, quand – à quelle fréquence prenez-vous le médicament X, ex : arrêt de traitement le week-end ou prise hebdomadaire ou mensuelle ? »
 - « Depuis combien de temps avez-vous ce traitement ? A-t-il été modifié récemment ? Si oui savez-vous pourquoi ? »
 - Avez-vous des difficultés pour les prendre (oubli, effets indésirables) ? Modifiez-vous la façon de les prendre par rapport à ce que vous a dit votre médecin et votre pharmacien ? »
 - « Y a-t-il des médicaments que vous prenez à certaine fréquence (hebdomadaire, mensuelle, etc.) ?, si oui quels sont-ils ? »
 - « Qui vous a prescrit vos médicaments ? (médecin traitant, médecins spécialistes, hospitaliers) ? »

Ciblage sur les médicaments particuliers

- Insister sur les médicaments particuliers suivants et sur les fréquences (formes retard/hebdomadaires).
Par ex. : « Est-ce que vous utilisez :
 - des gouttes pour les yeux ? gouttes/vaporisateur pour le nez ? pommades/crèmes ?
 - des patchs ? implants contraceptifs ?
 - avez-vous des médicaments injectables ?
 - insuline ? « avez-vous un carnet de suivi ? »
 - avez-vous des médicaments nécessitant un suivi particulier ?
 - anticoagulants : avez-vous une carte patient ?
 - si AVK : « avez-vous un carnet de suivi ? Quel était votre INR lors de votre dernier contrôle ? » ; « Connaissez-vous votre INR cible ? »

Trame d'entretien du patient

Antibiotiques

« Prenez-vous des antibiotiques ? Vous souvenez-vous du nom ? Depuis quand ? Pourquoi ? En avez-vous pris dans les 3 derniers mois ? Savez-vous pourquoi ? »

Médicaments sans prescription médicale

« Prenez-vous des médicaments en dehors de ceux prescrits par ou un plusieurs médecins que vous achetez à la pharmacie ou par internet ? »

« Quels sont ces médicaments ? »

Phytothérapie/compléments alimentaires/vitamines

« Prenez-vous des produits à bases de plantes ou des compléments alimentaires ? Souvent ? Pour quelles raisons ? »

Observance du traitement et organisation des prises de médicaments

« Que faites-vous lorsqu'il vous arrive d'oublier une prise de traitement ? »

« Êtes-vous aidé au quotidien dans la gestion de votre traitement ?

Si oui par qui ? (IDE, entourage, pharmacien d'officine, etc.)

« Avez-vous des outils d'aide à la gestion de votre traitement ? (pilulier, alertes/alarmes téléphoniques, etc.) »

Allergies/effets indésirables

« Êtes-vous allergique à certains médicaments ? Si oui : « Souvenez-vous lesquels ? » ; « Comment se manifeste cette allergie ? En avez-vous déjà parlé à un professionnel de santé ? »

« Avez-vous des effets indésirables avec votre traitement ? Si oui lesquels ? (Ex : réactions cutanées, étourdissements, troubles digestifs, etc.) »

Coordonnées des professionnels de santé

« Quel est le nom de votre médecin traitant ? (numéro de téléphone si besoin)

Allez-vous toujours à la même pharmacie ? Si oui laquelle ? (nom et numéro de téléphone)

Si besoin « quel est le nom des médecins spécialistes consultés, de l'IDE »

Conclusion

« Avez-vous d'autres questions sur vos médicaments ? »

« Si jamais vous vous rappelez de quelque chose à la suite de notre discussion, n'hésitez pas à informer le personnel soignant »

« Merci de nous avoir accordé de votre temps »

Annexe 4 : Guide d'entretien du patient à l'admission en établissement de santé pour l'obtention du bilan médicamenteux optimisé - HAS

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

*Nom du conciliateur 1 – **Nom du conciliateur 2

d'expérimentation du projet Med'Rec – HAS

Conciliation médicamenteuse

Date :

Nom :

Prénom :

Date de naissance/Âge :

Date d'entrée :

Service :

Pathologies principales :			
Antécédents :			
Allergies :			
Poids (kg) :	Clairance C&G (ml/min) :	ou	Créatinine (μmol/l) :
TA (mmHg) :	K (mmol/l) :	Na (mmol/l) :	

☐ Pharmacie de référence ?

Si oui, laquelle ?

Téléphone :

☐ Lecture DP via la carte vitale ?

☐ Appel pharmacie ?

☐ Médecin référent :

☐ Passage d'un infirmier pour la prise de traitements ?

☐ Présence d'un pilulier ?

☐ Éventuelles allergies, intolérances médicamenteuses ?

☐ Éventuels EI à l'un ou l'autre des médicaments ?

- ☐ Prise d'antibiotiques dans les 6 derniers mois ?
- ☐ Qui s'occupe de vos médicaments à la maison ? Pouvez-vous me citer les médicaments que vous prenez à la maison et à quoi ils servent ?
- ☐ Automédication ? Phytothérapie ?

Bilan Médicamenteux Optimisé

Bilan médicamenteux		Ordonnance hospitalière			Conciliation	
Médicaments	Sources	Médicaments	Existence d'une divergence	Intentionnelle ou non	Décision médicale/gestion des divergences	Commentaires

(Minimum 3 sources à consulter : le patient, l'entourage, la pharmacie d'officine de référence, le médecin G, les ordonnances du patient, le DMP, les médicaments apportés par le patient...)

- ☐ Evaluation des divergences :
 - Intentionnelles:
 - Non intentionnelles:
- ☐ Gestion de ces divergences et commentaires

Estimation de l'observance

Questionnaire de MORISKY (non = 1 point)

- Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre traitement
- Avez-vous parfois du mal à vous rappeler de prendre votre traitement ?
- Quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter de prendre votre traitement ?
- Si vous vous sentez moins bien, arrêtez-vous de prendre votre traitement ?

Score de : /4 (4/4 = bonne observance)

Proposition de STOP / START (si patient âgé) :

STOP :

START :

Analyse pharmaceutique :

Médicament inapproprié chez la personne âgée ?

Score anticholinergique ?

- Echelle ACB (centrale): Score =

- Echelle CIA (périphérique): Score =

Interactions médicamenteuses ?

Effets indésirables liés aux médicaments ?

Annexe 6 : Fiche de conciliation médicamenteuse de la Polyclinique Lyon Nord

Les médicaments avec un fort potentiel anticholinergique (score = 3) sont à éviter chez la personne âgée, ils font partie des médicaments potentiellement inappropriés.
Pour rechercher une alternative à potentiel anticholinergique moindre dans une même classe thérapeutique, se rendre dans l'onglet "Recherche d'alternative".



Polyclinique Lyon Nord

Rillieux-la-Pape

Service Pharmacie / Stérilisation

65 rue des Contamines
69140 Rillieux-la-Pape
Tel : 04 72 01 38 05

Dr LECOINTRE Romain, Pharmacien Responsable

Dr CHAZAUD Chloé, Pharmacien Adjoint

Dr HEITZMANN Justine, Pharmacien Adjoint

Destinataire

Pharmacie Référente :

[Courrier - nom destinataire]

[Courrier - adresse destinataire]

[Courrier - cp ville destinataire]

Médecin correspondant :

[Médecin correspondant - Médecine générale - Nom Prénom]

[Médecin correspondant - Médecine générale - adresse]

Rillieux la Pape, le [Général - date du jour]

Objet : Compte rendu conciliation médicamenteuse d'entrée et ou de sortie

Docteur, Chère Consœur, Cher Confrère,

Nous avons eu un entretien pharmaceutique avec votre patient [Patient - Nom utilisé] [Patient - Prénoms de naissance] né(e) le [Patient - date de naissance] ([Patient - âge]) pour une conciliation médicamenteuse d'entrée au cours de son passage au sein du service [Sejour - Service].

Nous vous transmettons dans ce courrier tous les éléments de sa prise en charge pharmaceutique.

Données Patient

Motif d'hospitalisation : [Sejour - Observation entrée - Motif]

Poids : [Patient - Constantes (Dernier relevé) - Poids]

Clairance rénale : [Patient - Constantes (Dernier relevé) - Clairance de la créatinine] [Sejour - Constantes (Dernier relevé) - Clairance de la créatinine]

Allergies : [Patient - Antécédents - Allergiques] [Sejour - Antécédents - Allergiques]

Antécédents :

[Patient - Antécédents - tous par appareil]

Pathologies :

[Patient - Pathologies]

[Sejour - Pathologies]

Éléments recueillis pendant l'entretien

Gestion des médicaments à domicile :

Automédication :

Automédication par des produits naturels :

Allergie médicamenteuse connue :

A l'entrée en hospitalisation

Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO)

Sources (barrer les réponses non valides) :

- 1- Patient
- 2- Entourage, précision :
- 3- Ordonnances apportées par le patient
- 4- Officine
- 5- Autres :

Médicament / Dosage	Posologie	Source n°	Source n°	Source n°	Commentaire

Traitement à l'entrée prescrit :

[Prescription Séjour - Prescription et traitements en cours]
 [Prescription Séjour - Médicaments (en cours)]

Nombre de divergence (n=)

Intentionnelle (n=):

Non intentionnelle (n=) :

Commentaire :

Estimation de l'observance

Questionnaire de MORISKY (non = 1 point)
 prendre votre traitement

vous rappeler de prendre votre traitement ?

vous arrive-t-il d'arrêter de prendre votre traitement ?

arrêtez-vous de prendre votre traitement ?

Score de : /4 (4/4 = bonne observance)

- Vous arrive-t-il d'oublier de

- Avez-vous parfois du mal à

- Quand vous vous sentez mieux,

- Si vous vous sentez moins bien,

Proposition de STOP / START (si patient âgé)

STOP :

START :

Evaluation de la charge anticholinergique (si patient âgé)

Echelle ACB (centrale)

Score =

Echelle CIA (périphérique)

Score =

Conclusion conciliation médicamenteuse d'entrée :

A la sortie d'hospitalisation

Traitement de sortie :

[Prescription Sortie - Médicaments]

[Prescription Sortie - Médicaments (en cours)]

Analyse Pharmaceutique :

Conclusion :

Nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire pour la prise de votre patient.

Bien confraternellement,

Dr [Général - rédacteur - Prénom] [Général - rédacteur - nom]

Pharmacien Hospitalier

RPPS : [Général - rédacteur - RPPS]

**Annexe 8 : Compte rendu de conciliation médicamenteuse final inséré dans le dossier patient
sur MEDIBOARD™**

L'ISPB - Faculté de Pharmacie de Lyon et l'Université Claude Bernard Lyon 1 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

L'ISPB - Faculté de Pharmacie de Lyon est engagé dans une démarche de lutte contre le plagiat. De ce fait, une sensibilisation des étudiants et encadrants des thèses a été réalisée avec notamment l'incitation à l'utilisation d'une méthode de recherche de similitude.

OLLIER Domitille

Mise en place de la conciliation médicamenteuse d'entrée en service de médecine chez le sujet âgé ou polymédiqué à la Polyclinique Lyon Nord

Th. D. Pharm., Lyon 1, 2025, 104 p.

RESUME

La conciliation médicamenteuse est une étape importante dans la prise en charge des patients à l'hôpital. Elle permet de sécuriser cette prise en charge et d'assurer la continuité des soins. Le but est également d'améliorer la coordination entre tous les acteurs de la prise en charge et de renforcer le lien entre les professionnels de santé et les patients. Dans le cadre de la thèse d'exercice en pharmacie, une étude sur la mise en place de la conciliation médicamenteuse d'entrée en service de médecine à la Polyclinique Lyon Nord a été menée.

Cette thèse développe le processus de mise en place de la conciliation médicamenteuse. Des résultats ont pu être dégagés et ont été concluants. Il a été possible de définir la mise en pratique de la conciliation médicamenteuse comme bénéfique sur plusieurs points. L'interception des erreurs médicamenteuses a été améliorée conduisant à une sécurisation de la prise en charge du patient. Enfin, la collaboration pluriprofessionnelle au sein de l'hôpital et en dehors a été nettement développée.

Cependant, des difficultés ont été rencontrées notamment à cause du manque de temps des professionnels de santé, d'une communication altérée avec une population âgée et d'une collaboration parfois difficile avec les autres professionnels de santé.

Pour pallier ces difficultés, des propositions futures ont été exposées afin d'améliorer et de pérenniser la conciliation médicamenteuse. Il a été proposé de mettre en place la conciliation de sortie afin de sécuriser le retour à domicile ou le transfert dans un autre établissement de soins. De plus, la conciliation pourra être réalisée par d'autres professionnels de santé comme les préparatrices en pharmacie. Il serait intéressant d'impliquer d'avantage l'aidant lors de la conciliation. La lecture automatique de la carte vitale à la PUI permettrait de faciliter le recueil et le transfert d'informations. Enfin, les relations avec la ville pourraient être améliorées grâce aux transferts d'informations via messagerie sécurisée.

Cette thèse met en évidence l'importance de la conciliation médicamenteuse dans la pratique hospitalière et souligne la nécessité d'une approche collaborative et centrée sur le patient afin de garantir la sécurité et la qualité des soins.

MOTS CLES

Conciliation médicamenteuse ; Lien ville-hôpital ; Entretien patient ; Score anticholinergique ; Iatrogénie

JURY

Pr Catherine RIOUFOL, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier

Dr Chloé CHAZAUD, Pharmacien hospitalier

Dr Magali BOLON-LARGER, Maître de Conférences des Universités et Praticien Hospitalier

Dr Léa SAUTOUR, Pharmacien d'officine

DATE DE SOUTENANCE jeudi 16 janvier 2025

CONTACT magali.bolon-larger@univ-lyon1.fr