

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

THESE

pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présentée et soutenue publiquement le 11 juillet 2016 par

Mme CHOMEL Alexia

Née le 29 janvier 1992
A Saint Etienne

**CONCILIATION MEDICAMENTEUSE EN ONCOLOGIE : CONDITIONS DE MISE EN PLACE
SUR LA BASE DE 100 ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES AU CENTRE LEON BERARD**

JURY

Mme RIOUFOL Catherine, Maître de Conférences

M. LATOUR Jean François, Docteur en Pharmacie

Mme AITICHOU Myriam, Docteur en Pharmacie

Mme SAUVEPLANE Véronique, Docteur en Pharmacie

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

- Président de l'Université M. François-Noël GILLY
- Vice Président du Conseil d'Administration M. Hamda BEN HADID
- Vice-Président de la Commission Recherche M. Germain GILLET
- Vice-Président de la Formation et de la Vie Universitaire M. Philippe LALLE

Composantes de l'Université Claude Bernard Lyon 1

SANTE

- UFR de Médecine Lyon Est Directeur : M. Jérôme ETIENNE
- UFR de Médecine Lyon Sud Charles Mérieux Directeur : Mme Carole BURILLON
- Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques Directrice : Mme Christine VINCIGUERRA
- UFR d'Odontologie Directeur : M. Denis BOURGEOIS
- Institut des Techniques de Réadaptation Directeur : M. Yves MATILLON
- Département de formation et centre de recherche en Biologie Humaine Directeur : Anne-Marie SCHOTT

SCIENCES ET TECHNOLOGIES

- Faculté des Sciences et Technologies Directeur : M. Fabien DE MARCHI
- UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS) Directeur : M. Yannick VANPOULLE
- Ecole Polytechnique Universitaire de Lyon (ex ISTIL) Directeur : M. Pascal FOURNIER
- I.U.T. LYON 1 Directeur : M. Christophe VITON
- Institut des Sciences Financières et d'Assurance (ISFA) Directeur : M. Nicolas LEBOISNE
- ESPE Directeur : M. Alain MOUGNIOTTE

ISPB – Faculté de Pharmacie Lyon
LISTE DES DEPARTEMENTS PEDAGOGIQUES

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE SCIENCES PHYSICO-CHIMIQUE ET PHARMACIE GALENIQUE

- **CHIMIE ANALYTIQUE, GENERALE, PHYSIQUE ET MINERALE**

Monsieur Raphaël TERREUX (Pr)
Monsieur Pierre TOULHOAT (Pr - PAST)
Madame Julie-Anne CHEMELLE (MCU)
Monsieur Lars-Petter JORDHEIM (MCU-HDR)
Madame Christelle MACHON (AHU)

- **PHARMACIE GALENIQUE -COSMETOLOGIE**

Madame Marie-Alexandrine BOLZINGER (Pr)
Madame Stéphanie BRIANCON (Pr)
Madame Françoise FALSON (Pr)
Monsieur Hatem FESSI (Pr)
Monsieur Fabrice PIROT (PU - PH)
Monsieur Eyad AL MOUAZEN (MCU)
Madame Sandrine BOURGEOIS (MCU)
Madame Ghania HAMDY-DEGOBERT (MCU-HDR)
Monsieur Plamen KIRILOV (MCU)
Monsieur Damien SALMON (AHU)

- **BIOPHYSIQUE**

Monsieur Richard COHEN (PU – PH)
Madame Laurence HEINRICH (MCU)
Monsieur David KRYZA (MCU – PH - HDR)
Madame Sophie LANCELOT (MCU - PH)
Monsieur Cyril PAILLER-MATTEI (MCU-HDR)
Madame Elise LEVIGOUREUX (AHU)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE PHARMACEUTIQUE DE SANTE PUBLIQUE

- **DROIT DE LA SANTE**

Monsieur François LOCHER (PU – PH)
Madame Valérie SIRANYAN (MCU - HDR)

- **ECONOMIE DE LA SANTE**

Madame Nora FERDJAQUI MOUMJID (MCU - HDR)

Madame Carole SIANI (MCU – HDR)
Monsieur Hans-Martin SPÄTH (MCU)

- **INFORMATION ET DOCUMENTATION**

Monsieur Pascal BADOR (MCU - HDR)

- **HYGIENE, NUTRITION, HYDROLOGIE ET ENVIRONNEMENT**

Madame Joëlle GOUDABLE (PU – PH)

- **INGENIERIE APPLIQUEE A LA SANTE ET DISPOSITIFS MEDICAUX**

Monsieur Gilles AULAGNER (PU – PH)
Monsieur Daniel HARTMANN (Pr)

- **QUALITOLOGIE – MANAGEMENT DE LA QUALITE**

Madame Alexandra CLAYER-MONTEMBault (MCU)
Monsieur Vincent GROS (MCU-PAST)
Madame Audrey JANOLY-DUMENIL (MCU-PH)
Madame Pascale PREYNAT (MCU PAST)

- **MATHEMATIQUES – STATISTIQUES**
Madame Claire BARDEL-DANJEAN (MCU-PH)
Madame Marie-Aimée DRONNE (MCU)
Madame Marie-Paule PAULTRE (MCU - HDR)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE SCIENCES DU MEDICAMENT

- **CHIMIE ORGANIQUE**
Monsieur Pascal NEBOIS (Pr)
Madame Nadia WALCHSHOFER (Pr)
Monsieur Zouhair BOUAZIZ (MCU - HDR)
Madame Christelle MARMINON (MCU)
Madame Sylvie RADIX (MCU -HDR)
Monsieur Luc ROCHEBLAVE (MCU - HDR)
- **CHIMIE THERAPEUTIQUE**
Monsieur Roland BARRET (Pr)
Monsieur Marc LEBORGNE (Pr)
Monsieur Laurent ETTOUATI (MCU - HDR)
Monsieur Thierry LOMBERGET (MCU - HDR)
Madame Marie-Emmanuelle MILLION (MCU)
- **BOTANIQUE ET PHARMACOGNOSIE**
Madame Marie-Geneviève DIJOUX-FRANCA (Pr)
Madame Marie-Emmanuelle HAY DE BETTIGNIES (MCU)
Madame Isabelle KERZAON (MCU)
Monsieur Serge MICHALET (MCU)
- **PHARMACIE CLINIQUE, PHARMACOCINETIQUE ET EVALUATION DU MEDICAMENT**
Madame Roselyne BOULIEU (PU – PH)
Madame Magali BOLON-LARGER (MCU - PH)
Madame Christelle CHAUDRAY-MOUCHOUX (MCU-PH)
Madame Céline PRUNET-SPANNO (MCU)
Madame Catherine RIOUFOL (MCU- PH-HDR)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE PHARMACOLOGIE, PHYSIOLOGIE ET TOXICOLOGIE

- **TOXICOLOGIE**
Monsieur Jérôme GUITTON (PU – PH)
Madame Léa PAYEN (PU-PH)
Monsieur Bruno FOUILLET (MCU)
Monsieur Sylvain GOUTELLE (MCU-PH)
- **PHYSIOLOGIE**
Monsieur Christian BARRES (Pr)
Monsieur Daniel BENZONI (Pr)
Madame Kiao Ling LIU (MCU)
Monsieur Ming LO (MCU - HDR)
- **PHARMACOLOGIE**
Monsieur Michel TOD (PU – PH)
Monsieur Luc ZIMMER (PU – PH)
Monsieur Roger BESANCON (MCU)
Monsieur Laurent BOURGUIGNON (MCU-PH)

Madame Evelyne CHANUT (MCU)
Monsieur Nicola KUCZEWSKI (MCU)
Madame Dominique MARCEL CHATELAIN (MCU-HDR)

- **COMMUNICATION**
Monsieur Ronald GUILLOUX (MCU)
- **ENSEIGNANTS ASSOCIES TEMPORAIRES**
Monsieur Olivier CATALA (Pr-PAST)
Madame Corinne FEUTRIER (MCU-PAST)
Madame Mélanie THUDEROZ (MCU-PAST)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DES SCIENCES BIOMEDICALES A

- **IMMUNOLOGIE**
Monsieur Jacques BIENVENU (PU – PH)
Monsieur Guillaume MONNERET (PU-PH)
Madame Cécile BALTER-VEYSSEYRE (MCU - HDR)
Monsieur Sébastien VIEL (AHU)
- **HEMATOLOGIE ET CYTOLOGIE**
Madame Christine VINCIGUERRA (PU - PH)
Madame Brigitte DURAND (MCU - PH)
Monsieur Yohann JOURDY (AHU)
- **MICROBIOLOGIE ET MYCOLOGIE FONDAMENTALE ET APPLIQUEE AUX BIOTECHNOLOGIE INDUSTRIELLES**
Monsieur Patrick BOIRON (Pr)
Monsieur Jean FRENEY (PU – PH)
Monsieur Frédéric LAURENT (PU-PH-HDR)
Madame Florence MORFIN (PU – PH)
Monsieur Didier BLAHA (MCU)
Madame Ghislaine DESCOURS (MCU-PH)
Madame Anne DOLEANS JORDHEIM (MCU-PH)
Madame Emilie FROBERT (MCU - PH)
Madame Véronica RODRIGUEZ-NAVA (MCU-HDR)
- **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 Pascale COHEN (Pr)
Monsieur Alain PUISIEUX (PU - PH)
Madame Emilie BLOND (MCU-PH)
Monsieur Karim CHIKH (MCU - PH)
Madame Carole FERRARO-PEYRET (MCU - PH-HDR)
Monsieur Boyan GRIGOROV (MCU)
Monsieur Hubert LINCET (MCU-HDR)
Monsieur Olivier MEURETTE (MCU)
Madame Caroline MOYRET-LALLE (MCU – HDR)
Madame Angélique MULARONI (MCU)
Madame Stéphanie SENTIS (MCU)
Monsieur Anthony FOURIER (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 Daniel HARTMANN (Pr)
Monsieur Philippe LAWTON (Pr)
Madame Sandrine BOURGEOIS (MCU)
Madame Marie-Emmanuelle MILLION (MCU)
Madame Alexandra MONTEBAULT (MCU)
Madame Angélique MULARONI (MCU)
Madame Valérie VOIRON (MCU - PAST)

- **Assistants hospitalo-universitaires sur plusieurs départements pédagogiques**

Madame Florence RANCHON

- **Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)**

Madame Charlotte BOUARD (86^{ème} section)
Madame Laure-Estelle CASSAGNES(85^{ème} section)
Monsieur Karim MILADI (85^{ème} section)
Madame Laurence PAGES (87^{ème} section)

Pr : Professeur

PU-PH : Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

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

PAST : Personnel Associé Temps Partiel

REMERCIEMENTS

A Mme Rioufol, Présidente du jury

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

A M. Latour, Directeur de thèse

Pour m'avoir accueillie en stage hospitalo-universitaire au Centre Léon Bérard, pour m'avoir proposé ce sujet et dirigé ce travail, pour vos conseils et votre soutien, veuillez trouver ici mes sincères remerciements.

A Mme Aitichou, Membre du jury

Pour l'intérêt que tu as porté à ce travail et pour tes conseils, pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse, je te remercie.

A Mme Sauveplane, Membre du jury

Pour m'avoir accueillie lors des mes stages en officine et donné l'envie de faire ce métier, pour avoir accepté de juger ce travail, je vous remercie.

Mes remerciements vont aussi :

A mes parents,

Pour m'avoir permis de faire ces études, pour avoir toujours été présents dans les périodes de doute mais aussi dans les bons moments. Je vous remercie pour tout votre amour et pour vos encouragements. Vous allez enfin pouvoir souffler !! Un grand merci également pour la relecture de ce travail maman ! Je vous aime très fort.

A ma sœur,

Pour ton soutien, pour tous ces après-midi de révisions et de « craquages », pour être tout simplement toi ! Je te souhaite toute la réussite que tu mérites. Je suis si fière de toi. Je t'aime plus que tout.

A celui qui partage ma vie,

Pour tous ces instants inoubliables que tu me fais vivre, mais aussi (et surtout) pour me supporter au quotidien depuis toutes ces années ! Une nouvelle vie s'offre à nous sans révisions et sans thèse ! Merci d'être à mes côtés. Je t'aime de tout mon cœur.

A toute ma famille,

Pour votre bonne humeur, votre soutien et ces instants de bonheur partagés tous ensemble. J'espère que ces réunions de famille dureront encore longtemps. Une pensée particulière à toi mamie, j'espère que tu es fière de moi. Je vous aime.

A mes copines de la fac, en particulier Amélie et Alexandra que j'ai rencontrées en 2ème année et que je n'ai pas quittées depuis. Ca y est on a réussi ! Merci pour votre soutien. A très vite les filles !

A tous mes amis avec qui on passe de supers moments qui permettent de décompresser !

Aux équipes de la pharmacie de Beauregard, la pharmacie Labbé Dutilleul et la grande pharmacie de Saint Chamond, pour m'avoir accueillie durant mes études. Je vous remercie pour votre sympathie, votre disponibilité, vos conseils et vos encouragements. Toutes ces expériences ont été très enrichissantes.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	7
LISTE DES TABLEAUX	13
LISTE DES FIGURES	14
LISTE DES ANNEXES	15
LISTE DES ABREVIATIONS	16
INTRODUCTION	18
PARTIE 1 : LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE	20
1. Historique	20
1.1. La conciliation médicamenteuse aux Etats-Unis et au Canada	20
1.2. La conciliation médicamenteuse en France	21
1.2.1. Le projet High'5s/MedRec	21
1.2.2. Le projet EUNetPaS	22
1.2.3. Les programmes de recherche sur la performance des systèmes de soins (PREPS)22	
2. Définition de la conciliation médicamenteuse	22
2.1. La conciliation médicamenteuse à l'admission	23
2.2. La conciliation médicamenteuse à la sortie	24
3. En France.....	25
3.1. Cadre réglementaire	25
3.1.1. La conciliation médicamenteuse	25
3.1.2. Gestion du traitement personnel des patients hospitalisés.....	27
3.2. Dispositifs de partage d'informations	27
3.2.1. Le Dossier Pharmaceutique (DP)	28
3.2.2. L'historique des remboursements.....	29
3.2.3. Le Dossier Médical Personnel (DMP)	30
3.2.4. Le Dossier Patient Partagé et Réparti (DPPR)	30
3.2.5. Zéro Echange Papier en Rhône-Alpes (ZEPRA)	31
4. Au Centre Léon Bérard (CLB).....	32
4.1. Gestion de la validation pharmaceutique	32
4.2. Procédure de gestion des traitements personnels des patients hospitalisés	33
4.3. Dispositifs de partage d'informations utilisés	34

4.4.	Résultats des visites de certification de 2010 et 2015.....	37
5.	Littérature sur le sujet.....	37
5.1.	Etudes publiées dans le cadre de la conciliation médicamenteuse	37
5.1.1.	Conciliation médicamenteuse à l'entrée.....	38
5.1.2.	Conciliation médicamenteuse à la sortie	46
5.2.	Evaluation de l'impact clinique de la CTM.....	47
5.3.	Implication du pharmacien dans la CTM	49
5.4.	Le dossier Pharmaceutique (DP)	50
5.5.	Gestion des traitements médicamenteux personnels des patients hospitalisés	51
PARTIE 2 : ENTRETIENS AUPRES DE 100 PATIENTS DANS DEUX SERVICES DU CENTRE LEON BERARD.....		53
1.	Introduction	53
2.	Objectifs de l'étude	53
2.1.	Objectif principal	53
2.2.	Objectifs secondaires	54
3.	Patients et méthodes	54
3.1.	Population étudiée.....	54
	Critères d'inclusion :.....	54
3.2.	Recueil des données.....	54
4.	Résultats	56
4.1.	Temps nécessaire par patient	56
4.2.	Population étudiée.....	56
4.3.	Médicaments prescrits sur Cristalnet.....	58
4.3.1.	Focus sur la classe « A : voies digestives et métabolisme »	60
4.3.2.	Focus sur la classe « N : système nerveux ».....	61
4.4.	Informations disponibles sur le traitement de ville.....	62
4.4.1.	Traitement allopathique sur ordonnance	62
4.4.2.	Traitement homéopathique sur ordonnance	63
4.4.3.	Automédication	63
4.5.	Gestion des médicaments au domicile.....	64
4.5.1.	Préparation des médicaments au domicile.....	64
4.5.2.	Utilisation d'un pilulier au domicile.....	65
4.6.	Connaissance de l'indication / du mode de prise des médicaments	65
4.7.	Observance.....	66

4.8.	Gestion du traitement personnel des patients au CLB	67
4.9.	Médicaments reconduits/poursuivis durant l'hospitalisation au 2C	67
4.9.1.	Allopathie sur ordonnance	67
4.9.2.	Homéopathie sur ordonnance	69
4.9.3.	Automédication	69
4.10.	Médicaments reconduits en HAD	70
4.10.1.	Allopathie sur ordonnance	70
4.10.2.	Homéopathie sur ordonnance	73
4.10.3.	Automédication	73
5.	Discussion	74
	CONCLUSIONS	86
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	88
	ANNEXES	95

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Liste des médicaments à risques pour les patients âgés	32
Tableau 2: Résultats de la conciliation médicamenteuse à l'entrée	44
Tableau 3: Résultats de la CTM en 2014 dans les neuf établissements partenaires.....	45
Tableau 4: Résultats de la conciliation médicamenteuse à la sortie	47
Tableau 5: Médicaments omis lors de l'hospitalisation au 2C	68
Tableau 6: Médicaments de ville omis à la sortie du CLB.....	71
Tableau 7: Médicaments prescrits sur Cristalnet omis à la sortie du CLB	73
Tableau 8: Indicateurs MedRec pour évaluer la conciliation médicamenteuse	85

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Transmission d'informations via DPPR/ZEPRA (Source: Sisra)	31
Figure 2: Exemples d'interventions pharmaceutiques	33
Figure 3: Modalités de gestion du traitement personnel du patient hospitalisé.....	34
Figure 4: Illustrations de l'envoi de documents via ZEPRA	36
Figure 5 : Répartition des patients par tranches d'âge	57
Figure 6: Nombre de patients en fonction du nombre de médicaments	59
Figure 7: Répartition des médicaments selon la classe ATC	59
Figure 8: Répartition des médicaments de la classe "A"	60
Figure 9: Répartition des médicaments de la classe "N"	61
Figure 10 : Nombre de médicaments pris en automédication	64
Figure 11: Pourcentage de patients observant ou non	66
Figure 12: Pourcentage de patients ayant leur traitement personnel ou non dans la chambre	67

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Gestion de la validation pharmaceutique

Annexe 2 : Modalités de gestion des traitements personnels des patients hospitalisés

Annexe 3 : Résultats de la certification (critère 20) du CLB en 2010

Annexe 4 : Résultats de la certification (« management de la prise en charge médicamenteuse du patient ») du CLB en 2015

Annexe 5 : Guide d'entretien pharmaceutique

Annexe 6 : Classification ATC

Annexe 7 : Fiche de recueil des informations par source pour concilier

Annexe 8 : Guide d'entretien du patient

Annexe 9 : Fiche de conciliation des traitements à l'admission

LISTE DES ABREVIATIONS

AHU : Année Hospitalo-Universitaire

BCM : Bilan Comparatif Médicamenteux

BMO : Bilan Médicamenteux Optimisé

CLB : Centre Léon Bérard

CPS : Carte de Professionnel de Santé

CTM : Conciliation des Traitements Médicamenteux

DFG : Débit de Filtration Glomérulaire

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DMP : Dossier Médical Personnel

DNDI : Divergences Non Documentées Intentionnelles

DNI : Divergences Non Intentionnelles

DP : Dossier Pharmaceutique

DPI : Dossier Patient Informatisé

DPPR : Dossier Patient Partagé et Réparti

EIM : Evénement Iatrogène Médicamenteux

EM : Erreur Médicamenteuse

EIG : Effet Indésirable Grave

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patient, Santé et Territoires

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IMC : Indice de Masse Corporelle

IPP : Inhibiteur de la Pompe à Protons

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PPS : Plan Personnalisé de Soins

PREPS : Programme de Recherche sur la Performance des Systèmes de soins

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

ZEPRA : Zéro Echange Papier en Rhône-Alpes

INTRODUCTION

L'iatrogénie médicamenteuse est un problème majeur de santé publique. En effet, les événements iatrogènes médicamenteux (EIM) seraient responsables de près d'un accident iatrogène sur cinq (1).

On peut définir un EIM comme toute complication induite par l'utilisation d'un traitement médicamenteux. Les EIM incluent à la fois des événements non évitables, inhérents aux médicaments (les effets indésirables) et des événements évitables, les erreurs médicamenteuses (EM).

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

Les événements indésirables médicamenteux représentent une cause importante de préjudice ou de décès dans les systèmes de santé.

Aux Etats-Unis, les premiers rapports sur l'incidence des événements indésirables médicamenteux, appelés « Adverse drug event », datent de la fin des années 1990. *The U.S. Institute of medicine* publiait en 1999 que les erreurs médicamenteuses seraient responsables de 44 000 à 98 000 morts par an (3).

En France, la problématique de l'iatrogénie médicamenteuse a longtemps été ignorée. En 2004, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de la Santé a mis en place une étude nationale sur les événements indésirables graves liés aux Soins (ENEIS) afin d'estimer la fréquence et la part d'évitabilité des événements indésirables graves (EIG) dans les établissements de santé. Cette étude a été réitérée en 2009 et a permis d'identifier 374 EIG, dont 214 sont survenus au cours de l'hospitalisation et 160 sont à l'origine d'une hospitalisation. L'enquête a montré que les médicaments étaient responsables de 42% des EIG ayant causé une hospitalisation, 58% étant des EIG médicamenteux évitables. En cours d'hospitalisation,

26% des EIG étaient liés aux médicaments, dont 43% jugés évitables. Cette étude indique également que la fragilité du patient (notamment l'âge) est associée à plus de 80 % des EIG identifiés pendant l'hospitalisation et le comportement du patient, comme une mauvaise observance ou le refus de soins, à un cinquième des cas (4).

En 2009, l'Institut National de Veille Sanitaire a réalisé une expérimentation dans 4 régions de France (Aquitaine, Franche Comté, Ile-de-France et Rhône-Alpes) pendant 18 mois sur la déclaration des EIG liés aux soins en établissements de santé. Celle-ci a permis de mettre en évidence que sur 250 EIG déclarés, 11% étaient attribués à des erreurs médicamenteuses (5).

Dans le parcours de soins du patient, les points de transitions que sont l'admission, le transfert et la sortie d'un établissement de santé, sont propices aux erreurs médicamenteuses.

En 2005, Tam *et al.* montrent que 10 à 67% des patients hospitalisés ont au moins une erreur dans leur prescription d'entrée par rapport à leur traitement habituel (6). Une autre étude affiche un taux de 53,6% de patients ayant au moins une erreur dans leur ordonnance d'entrée (7). Un an plus tard, Vira *et al.* indiquent que 38% des patients ont une ordonnance comportant au moins une divergence avec leur traitement pris avant leur hospitalisation. A la sortie, 41% des ordonnances comportent au moins une erreur (8).

Afin de sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient, un ensemble d'actions est déployée dans les établissements de santé. La conciliation médicamenteuse est l'une de ces pratiques ayant pour objectif de diminuer les erreurs médicamenteuses. Elle s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, en favorisant la transmission d'informations médicamenteuses entre professionnels de santé (9).

PARTIE 1 : LA CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE

1. Historique

Depuis toujours, connaître la liste des médicaments pris par un patient lors de son admission dans un établissement de santé est une volonté des professionnels de santé. Avant l'apparition de la conciliation médicamenteuse, un bilan médicamenteux était réalisé mais ce processus n'était ni structuré ni formalisé.

1.1. La conciliation médicamenteuse aux Etats-Unis et au Canada

L'activité de conciliation médicamenteuse apparaît d'abord Outre-Atlantique. Actuellement, elle fait partie des pratiques requises pour la certification des établissements de santé aux Etats-Unis et au Canada.

C'est en 2005 que la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), commission d'accréditation américaine, annonce la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse aux points de transition, dans un objectif national de sécurité des patients. La JCAHO précise que cette activité, nommée « *Medication reconciliation* », doit permettre d'obtenir, dans un premier temps, la liste complète des médicaments habituellement pris par le patient à son admission dans l'établissement de santé afin de la comparer avec les médicaments effectivement dispensés. La juste liste des médicaments du patient doit ensuite être communiquée à l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient lors d'un transfert ou de sa sortie de l'établissement (10).

La même année, au Canada, l'Institut canadien pour la sécurité des patients promeut la conciliation médicamenteuse dans le cadre de sa campagne « Soins de santé plus sécuritaires maintenant ! ». Appelée « Bilan Comparatif médicamenteux » (BCM), il s'agit d'un processus formel dans lequel les professionnels de santé travaillent en collaboration, ainsi qu'avec les patients et leur entourage, afin que des informations précises et complètes à propos des médicaments pris par le patient soient communiquées de façon uniforme à tous les points de transition de soins. Depuis 2006, le BCM est une pratique organisationnelle requise d'Agrément Canada, organisme d'accréditation des services de santé (11).

1.2. La conciliation médicamenteuse en France

En France, la démarche de conciliation médicamenteuse est apparue avec le projet international High'5s. Un autre projet, d'envergure européenne, a permis également le déploiement de ce concept. Enfin, depuis 2012, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) soutient des programmes de recherche sur la conciliation médicamenteuse.

1.2.1. Le projet High'5s/MedRec

Le projet « High'5s Agir pour la sécurité des patients » est un projet international lancé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2006. Il réunit huit pays : Australie, Allemagne, Pays Bas, Canada, Etats-Unis, Singapour, République de Trinité-et-Tobago, France.

L'objectif général de ce projet est de réduire de façon pérenne et mesurable, des problèmes majeurs liés à la sécurité des patients. Plus précisément, High'5s vise à évaluer la faisabilité et l'impact de solutions standardisées (« Standard Operating Protocols », SOP) déployées au sein d'établissements volontaires dans les huit pays participants, pendant cinq ans.

La France s'est engagée dans ce projet en 2009. Celui-ci est coordonné par la Haute Autorité de santé (HAS), avec le soutien du Ministère de la Santé. Deux pratiques prioritaires d'amélioration de la sécurité des soins ont été retenues :

- « la prévention des erreurs de site et de procédure en chirurgie »
- « la sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins » encore appelée MedRec ou réconciliation médicamenteuse.

Neuf établissements de santé ont participé au projet MedRec. L'objectif de la conciliation médicamenteuse est de s'assurer de la cohérence des prescriptions ville-hôpital à l'admission, durant le séjour, et à la sortie du patient afin d'éviter la survenue d'EIG médicamenteux. Le projet MedRec cible les patients de plus de 65 ans admis au service des urgences et hospitalisés ensuite dans un service de court séjour (12).

Les données ont été collectées durant cinq années, aboutissant à la publication d'un rapport d'expérimentation en septembre 2015. Celui-ci présente les résultats obtenus dans

les neuf établissements de santé français partenaires ainsi que les fondamentaux et facteurs contributifs à la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse. Il a également pour objectif, via des fiches pratiques, le déploiement de cette activité sur l'ensemble du territoire.

1.2.2. Le projet EUNetPaS

Au niveau européen a été créé en 2008 le réseau EUNetPaS (*European Union Network for patient Safety*), également coordonné par la HAS. L'objectif de ce réseau est d'améliorer la collaboration entre les pays de l'Union Européenne pour la sécurité des patients. Il permet le partage d'informations et de bonnes pratiques dans quatre grands domaines :

- La sécurité des médicaments,
- La promotion d'une culture de sécurité des soins,
- L'organisation de l'éducation et de la formation sur la sécurité des soins,
- La mise en place de systèmes de notification d'événements indésirables (13).

1.2.3. Les programmes de recherche sur la performance des systèmes de soins (PREPS)

En France, la conciliation médicamenteuse fait actuellement l'objet de programmes de recherche soutenus par la DGOS. Ceux-ci ont pour objectif d'expérimenter et d'évaluer certains aspects de la conciliation médicamenteuse dans des établissements de santé. Depuis 2012, huit PREPS en lien avec la conciliation médicamenteuse ont été octroyés (9).

2. Définition de la conciliation médicamenteuse

La conciliation des traitements médicamenteux (CTM) est une étape fondamentale dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient. La mise en place de cette activité a pour but de prévenir les erreurs médicamenteuses (14).

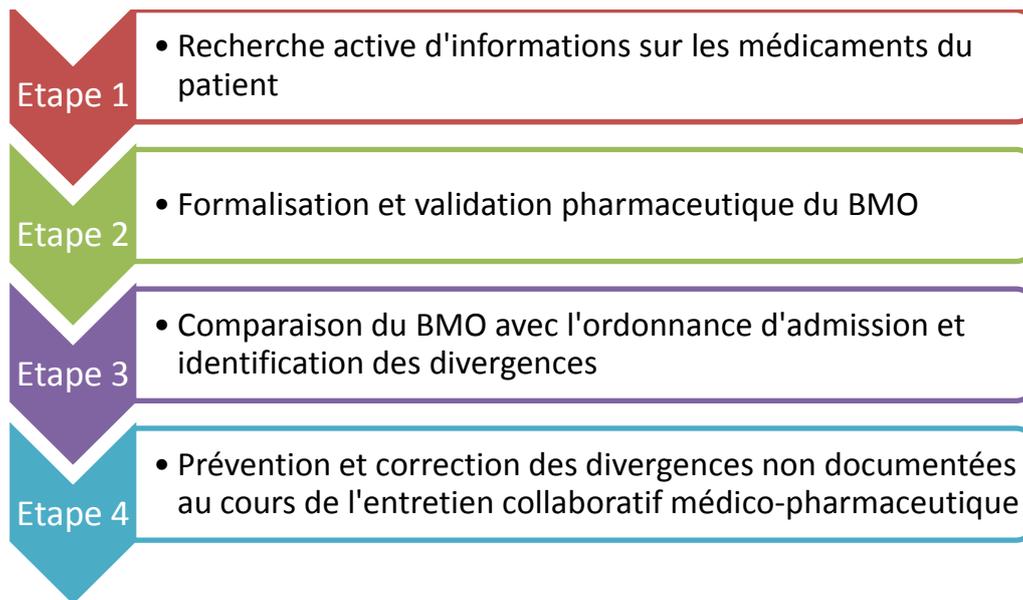
Au début du projet MedRec, le groupe de travail MedRec a proposé une première définition de la conciliation médicamenteuse. Celle-ci a ensuite été reformulée par les neuf établissements de santé participant à l'expérimentation et validée par la HAS. Il s'agit

« d'un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé, aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts. » (15).

2.1. La conciliation médicamenteuse à l'admission

A l'entrée dans un établissement de santé, la conciliation médicamenteuse a pour vocation de garantir la continuité des soins en intégrant à une nouvelle prescription les traitements en cours du patient (16).

Les étapes de ce processus ont d'abord été décrites par Baum T. et Doerper S. du CH de Lunéville. Puis en septembre 2015, lors de la parution du Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux, les neuf établissements de santé français participant au projet MedRec ont redéfini ces étapes. La conciliation médicamenteuse nécessite, dans un premier temps, de recueillir un maximum d'informations sur les traitements pris réellement par le patient: médicaments prescrits, médicaments en vente libre, médecines complémentaires et alternatives. Pour cette recherche d'informations, il est conseillé d'utiliser au minimum trois sources parmi : l'entretien avec le patient (et/ou l'aidant familial), la consultation des ordonnances et/ou des boîtes de médicaments, le Dossier Patient Informatisé (DPI), le Dossier Pharmaceutique (DP), la pharmacie d'officine, le médecin traitant, ou encore d'autres professionnels de santé de premier recours. La liste établie, appelée Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO) doit détailler de façon exhaustive l'ensemble des médicaments pris par le patient avant son hospitalisation. Une fois validé par le pharmacien, le BMO est comparé avec la prescription d'entrée afin de détecter d'éventuels écarts. S'ensuit une analyse pour définir si ces écarts, appelés « divergences », sont intentionnels documentés, intentionnels non documentés (défaut de traçabilité) ou non intentionnels (erreur médicamenteuse). Cette dernière étape fait appel à une collaboration entre le médecin et le pharmacien. Elle permet d'explicitier et de tracer les divergences intentionnelles ou de corriger les divergences non intentionnelles (15). Les différentes étapes de la conciliation médicamenteuse, « Standard Operating Protocols » (SOP), sont résumées ci-après.



La conciliation médicamenteuse peut se dérouler de deux façons : on parle de conciliation « proactive » ou « rétroactive » (16) :

- La conciliation est dite « proactive » lorsque le recueil du traitement habituel du patient est réalisé avant la rédaction de la prescription d'entrée.
- On parle de conciliation « rétroactive » lorsque la prescription d'admission est faite avant d'avoir obtenu le traitement habituel du patient.

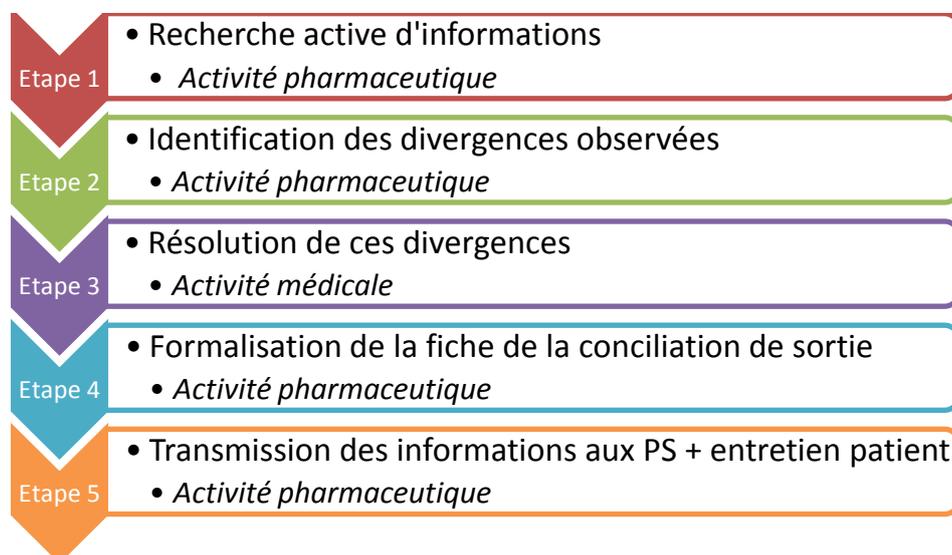
2.2. La conciliation médicamenteuse à la sortie

A la sortie d'hospitalisation, la conciliation permet, en plus, la transmission en temps utile d'une information validée :

- Au patient, lors d'un entretien, pour l'informer sur la poursuite de son traitement à domicile, en particulier si des modifications ont été apportées,
- Au pharmacien d'officine afin d'optimiser sa dispensation,
- Au médecin traitant pour qu'il puisse prendre en compte les éventuelles modifications apportées au traitement lors d'une nouvelle prescription.

La conciliation médicamenteuse à la sortie d'un établissement de santé n'a pas été étudiée dans le cadre du projet MedRec mais Baum T. a décrit un processus en cinq étapes

permettant de façon rigoureuse de réaliser la conciliation des traitements médicamenteux lors du retour à domicile du patient hospitalisé (17) :



3. En France

3.1. Cadre réglementaire

3.1.1. La conciliation médicamenteuse

A l'heure actuelle, aucun texte de loi n'impose la conciliation médicamenteuse dans les établissements de santé. Mais, comme on l'a vu précédemment, cette pratique s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, son objectif étant de réduire l'iatrogénie associée aux erreurs médicamenteuses. Ainsi, la conciliation médicamenteuse trouve une justification dans plusieurs textes réglementaires.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique présente plusieurs objectifs afin de réduire les effets indésirables graves associés aux soins (18).

En 2009, la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires (HPST) impose aux établissements de santé de mettre en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés aux activités (19). Le décret du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins reprend cette même notion (20).

L'arrêté du 6 avril 2011 rend obligatoire l'instauration d'un système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé. L'un des objectifs est de « s'assurer que la prescription est conforme aux données de référence et qu'elle permet de garantir la continuité et la qualité de la prise en charge médicamenteuse de l'admission jusqu'à la sortie du patient. » (21).

De plus, la conciliation s'inscrit dans la réglementation portée par le contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations (CBUMPP) qui a pour objectif d'engager les établissements de santé dans un processus d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (22).

La conciliation médicamenteuse fait également l'objet de recommandations. L'Inspection générale des Affaires sociales (IGAS), dans son rapport sur le circuit du médicament à l'hôpital, paru en mai 2011, émet des recommandations pour renforcer la continuité du parcours de soins du patient aux points de transition. Elle s'appuie sur la loi HPST de 2009 visant l'amélioration de la « transition thérapeutique ». L'IGAS évoque, notamment, la réalisation d'une conciliation médicamenteuse à l'entrée des patients à l'hôpital ainsi qu'un suivi de l'ordonnance de sortie (23).

Enfin, la conciliation médicamenteuse, trouve également une place dans le cadre de la certification. En effet, le manuel de certification des établissements de santé V2010 de janvier 2014 (critère 20.a) fait mention du management de la prise en charge médicamenteuse du patient. Ce critère stipule que la continuité de la prise en charge médicamenteuse « nécessite de prendre en compte le traitement personnel du patient à l'admission, de documenter l'exhaustivité du traitement médicamenteux lors des transferts et de la sortie et d'établir une coordination efficace avec les professionnels de ville ». Ce système de management a pour objectif de prévenir l'iatrogénie médicamenteuse évitable (24).

La conciliation médicamenteuse est un véritable outil de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. La DGOS, en lien avec la HAS, en a d'ailleurs fait l'un de ses objectifs pour la semaine de la sécurité des patients (SSP) organisée en novembre 2015, le thème retenu cette année étant « la sécurité des patients aux points de transition de leurs parcours de soins ». La conciliation médicamenteuse a été présentée comme l'une des solutions pour améliorer la sécurité des patients, au même titre que la lettre de liaison

(document permettant la transmission d'informations entre médecin traitant et établissements de santé et médicaux-sociaux) et l'identito-vigilance (25).

3.1.2. Gestion du traitement personnel des patients hospitalisés

La conciliation médicamenteuse nécessite de prendre en compte le traitement personnel du patient. La gestion de celui-ci par les établissements de santé au moment de l'hospitalisation du patient est encadrée par plusieurs textes réglementaires.

L'article 17 de l'arrêté du 31 mars 1999 du Code de la Santé Publique stipule que « Sauf accord écrit des prescripteurs mentionnés à l'article 2, il ne devra être mis ou laissé à la disposition des malades aucun médicament en dehors de ceux qui leur auront été prescrits et dispensés dans l'établissement. Les médicaments dont ils disposent à leur entrée leur seront retirés, sauf accord des prescripteurs précités. » (26).

L'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé porte une attention particulière à la gestion du traitement personnel des patients, dans le but d'assurer la continuité des soins et de garantir la sécurité du patient. Aucun médicament personnel ne doit être laissé à la disposition des patients (21).

Le code de la Sécurité Sociale stipule que tout traitement personnel habituel pris par le patient au cours d'un séjour hospitalier est inclus dans le forfait séjour ; il ne peut être ni à la charge du patient, ni à celle de l'Assurance Maladie (27).

3.2. Dispositifs de partage d'informations

Différents outils permettent de stocker et de partager des informations médicales :

- Le dossier pharmaceutique ;
- L'historique des remboursements ;
- Le dossier médical personnel.

En Rhône-Alpes, des outils supplémentaires ont été créés afin que les professionnels de santé de la région puissent partager des informations médicales concernant leurs patients :

- Le dossier patient partagé et réparti ;
- L’outil ZEPRA : « Zéro Echange Papier en Rhône-Alpes ».

3.2.1. Le Dossier Pharmaceutique (DP)

Le DP a été créé par la loi du 30 janvier 2007 relative à l’organisation de certaines professions de santé. Il recense, pour chaque bénéficiaire de l’Assurance Maladie qui le souhaite, tous les médicaments délivrés au cours des quatre derniers mois, qu’ils soient prescrits sur ordonnance ou délivrés sur conseils d’un pharmacien. Le DP contribue ainsi à sécuriser la dispensation des médicaments en permettant d’éviter les risques d’interactions entre médicaments et les traitements redondants (28).

C’est le patient, et lui seul, qui décide de la création d’un dossier à son nom. Il peut, à tout moment, demander que son DP soit clôturé.

Pour créer ou consulter un DP, deux clés sont nécessaires :

- La carte de professionnel de santé (carte CPS) du pharmacien pour son authentification.
- La carte vitale du patient.

Au départ réservé aux pharmaciens d’officine, l’accès au DP a ensuite été étendu aux pharmaciens hospitaliers. Le décret du 5 octobre 2012 permet ainsi la consultation et l’alimentation du dossier pharmaceutique par les pharmaciens exerçant dans les pharmacies à usage intérieur. L’objectif est de favoriser et sécuriser la prise en charge personnalisée du patient et de renforcer la coordination des soins entre la ville et l’hôpital. Le déploiement du DP à l’hôpital peut également être un gain de temps pour les professionnels de santé lors de l’admission du patient à l’hôpital pour connaître les médicaments qu’il prend (29).

Enfin, depuis le printemps 2013, certains médecins hospitaliers (urgences, anesthésie-réanimation, gériatrie) peuvent consulter le DP de leurs patients. L’expérimentation vise là

encore à mieux coordonner l'action des professionnels de santé entre la ville et l'hôpital (30).

Au 23 mai 2016, selon l'Ordre National des Pharmaciens (28) :

- 34 044 417 DP sont actifs
- 99,8 % des pharmacies sont connectées au DP, soit 22 191 officines
- 233 pharmacies à usage intérieur sont connectées au DP, soit 8,7 % des PUI.

Le rapport de l'IGAS paru en 2011, recommande le déploiement du dossier pharmaceutique en établissement de santé afin de faciliter la continuité du parcours de soins du patient (23).

3.2.2. L'historique des remboursements

L'historique des remboursements, réalisé par l'Assurance Maladie, regroupe l'ensemble des soins, médicaments et examens qui ont été prescrits et remboursés au patient au cours des douze derniers mois. Il est consultable par les médecins généralistes à l'occasion de la délivrance de soins uniquement. Avant de consulter l'historique des remboursements d'un patient, le médecin doit au préalable recueillir l'accord du patient. Pour consulter les données, le médecin doit présenter simultanément sa carte de professionnel de santé (CPS) permettant son authentification et la carte vitale du patient.

Les données de remboursement disponibles concernent :

- les consultations chez un médecin ou chez un chirurgien-dentiste
- les médicaments remboursés (nom et posologie)
- les actes de radiologie et de biologie (nature de l'examen et date)
- les arrêts de travail indemnisés (date et durée)
- les hospitalisations dans les établissements privés et publics (durée et nature du séjour, date d'admission)
- les transports (date et mode de transport) (31).

En revanche, l'historique des remboursements ne contient aucune information sur les médicaments et actes médicaux non remboursés par l'Assurance Maladie.

3.2.3. Le Dossier Médical Personnel (DMP)

Le DMP est un dossier médical informatisé accessible via Internet. Il a été créé en 2004 dans le cadre d'un projet lancé par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie. Son accès au public s'est fait en janvier 2011. Il permet aux professionnels de santé qui interviennent dans la prise en charge d'un patient de partager des informations de santé. Chaque assuré peut disposer d'un DMP mais il n'est pas obligatoire : le patient peut décider d'en ouvrir un lors d'une consultation médicale ou lors d'une admission dans une structure de soins. Le DMP contient les informations suivantes : antécédents, allergies, prescriptions et traitements, comptes-rendus hospitaliers et de radiologie, analyses de laboratoire, résultats d'examens complémentaires (32).

Au 10 mai 2016, 579 352 DMP ont été créés (32), parmi lesquels seulement la moitié seraient actifs. Le DMP n'a donc pas été déployé à grande échelle. De plus, il aurait coûté plus cher qu'il n'aurait fait économiser à l'Etat. C'est pourquoi les règles relatives au DMP sont actuellement discutées dans le projet de loi santé 2015 et pourraient être modifiées. Rebaptisé « dossier médical partagé », la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAMTS) désire que la création du DMP se fasse par les assurés eux-mêmes via leur compte Ameli. Il devrait être alimenté automatiquement avec les données de remboursements de soins des douze derniers mois. Le DMP pourra être connecté directement avec les logiciels métiers des professionnels de santé. Huit départements pilotes vont tester ce nouveau DMP d'ici à juin 2016 avant un déploiement à l'ensemble du territoire (33).

3.2.4. Le Dossier Patient Partagé et Réparti (DPPR)

Le DPPR est un dossier patient mis en place par le Groupement de coopération sanitaire Systèmes d'information en santé en Rhône-Alpes (GCS Sisra) en 2005, puis complété en 2008. Il permet aux professionnels de santé de la région d'échanger des informations médicales. La répartition de l'information permet un partage sécurisé contrairement à une base de données qui aurait été centralisée. Seuls les professionnels habilités par le patient peuvent consulter ce dossier, en s'identifiant via leur CPS (34).

Dix ans après, environ 2,4 millions de DPPR ont été créés. Mais le déploiement du DPPR n'est pas suffisant.

3.2.5. Zéro Echange Papier en Rhône-Alpes (ZEPRA)

En novembre 2010, le GCS Sisra a donc lancé un nouvel outil : ZEPRA, pour permettre le partage d'information entre les professionnels de santé de la région, de manière rapide et sécurisée. L'objectif est de tendre vers le zéro papier et de faciliter la communication entre professionnels, notamment entre l'hôpital et la ville, et donc d'améliorer la coordination des soins. ZEPRA présente l'avantage pour les professionnels de santé de dématérialiser les courriers sans avoir à se préoccuper du système utilisé par le correspondant. Le destinataire reçoit ensuite une alerte lui notifiant l'arrivée d'un document, qui sera intégré à son logiciel de travail (35).

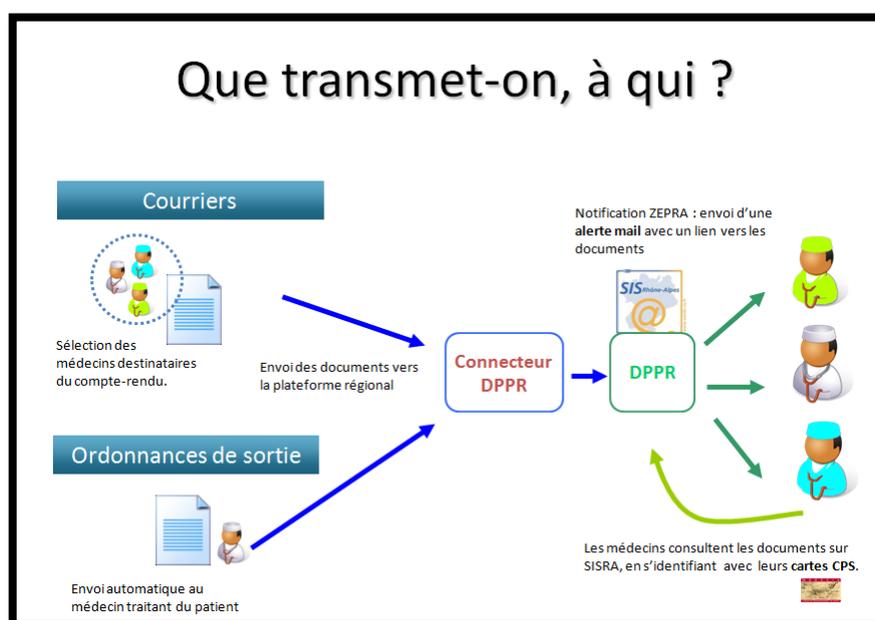


Figure 1: Transmission d'informations via DPPR/ZEPRA (Source: Sisra)

Actuellement, environ 70 000 documents sont envoyés et consultés chaque mois via ZEPRA. Il s'agit de comptes-rendus de consultation, d'ordonnances de sortie, de Plans Personnalisés de Soins (PPS) ou encore de mots libres. Les documents sont généralement envoyés au médecin traitant du patient ainsi qu'au spécialiste de ville ayant adressé le patient à l'hôpital dont les adresses mails sont renseignées dans le dossier du patient. Pour le moment, les pharmaciens ne font pas partie des destinataires car il n'existe pas de fichier disponible des adresses mails des pharmaciens. L'Union Régionale des Professionnels de Santé Pharmaciens Rhône-Alpes travaille actuellement sur l'élaboration d'un annuaire

regroupant l'ensemble des mails des pharmaciens de la région, afin d'intégrer ces derniers à la plateforme Sisra. En mars 2016, ce travail était réalisé pour le Grand Lyon et Valence.

4. Au Centre Léon Bérard (CLB)

4.1. Gestion de la validation pharmaceutique

La validation pharmaceutique des ordonnances au CLB, via Cristalnet, fait l'objet d'une procédure (Annexe 1). Elle définit, notamment, deux niveaux de validation. Le premier niveau concerne l'ensemble des patients et consiste à détecter les contre-indications et interactions majeures, à vérifier les posologies et s'assurer que les médicaments prescrits font partie du livret thérapeutique. Un deuxième niveau de validation concerne les patients à risques, c'est-à-dire les patients âgés de plus de 75 ans ayant au moins un médicament « à risque » et les patients ayant une chimiothérapie orale. Ainsi, en plus de la validation habituelle, les indications des médicaments, les paramètres biologiques et les caractéristiques cliniques des sujets âgés devront être pris en compte.

La liste des médicaments à risque pour les patients âgés retenue au CLB est présentée ci-dessous. Une attention particulière doit être portée sur la prescription de ces médicaments.

Nom de DCI	Nom de spécialité
Daltéparine	Fragmine®
Enoxaparine	Lovenox®
Tinzaparine	Innohep®
Bromazepam	Bromazepam générique
Clobazam	Urbanyl®
Clonazepam	Rivotril®
Loflazepat	Victan®
Prazepam	Prazepam générique
Nordazepam	Nordaz®
Clorazepate	Tranxene®
Diazepam	Diazepam générique
Hydroxyzine	Hydroxyzine générique

Tableau 1: Liste des médicaments à risques pour les patients âgés

A la suite de l'analyse pharmaceutique, le pharmacien peut :

- Valider sans réserve la prescription
- Valider avec réserve la prescription tout en informant le prescripteur des réserves émises
- Refuser de valider la prescription en cas de contre-indication absolue ou en cas de risque jugé vital pour le patient. Le prescripteur et l'infirmier doivent être contactés.

Toutes les interventions pharmaceutiques doivent être tracées dans le logiciel Cristal Link. Les conseils, remarques et réserves peuvent être de différentes natures : adaptation posologique, substitution/échange, suivi thérapeutique, choix de la voie d'administration, arrêt. Le prescripteur peut ensuite accepter ou refuser. Quelques exemples d'interventions pharmaceutiques sont présentés ci-après.

N°	NOM SUBSTANCE ACTIVE	ATC	REM	DESCRIPTION REMARQUE	DETAIL REMARQUE	OPTIM DESCRIPTION OPTIMISATION	DETAIL OPTIMISATION	Trans
6	TRAMADOL CHLORHYDRATE	N02AX02	061	à prendre en compte	le tramadol est métabolisé par la même voie que la vincristine.	3 Substitution/Echange	donc à éviter	
7								
8	VANCOMYCINE CHLORHYDRATE	J01XA01	010	montorage à suivre	montorage à suivre	5 Suivi thérapeutique	vancomycine; mise à jour; réévaluation; aliser	
9	PARACETAMOL	N02BA01	042	même principe actif prescrit plusieurs fois	prescription paracétamol iv et po	2 Arrêt	merci de supprimer l'ordonnance des deux	
10	OCTREOTIDE ACETATE	H01CB02	011	non conforme au livret	non conforme au livret	3 Substitution/Echange	Sirocid au livret	
11	CALCIUM ACETATE	A12AA12	011	non conforme au livret	non conforme au livret	3 Substitution/Echange	Phosphoneuros au livret	
12	OXYCODONE CHLORHYDRATE	N02AA05	024	médicament synergique ou correcteur à associer	médicament synergique ou correcteur à associer	1 Ajout (prescription nouvelle)	Morphiniques en cours : envisager une prescription de laxatif	
13	TEICOPLANINE	J01XA02	091	incompatibilité physico-chimique entre médicaments injectables	attention la teicoplanine est incompatible avec les aminosides ; passage sur deux voies différentes ou après rinçage	4 Choix de la voie d'administration	merci	
14	PANTOPRAZOLE SODIQUE ANHYDRE	A02BC02	053	redondance pharmacologique (2 PA différents de même classe thérapeutique)	à suivre; arrêter; si Azantac ?	2 Arrêt	Arrêt	
15	CICLOSPORINE	L04AD01	010	montorage à suivre	conc mesuré; ce jour; 8h40; 100 ng/ml, donc OK, continuer; 60 mg/12h; prochain dosage lundi 12/01	7 Adaptation posologique	Adaptation posologique	
16	TRAMADOL CHLORHYDRATE	N02AX02	062	précaution d'emploi	avec la vincristine, etoposide, holoxan, il est préférable de choisir nabuphine plutôt que tramadol, qui est métabolisé par la même voie que les chimiothérapies cées	3 Substitution/Echange	risque de fluctuation des concentrations sanguines de chimio	
17								

Figure 2: Exemples d'interventions pharmaceutiques

4.2. Procédure de gestion des traitements personnels des patients hospitalisés

Une procédure énumérant les modalités de gestion des traitements personnels des patients hospitalisés a été rédigée au CLB (Annexe 2). Ainsi, lors de l'arrivée des patients, leurs traitements personnels doivent être récupérés par les infirmiers. Ils sont alors soit remis à la famille ou gardés dans le service de façon sécurisée. Dans ce dernier cas, ils seront remis au patient au moment de sa sortie. Il est à noter que dans certains cas, comme une courte durée de traitement ou pour avoir le temps de commander le médicament à la pharmacie à usage intérieur, les médicaments personnels du patient pourront être utilisés, selon les mêmes règles que les médicaments disponibles au CLB. Cette information devra

alors être retranscrite sur Cristalnet, le logiciel de prescription. Une plaquette d'information à destination des patients a été créée afin d'expliquer aux patients hospitalisés la conduite à tenir avec leur traitement habituel.

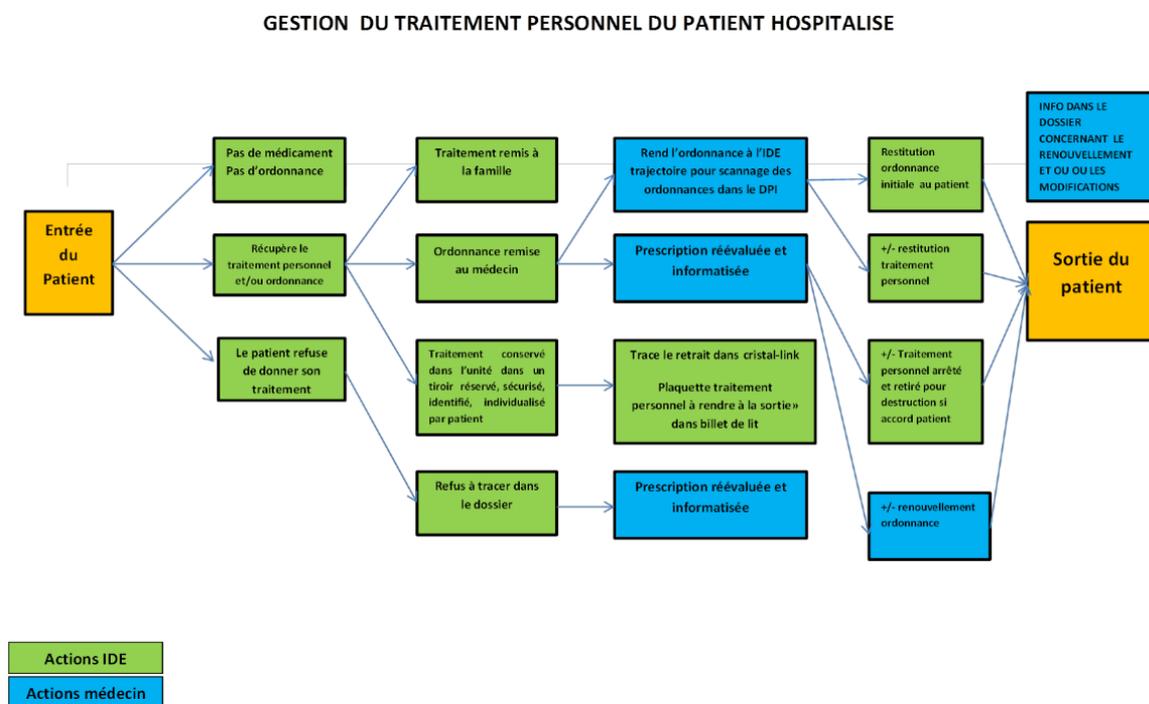


Figure 3: Modalités de gestion du traitement personnel du patient hospitalisé

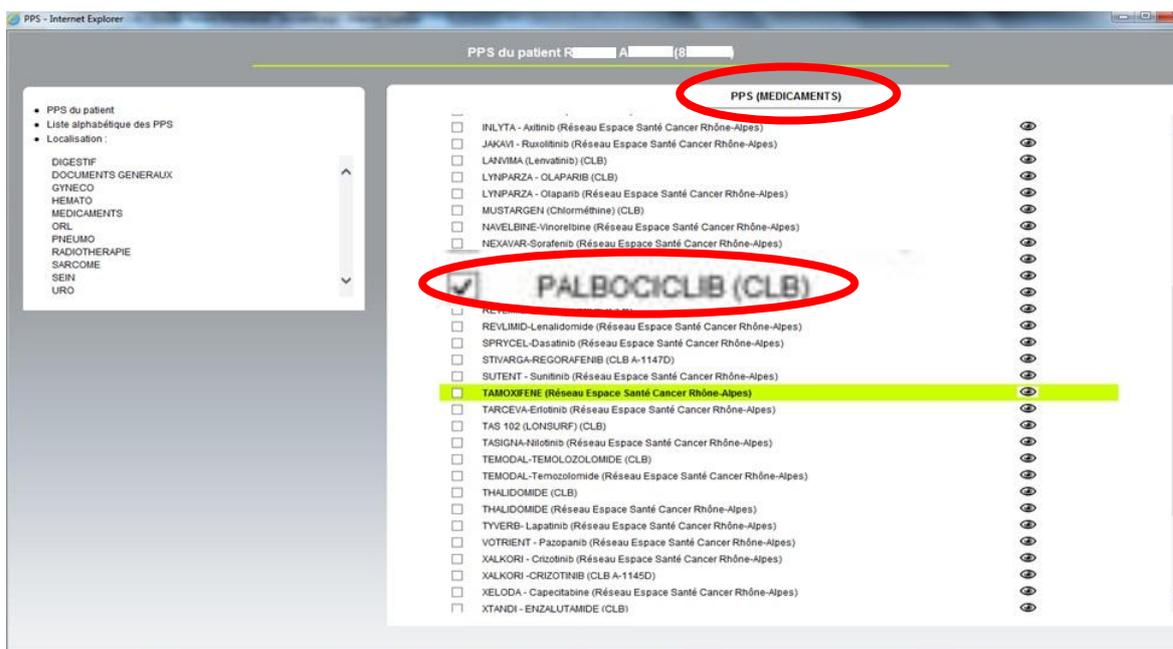
4.3. Dispositifs de partage d'informations utilisés

Actuellement, le DP n'est pas une source utilisée afin de connaître les traitements pris par le patient lors de son hospitalisation. En revanche, l'outil ZEPRA est intégré au logiciel métier de l'établissement. Ainsi, les comptes-rendus, ordonnances de sortie, PPS médicaments ou mots libres peuvent être envoyés, si le professionnel de santé le souhaite, aux correspondants du patient dont les coordonnées sont enregistrées dans le dossier patient informatisé.

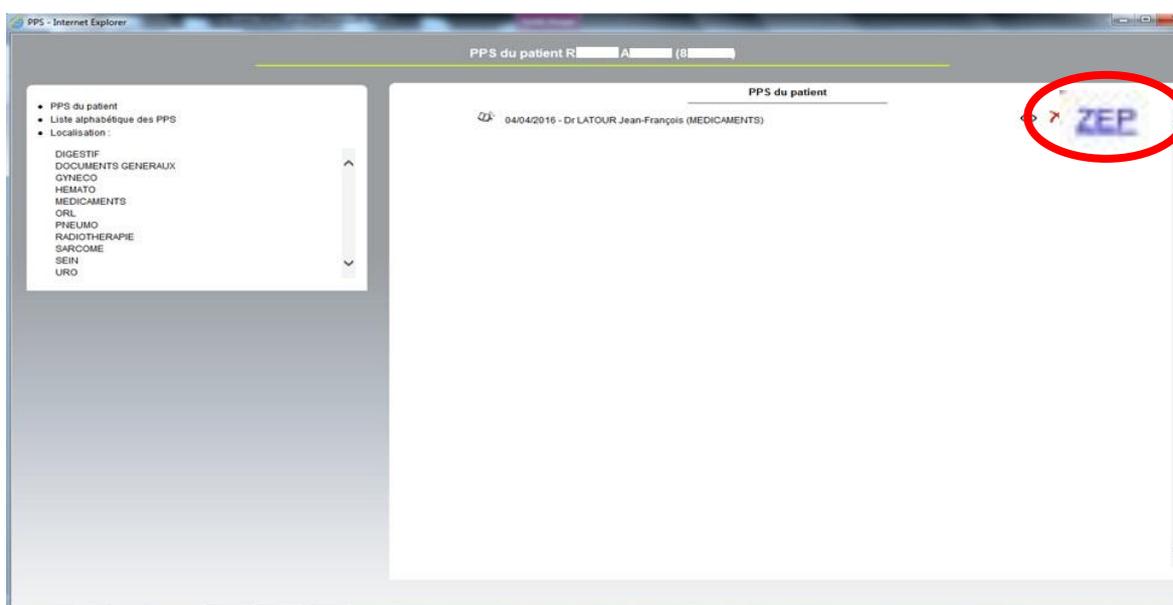
Dans un objectif d'améliorer la collaboration avec les pharmaciens d'officine, le CLB a pour projet de faire parvenir, via ZEPRA, les PPS médicaments et mots libres au pharmacien identifié par le patient. Le pharmacien pourra en retour transmettre des informations au CLB.

Ce système est opérationnel depuis mars 2016. Le principe est d'envoyer un courrier électronique au pharmacien avec en pièce jointe le document remis au patient lors de sa sortie. Ce document est constitué depuis le DPI. Un exemple figure ci-dessous : il s'agit du PPS d'un patient prenant du palbociclib envoyé à sa pharmacie de ville. Le retour du pharmacien a été positif, soulignant l'intérêt de recevoir des informations en temps réel pour son patient. Voici la démarche à suivre pour envoyer un document via ZEPRA :

1. Sélection du document souhaité



2. Attribution du PPS au patient



3. Illustration du PPS (palbociclib)

Dossier 8 Imprimé le 06/05/2016
R A née le 22/04/1944

CENTRE Léon BERARD

Programme Personnalisé de soin

PALBOCICLIB

Palbociclib est indiqué dans le traitement du cancer du sein localement avancé/métastatique, positif aux récepteurs hormonaux et négatif aux récepteurs HER2 chez les femmes ménopausées, en association au fulvestrant.

Modalités d'administration de Palbociclib:

- Prendre le traitement en une prise par jour, à heure régulière, au cours d'un repas, pendant 21 jours consécutifs suivis de 7 jours sans traitement.
Ne pas ouvrir, ou mâcher les gélules
Tenir hors de portée des enfants
- Eviter les produits à base de pampleousse y compris le jus de pampleousse.
- Ne pas prendre d'autres médicaments sans en avertir votre médecin et/ou votre pharmacien.

4. Transmission du document après sélection du destinataire

ZéPRA (Zéro Exchange Papier en Rhône-Alpes)

Dossier : 8 Nom : R Prénom : A Née le 22/04/1944 Sexe : F

Acte n° PP16001079 du 04/04/2016
Mail ZéPRA émis le 04/04/2016

Importance du message Faible Normale Haute Test Coches / Test Décoches

Identité	Mail définitif	Mail temporaire	Introduction	Châli	À renvoyer
DR [REDACTED] CENTRE DE RADIOTHERAPIE BATAARD 64 RUE CONDORCET 69693 VILLEURBANNE	[REDACTED]@chu-lyon.fr	CPX	ENSS	attribution	<input type="checkbox"/>
DR [REDACTED] 27 BOULEVARD EUGENE DECELLE 69600 LYON 03	[REDACTED]@regnet.rsa.fr	CPX	ENSS	attribution	<input type="checkbox"/>
DR [REDACTED] 85A DEMOINETTES SERVICE ONCOLOGIE 101 BOULEVARD DE LA REPUBLIQUE 69635 LYON 07	[REDACTED]@chu-lyon.fr	CPX	ENSS	attribution	<input type="checkbox"/>
PHARMACIE [REDACTED] 134 CITE TOLSTOI 69693 VILLEURBANNE	[REDACTED]@gmail.com				<input type="checkbox"/>
DR [REDACTED] CLDOUCY GRAND FLEUR 124 AVENUE JEAN ZAJEB 69635 LYON 07	[REDACTED]	CPX	ENSS	attribution	<input type="checkbox"/>

Autres correspondants

Figure 4: Illustrations de l'envoi de documents via ZEPRA

4.4. Résultats des visites de certification de 2010 et 2015

En 2010, l'évaluation du critère 20.a « Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient » du manuel de certification V2010 a conduit la HAS à attribuer la cotation B au CLB, avec un score de 83%. Le critère 20.b « Prescription chez le sujet âgé » est lui coté A. Le détail des résultats est disponible en Annexe 3.

La certification V2014 passée en 2015 par le CLB n'a pas réellement intégré la conciliation médicamenteuse dans ses problématiques. On peut tout de même noter l'existence de supports écrits d'informations aux patients sur le bon usage et les effets indésirables potentiels des traitements, intégrés dans les PPS ainsi que des programmes d'éducation thérapeutique comme par exemple sur les effets secondaires des chimiothérapies. La mise en œuvre du management de la prise en charge médicamenteuse du patient a été coté comme « fonctionnement de base » (36). Afin d'améliorer ce point, il faudra, entre autre, anticiper la prochaine certification sur le terrain de la conciliation médicamenteuse. La synthèse des résultats est disponible en Annexe 4.

5. Littérature sur le sujet

5.1. Etudes publiées dans le cadre de la conciliation médicamenteuse

Aux Etats-Unis et au Canada, la conciliation médicamenteuse, faisant partie des critères pour la certification des établissements de santé, a fait l'objet de nombreuses publications. En France, cette activité s'est développée avec la mise en place du projet MedRec dans les neuf établissements de santé partenaires. Ainsi, depuis 2010, les études françaises se sont multipliées.

La majorité des études publiées aborde la conciliation médicamenteuse à l'entrée des patients dans un service hospitalier. A notre connaissance, seulement quelques-unes évoquent la conciliation des traitements médicamenteux à la sortie d'hospitalisation. Selon une enquête nationale menée par la DGOS de mars à juin 2015, à laquelle 1688 établissements de santé français ont participé, la conciliation est réalisée pour 95% des établissements de santé la pratiquant à l'entrée du patient. Elle est réalisée seulement dans 68% des cas lors de la sortie du patient de l'hôpital (37).

5.1.1. Conciliation médicamenteuse à l'entrée

Feldman *et al.* nous rapportent les résultats d'une étude menée entre janvier 2008 et mars 2009 à propos de 563 patients hospitalisés pour la première fois dans un hôpital tertiaire américain. A l'entrée, les patients prenaient en moyenne 7,8 médicaments. Le temps nécessaire par patient était de 40,5 minutes. Les différentes sources utilisées par les infirmiers afin d'établir la liste des médicaments pris par le patient à son domicile étaient l'entretien avec le patient (52%), le dossier patient (36,6%), les pharmaciens d'officine (12,5%) et autres professionnels de santé de premier recours (6%). Les divergences potentiellement involontaires ont été évaluées grâce à une collaboration infirmier-pharmacien puis communiquées au médecin. 0,7 divergences non intentionnelles (DNI) ont été identifiées par patient. 28% des patients ont présenté au moins une divergence involontaire à l'entrée. Les principales erreurs étaient des omissions de traitement (74%) et des erreurs de dosage (15%). D'après une évaluation faite par deux pharmaciens et deux médecins, 45% des divergences auraient eu un impact modéré ou sévère sur la santé des patients (38).

Une autre étude incluant un grand nombre de patients (517) a été publiée en 2013. Les patients, âgés en moyenne de 59,8 ans, étaient considérés comme des patients à « haut risque » selon des critères établis par l'hôpital. Ils prenaient en moyenne 9,7 médicaments. La liste des médicaments pris par le patient était établie par un préparateur en pharmacie grâce à un entretien avec le patient. Si les informations ne semblaient pas complètes, le préparateur contactait un membre de la famille, le pharmacien d'officine ou un autre professionnel de santé. La conciliation médicamenteuse nécessitait 44,4 minutes en moyenne par patient. 9,1 divergences ont été identifiées par patient. 25% des patients avaient au moins une erreur, les principales divergences étant des omissions de médicaments (28,2%), une mauvaise fréquence (21,5%) et un mauvais dosage (20%). Les erreurs ont été jugées comme potentiellement cliniquement significatives voire sérieuses dans près de la moitié des cas (respectivement 38,1% et 7,5%) (39).

En Belgique, la conciliation médicamenteuse a fait l'objet d'une étude rétrospective incluant 199 patients d'un service de gériatrie, âgés en moyenne de 83,7 ans. En moyenne, trois sources d'informations différentes étaient employées par le pharmacien afin d'établir la juste liste des médicaments pris par le patient à son domicile, parmi l'entretien avec le patient (67,3%) et/ou son entourage (23,6%), le médecin généraliste (50,3%), le dossier

des urgences (38,2%), le pharmacien d'officine (26,1%), mais aussi dans de plus faibles proportions, l'examen des médicaments amenés par le patient, la maison de retraite ou encore le compte-rendu d'une hospitalisation antérieure. 24 minutes en moyenne étaient nécessaires par patient. La comparaison de cette liste avec l'historique médicamenteux obtenu par le médecin a permis d'identifier 681 divergences, soit 3,4 divergences par patient. 81,9% des patients avaient au moins une divergence. La majorité des divergences étaient des omissions de traitement (51%). 386 de ces divergences ont conduit le pharmacien à contacter le médecin qui a accepté la remarque dans 72,3% des cas mais corrigé son historique que dans 55,6% des cas. Cette étude a également comptabilisé le taux de divergences se poursuivant durant le séjour et à la sortie de l'individu (sans conciliation à la sortie) : respectivement 24,2% et 40,8% des divergences identifiées à l'entrée ont perduré durant le séjour et à la sortie. A la sortie, cela représente 50,2% de l'ensemble des divergences relevées entre la lettre de sortie et l'historique obtenu par le pharmacien (40).

A l'Hôpital d'Instruction des Armées de Brest, une étude prospective a été réalisée de juin à octobre 2010 dans un service de médecine interne. A l'entrée, 61 patients âgés de 65 ans et plus ont été inclus. La conciliation médicamenteuse a pu être réalisée dans les 24 premières heures de l'hospitalisation dans 41% des cas. Le nombre moyen de médicaments par patient était de 7. En moyenne, 53 minutes étaient nécessaires par patient. Un entretien avec le patient a été réalisé dans 100% des cas. Les autres sources d'informations étaient le pharmacien d'officine (93%) et l'ordonnance du patient (74%). De façon plus ponctuelle, la lettre du médecin généraliste, les médicaments amenés par le patient, l'entretien avec un membre de la famille ou encore le compte rendu d'une hospitalisation antérieure ont permis d'obtenir des informations. Au total, 0,6 DNI par patient ont été détectées. 41% des patients présentaient au moins une DNI, les plus fréquentes étant l'omission d'un médicament habituellement pris au domicile (76%) et une posologie erronée (16%). Les classes thérapeutiques les plus souvent impliquées dans les erreurs étaient les médicaments de cardiologie (21%), les psychotropes (16%) puis les médicaments utilisés en ophtalmologie (13%). Dans 79% des DNI, le médecin a modifié la prescription. Selon une évaluation par un médecin et un pharmacien de façon indépendante, respectivement 50% et 76% des DNI ont été jugées comme susceptibles d'avoir des conséquences cliniques, dont 5% qui auraient pu être graves selon le pharmacien (41).

Une étude conduite au CHU de Caen en 2010-2011 a permis de comparer la liste des médicaments recueillis dans le service des urgences par un médecin lors de l'admission de 51 patients et l'historique de dispensation obtenu par des étudiants en pharmacie auprès des pharmaciens d'officine. Seules les divergences de molécules ont été recueillies. Le nombre moyen de médicaments par patient était de 8,9. 75% des patients présentaient au moins une divergence. 22 patients présentaient au moins un oubli, 4 au moins un ajout et 12 au moins un oubli et un ajout. Les erreurs concernaient essentiellement des médicaments du système cardiovasculaire et de gastro-entérologie (42).

Au Centre hospitalier de Lunéville, les premiers résultats publiés suite à la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse dans le cadre du projet MedRec datent de 2011. En un an, 281 patients, âgés de 65 ans et plus, hospitalisés après un passage aux urgences, ont pu bénéficier d'une conciliation médicamenteuse. Celle-ci s'est déroulée pour plus de la moitié des patients (57,7%) dans les 24 heures suivant leur hospitalisation. En moyenne, une heure était nécessaire afin de réaliser le Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO) à partir des différentes sources disponibles à savoir l'entretien avec le patient +/- son entourage, les médicaments apportés par le patient, le pharmacien d'officine, le médecin traitant ou le compte-rendu d'une hospitalisation antérieure. L'activité de conciliation médicamenteuse a permis de détecter 0,9 DNI par patient. 39,1% des patients avaient au moins une DNI. Les principales erreurs rencontrées étaient l'omission de traitements (60,9% des DNI), puis les erreurs de dose ou de moment d'administration (34,3%), concernant majoritairement les médicaments ophtalmologiques. La totalité des DNI ont été corrigées par le prescripteur (43).

Durfour *et al.* publient en 2013 les résultats d'une étude s'étant déroulée dans un service de médecine interne gériatrique et incluant 200 patients. Le pharmacien d'officine a été contacté de façon systématique et les ordonnances du patient ont pu être consultées dans 65,5% des cas. Le nombre moyen de médicaments pris par les patients avant l'hospitalisation était de 8,2. La conciliation médicamenteuse a permis de mettre en évidence 0,6 DNI par patient. Il existait au moins une divergence non intentionnelle chez 58 patients (29%). Les erreurs les plus fréquentes étaient des omissions de traitements (76,4%) et des modifications de posologie (18,6%) et concernaient essentiellement des médicaments du système cardiovasculaire (23%), du système nerveux (22%) et agissant sur le métabolisme (16%). L'évaluation de l'impact clinique potentiel par le pharmacien a montré que 51,7% des DNI étaient susceptibles d'avoir un impact clinique significatif et

32,2% un impact clinique sérieux. Pour le médecin, 49,2% des DNI auraient pu avoir un impact clinique significatif et 16,9% un impact sérieux (44).

En 2014 ont été publiés les résultats d'une nouvelle étude menée durant trois mois auprès de 45 patients âgés de 75 ans et plus, hospitalisés en médecine gériatrique aiguë, après leur transfert d'un service d'urgences. Vingt patients ont pu être conciliés dans les 24 heures suivant leur transfert. Le nombre moyen de médicaments par patient était de 7,7. En moyenne, la conciliation prenait 50 minutes par patient. Le dossier médical était la principale source d'informations. Les autres sources d'informations employées étaient le médecin traitant (80%) et un questionnaire patient (47%). De manière plus occasionnelle, les ordonnances du patient (22%), le médecin spécialiste (11%) et un entretien avec la famille (4%) ont permis d'obtenir plus d'informations. 0,2 DNI par patient ont pu être détectées. 16% de patients avaient au moins une DNI. Cinq omissions de traitements, trois erreurs de posologie et un ajout de médicament ont été relevés, impliquant des inhibiteurs de la pompe à protons, des inhibiteurs calciques, des antalgiques, des antidépresseurs et du calcium. Si peu de DNI ont été observées, les divergences intentionnelles non documentées représentaient 72% des divergences (45).

La même année, la SFPC publie le résumé d'une étude conduite au CHU de Montpellier sur 505 patients, âgés en moyenne de 66,4 ans. 8,3 médicaments par patient ont été recensés en moyenne. Deux sources au minimum étaient utilisées parmi l'entourage du patient, le médecin traitant, le pharmacien d'officine, les ordonnances du patient, les comptes-rendus d'hospitalisation antérieure et les médicaments apportés par le patient à l'hôpital. 0,4 DNI par patient ont été détectées. Le pourcentage de patients ayant au moins une DNI s'élevait à 24,9%. Les omissions de traitement représentaient plus de la moitié des DNI (55,7%), les autres erreurs étant des erreurs de posologies (31,4%) ou l'ajout de médicaments (8,5%). Les médicaments impliqués étaient des psycholeptiques (8,8%), des antiacides (7,5%), des médicaments de cardiologie (7,1%), des anti-thrombotiques ou des médicaments du système rénine-angiotensine (6,4% chacun). Dans 92,4% des cas, la DNI a été corrigée par le prescripteur (46).

Au Centre Hospitalier de Vierzon, 41 patients ont été inclus dans une étude ayant pour objectif de dresser un bilan deux mois après le début de la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse dans un service de médecine polyvalente. En moyenne, 3,6 sources étaient nécessaires pour établir la liste des médicaments du patient, parmi l'entretien avec

le patient (réalisé dans 80,5% des cas), le dossier médical, les ordonnances amenées par le patient et le pharmacien d'officine. 4,1 différences par patient ont pu être identifiées dont 3,2 qui étaient intentionnelles et 0,9 divergences non intentionnelles. Les problèmes rencontrés étaient des omissions de traitement (8) ou des ajouts (5), l'utilisation de médicaments non prescrits (4), des patients non observants (4), ou encore des surdosages (2) et sous-dosage (1) (47).

Dernièrement, en 2015, le développement d'un outil permettant d'évaluer la sévérité des erreurs médicamenteuses détectées grâce à la conciliation médicamenteuse a permis de recueillir de nouveaux résultats. Sept des neuf établissements de santé du projet MedRec ont participé à cette étude incluant 70 patients, âgés en moyenne de 78,9 ans. Le nombre moyen de médicaments pris par patient était de 9,3. La conciliation médicamenteuse a permis de détecter 2,1 erreurs médicamenteuses par patient, majoritairement des omissions de traitements (73%), ainsi que des erreurs de dose (14%), de médicaments (7%) ou de moment d'administration (6%). Les médicaments touchés sont des médicaments d'ophtalmologie (9%), de la broncho-pneumopathie obstructive chronique (8%), des anti-thrombotiques (7%), des médicaments du système gastro-intestinal ou du système rénine-angiotensine (6% chacun). Grâce à l'outil développé, l'impact clinique des erreurs a pu être évalué : l'erreur a été jugée significative pour 64% des patients pendant l'hospitalisation et 69% à leur sortie si l'erreur n'a pas été corrigée. Dans 17% des cas, l'erreur a été jugée sérieuse pendant l'hospitalisation ; à la sortie les erreurs médicamenteuses sont sérieuses pour 57% des patients (48).

Le tableau suivant synthétise l'ensemble des résultats présentés ci-dessus.

Etablissements (nb de patients dans l'étude)	Patients conciliés dans les 24h suivant l'admission (en %)	Durée de CTM (en minutes)	Nb moyen de médicaments par patient	Nb de DNI par patient	Patients ayant au moins 1 DNI (en %)	Taux de modification par le prescripteur (en %)	Taux de divergences ayant un impact clinique selon médecin /pharmacien (en %)
CH de Lunéville (281)	57,7	60	ND	0,9	39,1	100	ND
HIA de Brest (61)	41	53	7	0,6	41	79	50 / 76
CHU de Rouen (200)	ND	ND	8,2	0,6	58	ND	66,1 / 83,9
AP-HP de Paris (45)	ND	50	7,7	0,2	16	ND	ND
CHU de Montpellier (505)	ND	ND	8,3	0,4	24,9	92,4%	ND

Etude multicentrique (70)	ND	ND	9,3	2,1	ND	ND	ND / 81
Johns Hopkins Hospital (563)	ND	40,5	7,8	0,7	28	ND	45
BGS Medical Center (517)	ND	44,4	9,7	9,1	25	ND	ND / 45,6
UZ Brussel (199)	ND	24	ND	3,4	81,9	55,6	ND
CHU de Caen (51)	ND	ND	8,9	ND	75	ND	ND
CH de Vierzon (41)	ND	ND	ND	0,9	ND	ND	ND

Tableau 2: Résultats de la conciliation médicamenteuse à l'entrée

Dernièrement, les résultats des neuf établissements de santé français participant au projet MedRec ont été publiés. Les principaux résultats sont indiqués dans le tableau ci-dessous (15) :

Etablissements	Patients conciliés dans les 24h suivant l'admission (en %)	Nb moyen de médicaments par patient	Nb de DNDI par patient	Nb d'EM par patient	Durée totale de la CTM (en minutes) (BMO+échange collaboratif)
CHU de Bordeaux	2,6	4,8	5,8	0,6	30 (27+3)
CH Compiègne-Noyon	25,6	8,2	0,2	0,4	30 (17+13)
CHU Grenoble	8,7	6,6	ND	0,4	20 (15+5)
CH Lunéville	43,3	7,9	0,8	1,4	33 (31+2)
Clinique de Moutier-Rozeille	ND	6,5	ND	ND	26 (16+10)
CHU Nîmes	25,0	5,5	1,7	2,7	30 (ND)
Hôpital Bichat-Claude Bernard	2,6	8,0	0,6	1,0	66 (51+15)
CH Saint-Marcellin	64,9	7,3	0,6	0,7	33 (25+8)
CHU Strasbourg	3,7	8,4	1,7	0,4	38 (30+8)

Tableau 3: Résultats de la CTM en 2014 dans les neuf établissements partenaires

Si la majorité des études traite de la conciliation médicamenteuse à l'entrée des patients, certains établissements de santé ont également mis en place la conciliation à la sortie d'hospitalisation afin d'assurer une continuité entre l'hôpital et la ville.

5.1.2. Conciliation médicamenteuse à la sortie

A l'Hôpital d'Instruction des Armées de Brest, la conciliation médicamenteuse a été réalisée à la sortie pour 45 des patients ayant eu une conciliation à leur entrée. Cette étape a nécessité en moyenne 80 minutes par patient. La conciliation médicamenteuse a permis de détecter 0,2 divergences par patient. Au moins une divergence pour 16% des patients. Dans 100% des cas, elles sont non intentionnelles et concernent des posologies, des omissions, des problèmes de dosage, des modifications du nombre d'unités de prise ou encore des médicaments prescrits par erreur. La totalité des erreurs a été corrigée. Leur impact clinique a également été évalué : selon le médecin 80% des DNI auraient un impact clinique nul et 20% un impact faible ; selon le pharmacien, 40% des DNI auraient un impact nul, 40% un impact faible et 20% un impact modéré (41).

Une autre étude publiée en 2014 a également porté sur la conciliation de sortie. 25 patients ayant bénéficié de la conciliation d'entrée ont également eu une conciliation lors de leur sortie d'hospitalisation. 20 minutes ont été nécessaires par patient. 31 erreurs de prescription ont été notifiées soit 1,2 erreurs par patient. Dans plus de la moitié des cas (52%), les médicaments initiaux du patient n'ont pas été repris après avoir été substitués en raison de leur absence au livret thérapeutique de l'établissement. Les autres erreurs sont des omissions de reprise de médicaments arrêtés intentionnellement à l'entrée (19%), des modifications de dosage et posologie (13%), des omissions de médicaments (10%), une poursuite de protocole interne à l'établissement mais non adapté à sa poursuite en ambulatoire et un doublon (45).

L'étude publiée par Feldman *et al.* a également évalué la conciliation médicamenteuse à la sortie d'hospitalisation des patients. Sur les 565 patients ayant bénéficié de la conciliation médicamenteuse à leur entrée à l'hôpital, 25% d'entre eux présentaient au moins une DNI à leur sortie. 0,3 DNI par patient ont été identifiées, les plus fréquentes étant des omissions de traitement (62%) et des erreurs de dosage (13%). Leur impact

clinique a également été évalué : 85% des DNI identifiées auraient pu avoir un impact modéré ou sévère sur la santé des patients (38).

Le tableau suivant synthétise l'ensemble des résultats présentés ci-dessus.

Etablissements (nb de patients dans l'étude)	Durée de CTM (en minutes)	Nb de DNI par patient	Patients ayant au moins 1 DNI (en %)	Taux de modification par le prescripteur (en %)	Taux de divergences ayant un impact clinique selon médecin /pharmacien (en %)
HIA de Brest (45)	80	0,2	16	100	20/ 60
AP-HP de Paris (25)	20	1,2	ND	ND	ND
Johns Hopkins Hospital (563)	ND	0,3	25	ND	85

Tableau 4: Résultats de la conciliation médicamenteuse à la sortie

Au-delà des indicateurs de réalisation de la conciliation médicamenteuse, certaines études, en particulier des revues systématiques, ont essayé d'évaluer l'impact clinique de cette activité.

5.2. Evaluation de l'impact clinique de la CTM

Une revue systématique publiée en 2013 indique, selon le résumé, que la conciliation médicamenteuse n'aurait pas d'impact sur la mortalité ou les ré-hospitalisations des patients. Cinq essais randomisés incluant 1186 participants ont permis d'apporter ces

premières conclusions. En revanche, dans ces cinq essais, la conciliation médicamenteuse aurait permis de réduire de 36% le recours aux urgences après une hospitalisation (49).

Une autre revue systématique publiée la même année a également abordé l'impact de la conciliation médicamenteuse d'un point de vue clinique. 31 études ont été incluses dont 21 études descriptives et 10 études contrôlées. Selon les études, le taux de « problèmes » relatifs aux médicaments varie de 0,1 à 10,6 par patient. La conciliation médicamenteuse aurait eu un impact positif sur les réadmissions liées aux médicaments mais pas d'effet significatif sur les réadmissions toutes causes confondues, ni sur la mortalité (50).

L'impact clinique de la conciliation médicamenteuse a également été évalué par Kwan JL. *et al.* dans une revue systématique publiée en 2013. 18 études ont été sélectionnées à partir des bases de données suivantes : Medline, Embase et Cochrane Central Register of Controlled Trials. Il s'agit de cinq études randomisées, une étude quasi-expérimentale, trois études pré-post, neuf études en post-intervention, réalisées aux USA ou au Canada. Selon les études, la proportion de patients ayant au moins une divergence cliniquement significative varie de 31 à 56%. Quant au recours aux urgences et au taux de réadmissions dans les trente jours suivant la conciliation médicamenteuse, sur les neuf études ayant publié ces résultats, seulement trois études rapportent une diminution de 23% des réadmissions et visites aux urgences. Ces résultats ont été obtenus grâce à un ensemble d'actions menées à la sortie des patients telles que la remise de conseils sur leur traitement, des appels téléphoniques et rendez-vous de suivi, en surcroît de l'activité de conciliation médicamenteuse proprement dite (51).

Récemment, en 2015, l'impact de la conciliation médicamenteuse réalisée par le pharmacien à l'entrée du patient à l'hôpital a fait l'objet d'une autre revue systématique. En interrogeant différentes bases de données avec les termes (pharmacists AND medication review) OR (pharmaceutical services) AND (emergency department OR acute care OR intensive care), sept études ont été retenues. Il s'agit d'essais randomisés ou quasi-randomisés menés entre 2007 et 2011 dans six pays d'Europe et au Canada. Ces études n'ont pas montré d'impact significatif de la CTM sur la durée d'hospitalisation, la mortalité et les réadmissions (52).

Les études publiées abordent également les modalités pratiques pour la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse, avec notamment la problématique suivante : par qui la conciliation médicamenteuse doit –elle être réalisée ?

5.3. Implication du pharmacien dans la CTM

Si les objectifs et lignes directrices de la conciliation médicamenteuse ont été définis, aucun texte ne spécifie quels sont les professionnels de santé qui doivent la mettre en œuvre. Ainsi, selon les établissements, médecins, pharmaciens et préparateurs, ou infirmiers sont impliqués dans la réalisation de ce processus.

De façon globale, l'ensemble des études conclue à la nécessité de former une équipe multidisciplinaire pour réaliser la conciliation médicamenteuse (53) (54) (55) (56). En France, c'est effectivement ce qui ressort de l'enquête nationale réalisée par la DGOS en 2015. Ainsi, médecins, pharmaciens, infirmiers et préparateurs participent à la conciliation médicamenteuse. Mais si tous contribuent au recueil d'informations sur les traitements pris par le patient au domicile, la gestion des divergences est du ressort quasi-exclusif du médecin et du pharmacien (37).

Cependant, plusieurs études mettent en avant le rôle du pharmacien dans la réalisation de la conciliation médicamenteuse (57) (39) (51).

Une étude menée au Etats-Unis en 2008 a comparé les historiques médicamenteux de cinquante-cinq patients hospitalisés dans un service de médecine interne obtenus de façon indépendante par un médecin puis par un pharmacien. Les entretiens menés auprès des patients dans les 24 heures suivant leur hospitalisation ont permis au pharmacien d'identifier au total 614 médicaments alors que le médecin en a identifié 556. Le pharmacien a également relevé plus d'informations sur les dosages et les posologies des traitements médicamenteux que le médecin, permettant d'obtenir des historiques plus complets (58).

Hayes BD. *et al.* mettent également en avant la fiabilité et l'exhaustivité du pharmacien dans l'étape d'obtention de l'historique médicamenteux. Dans le groupe contrôle, l'historique médicamenteux de 78 patients a été obtenu par un médecin tandis que dans le groupe témoin, intégrant 60 patients, c'est un pharmacien qui était en charge de cette étape.

L'analyse de l'ensemble des historiques par un second pharmacien montre un taux d'erreurs significativement plus élevé dans le groupe contrôle que dans le groupe témoin. En effet, 59% des historiques médicamenteux du groupe contrôle comprenaient au moins une erreur contre 3% dans le groupe témoin. L'absence de dose ou de la voie d'administration sont les principales erreurs recensées dans le groupe contrôle (28% et 21%) (59).

Si les pharmaciens hospitaliers ont un rôle majeur à jouer dans la conciliation des traitements médicamenteux, les pharmaciens d'officine ont également une place importante dans la continuité des soins entre la ville et l'hôpital, en notifiant les traitements pris par leurs patients dans leur Dossier Pharmaceutique.

5.4. Le dossier Pharmaceutique (DP)

D'après la littérature, il est primordial de croiser plusieurs sources d'informations afin d'obtenir la liste exhaustive et fiable des traitements pris par le patient à son domicile. Différentes sources d'informations sont disponibles, à savoir l'entretien avec le patient et/ou son entourage, l'examen des médicaments et/ou ordonnances apportés par le patient à son arrivée, le contact au pharmacien d'officine et/ou au médecin traitant ou encore les comptes-rendus d'hospitalisation antérieure. Enfin le DP du patient, disponible sur sa carte vitale, s'avère également être un canal supplémentaire d'informations, permettant aux professionnels de santé d'accéder aux données médicales du patient à tout moment (53).

En septembre 2015, un article publié dans le journal de l'Ordre national des pharmaciens, rapporte que les résultats de l'ouverture du DP aux urgentistes sont très positifs, permettant un gain de temps et de sécurité pour le patient. En effet, il renforce le niveau d'information et optimise le bilan médicamenteux (60).

Mais les informations contenues dans le DP ne sont pas toujours exhaustives comme le montre une étude publiée en 2014. Sur 43 patients conciliés à leur arrivée dans un service de médecine, seulement 28 patients avaient leur carte vitale et 16 un DP ouvert. Ce dernier

étant complet dans 62,5% des cas. En moyenne, 39% des dispensations réalisées au cours des 3 derniers mois ne figuraient pas dans le DP (61).

D'après l'enquête nationale réalisée par la DGOS en 2015, le recours au DP est moindre par rapport aux autres sources d'informations disponibles. Cela s'explique, entre autres, par son faible taux d'implantation dans les établissements de santé : seulement 212 pharmacies à usage intérieur sont connectées au DP sur l'ensemble du territoire français. Le DP arrive donc loin derrière le dossier patient, les ordonnances du patient ou encore l'entretien avec le patient et/ou son entourage qui sont les principales sources d'informations (37).

La conciliation médicamenteuse est mise en œuvre dans les établissements de santé afin d'améliorer la continuité de soins. Cette activité s'inscrit dans une démarche globale de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient, dont une autre problématique à prendre en compte est la gestion des traitements médicamenteux personnels.

5.5. Gestion des traitements médicamenteux personnels des patients hospitalisés

En 2011, une étude des risques liés à l'utilisation des traitements personnels dans un hôpital général d'Aulnay-sous-Bois est publiée. Sept services de médecine et quatre de chirurgie ont été ciblés. Sur 182 patients questionnés, 80% d'entre eux avaient un traitement à domicile, 41% l'avaient apporté et 11% n'avaient pas mis le personnel au courant. Pour les 50 patients ayant apporté leur traitement, 162 médicaments ont été listés et 93% d'entre eux se trouvaient dans la chambre des patients (62).

La gestion des traitements personnels du patient a également fait l'objet d'une étude prospective au CHU de Nancy. 85,6% des patients inclus dans l'étude, se déroulant sur deux semaines, ont apporté leur traitement personnel lors de leur hospitalisation. Leurs médicaments ont été laissés dans leur chambre dans 43,1% des cas. Dans 32,2% des cas, ils ont été rangés dans le casier du patient dans le chariot de distribution des médicaments et dans 24,6% des cas ils ont été placés dans l'armoire du service. Concernant les

traitements personnels prescrits et utilisés pendant l'hospitalisation, ils ont été laissés dans la chambre du patient dans 60 % des cas. Dans 38 % des cas, ils ont été étiquetés à leur nom dans le chariot de distribution des médicaments et dans 2 % des cas, les médicaments ont été placés dans l'armoire du service (63).

S. Bouchard a réalisé en 2013 un état des lieux relatif à la gestion des traitements personnels des patients hospitalisés en France. Sur huit études, entre 41 et 88,9% des patients avaient apporté leur traitement personnel lors de leur hospitalisation. Ce traitement a été utilisé par 16,3 à 53% des patients selon les études (63).

En 2015, M. Almon-Quiniou *et al.* ont réalisé un audit dans deux services de médecine et de chirurgie afin d'évaluer les modalités de gestion des traitements médicamenteux personnels. Sur un total de 79 patients interrogés, 41 (52%) avaient un traitement habituel avant d'être hospitalisés et la moitié d'entre eux disposaient de leur traitement personnel dans leur chambre. Dans 25% des cas, les infirmiers ne connaissaient pas l'existence de ce traitement personnel (64).

PARTIE 2 : ENTRETIENS AUPRES DE 100 PATIENTS DANS DEUX SERVICES DU CENTRE LEON BERARD

1. Introduction

Le Centre Léon-Bérard (CLB), centre régional de lutte contre le cancer, est un établissement de soins spécialisé en oncologie, qui couvre les huit départements de la région Rhône-Alpes (Ain, Ardèche, Drôme, Isère, Loire, Rhône, Savoie, Haute-Savoie). Au niveau de la prise en charge des patients, le CLB dispose de 230 lits en hospitalisation conventionnelle, 9 places de chirurgie ambulatoire, 80 places en hôpital de jour et 190 places en hospitalisation à domicile (HAD).

Dans un objectif d'amélioration continue de la prise en charge médicamenteuse du patient hospitalisé, la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse a été discutée par les pharmaciens du CLB en 2014. C'est dans cette dynamique que j'ai réalisé, au cours de mon année hospitalo-universitaire, une étude pilote sur la conciliation des traitements médicamenteux des patients hospitalisés au CLB.

Cette étude, qui a commencé au début de l'année 2015, s'est déroulée dans les deux services auxquels j'ai été affectée du fait de mon année hospitalo-universitaire : le service d'onco-hématologie (2C) et l'HAD. J'ai ainsi rencontré 100 patients répartis entre le 2C et l'HAD afin de réaliser avec chacun d'entre eux un entretien sur leur prise en charge médicamenteuse.

Etant seule pour réaliser cette étude, je me suis focalisée sur les omissions de traitements, cause la plus fréquente d'erreurs médicamenteuses arrêtées par la conciliation médicamenteuse, selon la littérature.

2. Objectifs de l'étude

2.1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les paramètres suivants à prendre en compte dans la mise en place d'une conciliation médicamenteuse au CLB : prescriptions à l'entrée, à la sortie, résultats de l'entretien pharmaceutique en cours de séjour.

2.2. Objectifs secondaires

- Evaluer la gestion du traitement personnel des patients hospitalisés au CLB.
- Evaluer les conditions nécessaires à la pérennisation de cette démarche.

3. Patients et méthodes

3.1. Population étudiée

Critères d'inclusion :

- Patients entrant en hospitalisation au 2C ayant au minimum trois médicaments prescrits sur Cristalnet.
- Patients pris en charge par l'HAD du CLB à la sortie de leur hospitalisation ayant au minimum trois médicaments prescrits sur Cristalnet.

Critères d'exclusion :

- Patient ayant des difficultés pour communiquer (barrière de la langue, lymphome cérébral, glioblastome)
- Patient en isolement
- Patient en état général précaire
- Patient vivant en institution

3.2. Recueil des données

Pour chaque patient répondant aux critères d'inclusion, et dans la limite du temps imposé par l'organisation de la 5^{ème} année hospitalo-universitaire (5AHU), à savoir une présence uniquement les matins, un entretien pharmaceutique est réalisé afin de recueillir les informations.

Les entretiens ont été réalisés à partir d'une grille standardisée utilisée pour les consultations d'oncogériatrie. Ce guide d'entretien figure en Annexe 5.

Avant de rencontrer le patient, la grille est complétée grâce aux informations figurant dans le Dossier Patient Informatisé (DPI) :

- La pathologie tumorale et son traitement
- Les antécédents médicaux
- L'existence d'allergie/intolérance médicamenteuse
- Les médicaments prescrits sur Cristalnet
- Le Débit de Filtration Glomérulaire (DFG) et l'Indice de Masse Corporelle (IMC) afin d'identifier d'éventuels facteurs de risques
- Les informations disponibles sur le traitement de ville : mot libre du médecin, compte-rendu d'hospitalisation...

Ensuite, un entretien est réalisé auprès du patient :

- Au 2C, celui-ci est fait dans les 48 heures suivant l'admission du patient dans le service afin de réaliser une conciliation « d'entrée ».
- En HAD, les patients sont rencontrés le dernier jour de leur hospitalisation dans un service du CLB, soit le jour de leur retour à domicile en HAD, pour une conciliation « de sortie ».

Les principaux objectifs de cet entretien sont de recueillir des informations :

- Sur les médicaments pris par le patient, aussi bien sur prescription qu'en automédication
- Sur l'observance, évaluée grâce au questionnaire de Girerd (6 questions incluses dans le guide d'entretien figurant en Annexe 5)
- Relatives à la gestion du traitement personnel du patient durant son hospitalisation
- Relatives à la préparation des médicaments au domicile
- Relatives aux connaissances du patient sur ses médicaments.

Au 2C, les informations recueillies durant l'entretien avec le patient concernant son traitement de ville sont ensuite comparées avec le traitement prescrit sur Cristalnet. On parlera de « divergence » lorsqu'il existe une différence entre le traitement habituel du patient et celui prescrit au CLB.

Pour l'HAD, le traitement de ville ainsi que les médicaments prescrits sur Cristalnet sont comparés avec les ordonnances de sortie pour savoir si tout est reconduit à la sortie du

patient. Si ce n'est pas le cas, on parlera également de divergence. De plus, si la prescription de sortie est déjà faite au moment de l'entretien de sortie, le patient est informé des changements de traitement qui ont été opérés et des conseils sont donnés sur les nouveaux médicaments prescrits.

Enfin, après avoir évalué les divergences, le prescripteur est contacté afin de modifier la prescription et/ou de justifier les divergences. Cette étape a été réalisée de façon systématique uniquement pour les patients pris en charge en HAD.

Les données recueillies sont ensuite codifiées et analysées grâce au tableur Excel.

4. Résultats

L'étude a duré au total six mois. Elle s'est déroulée en deux temps :

- Du 9 janvier au 13 avril 2015 au 2C ;
- Puis du 21 avril au 6 juillet 2015 au sein de l'HAD.

4.1. Temps nécessaire par patient

La première étape de recherche d'informations dans le DPI nécessite une dizaine de minutes en moyenne par patient.

La deuxième étape, c'est-à-dire l'entretien avec le patient, nécessite entre 5 et 20 minutes, selon la complexité des prescriptions.

4.2. Population étudiée

2C		HAD	
<u>Sexe</u>	<i>n=50</i>	<u>Sexe</u>	<i>n=50</i>
Nombre de patients vus en entretiens (%)	100	Nombre de patients vus en entretien (%)	100
dont femmes (%)	50	dont femmes (%)	50
dont hommes (%)	50	dont hommes (%)	50

2C		HAD	
<i>Age</i>	<i>n=50</i>	<i>Age</i>	<i>n=50</i>
Age médian	68 ans	Age médian	62 ans
Age mini	31 ans	Age mini	27 ans
Age max	89 ans	Age max	84 ans

Ci-dessous la répartition des patients par tranches d'âge.

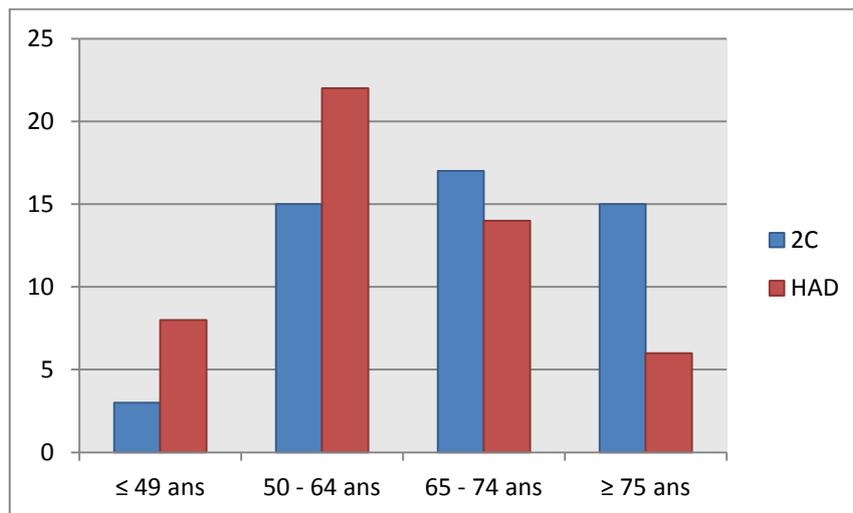


Figure 5 : Répartition des patients par tranches d'âge

2C	
<i>Première prise en charge au 2C</i>	<i>n=50</i>
O (%)	20
N (%)	80

<i>Pathologie tumorale</i>	<i>n=50</i>
LNH (%)	58
Myélome (%)	16
Leucémie (%)	14
Maladie de Waldenström (%)	2
Plasmocytome (%)	2
Autres (non hémato) (%)	8

<i>Traitement du cancer</i>	<i>n = 50</i>
Chimiothérapie (%)	88
- (%)	12

HAD	
<i>Première prise en charge en HAD</i>	<i>n=50</i>
O (%)	56
N (%)	44

<i>Pathologie tumorale</i>	<i>n=50</i>
ORL/pulmonaire (%)	32
Digestif (%)	22
Sein/gynéco/sarcome (%)	30
Hématologie (%)	6
Urologie (%)	6
Cérébral (%)	4

<i>Traitement du cancer</i>	<i>n = 50</i>
Chimiothérapie (%)	72
Radiothérapie (%)	10
Chirurgie (%)	4
- (%)	14

L'IMC et le DFG sont relevés afin d'identifier d'éventuels facteurs de risque.

2C		HAD	
<u>IMC (kg/m²)</u>		<u>IMC (kg/m²)</u>	
<i>n = 50</i>		<i>n = 50</i>	
Patients < 23 (%)	32	Patients < 23 (%)	46
Patients ≥ 23 (%)	68	Patients ≥ 23 (%)	48
		ND (%)	6

Un IMC < 23 kg/m² est un des critères qui sert pour la cotation de la fragilité selon l'outil Oncodage, outil de dépistage gériatrique utilisé en oncologie (65).

2C		HAD	
<u>DFG (ml/min/1,73m²)</u>		<u>DFG (ml/min/1,73m²)</u>	
<i>n = 50</i>		<i>n = 50</i>	
Patients ≥ 90 (%)	54	Patients ≥ 90 (%)	74
Patients entre 60-89 (%)	36	Patients entre 60 - 89 (%)	22
Patients < 60 (%)	4	Patients < 60 (%)	4
ND (%)	6		

L'estimation du DFG permet de mettre en évidence une insuffisance rénale. Un DFG supérieur à 90 ml/min/1,73m² est considéré comme normal à condition qu'il n'y ait pas de marqueurs d'atteinte rénale. Si c'est le cas, au bout de trois mois, on parle alors de maladie rénale chronique. C'est également le cas lorsque le DFG est compris entre 60 et 89 ml/min/1,73m².

Un DFG inférieur à 60 ml/min/1,73m² signe une insuffisance rénale ; celle-ci est chronique si cette valeur persiste pendant plus de trois mois (66). A ce stade, les patients ont un risque accru d'avoir des effets indésirables lors de la prise de médicaments éliminés par voie rénale (67). Ces patients nécessitent donc une surveillance particulière.

4.3. Médicaments prescrits sur Cristalnet

2C		HAD	
<u>Médicaments</u>		<u>Médicaments</u>	
Nombre moyen de méd/patient	9,42	Nombre moyen de méd/patient	11,6
Nombre min de méd/patient	4	Nombre min de méd/patient	3
Nombre max de méd/patient	20	Nombre max de méd/patient	23

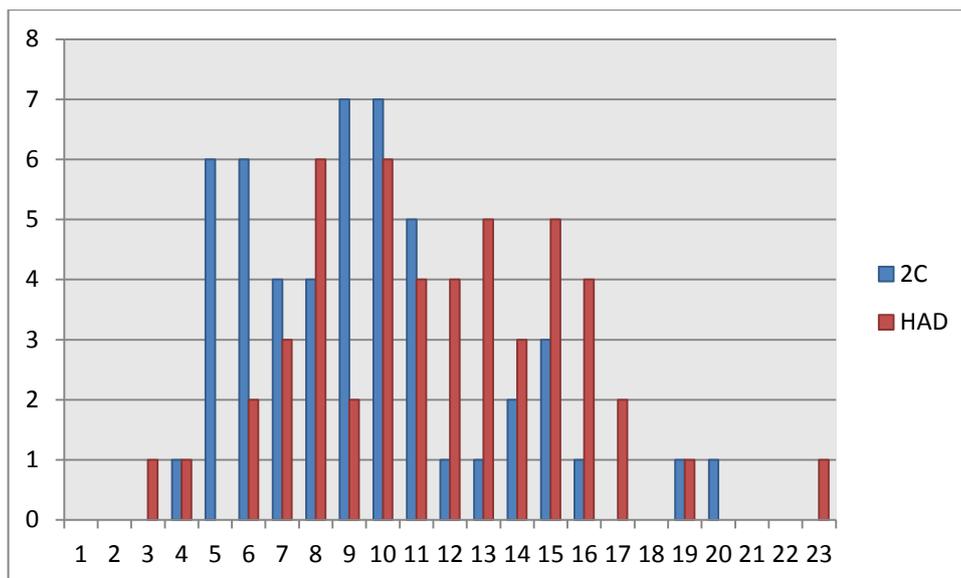


Figure 6: Nombre de patients en fonction du nombre de médicaments

Au 2C, 471 médicaments prescrits sur Cristalnet ont été répertoriés pour l'ensemble des patients de l'étude.

En HAD, 580 médicaments prescrits sur Cristalnet ont été comptabilisés.

Les médicaments ont été répertoriés selon la classification ATC (Classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique) (68). Le détail de cette classification se trouve en Annexe 6. La répartition des médicaments selon la classe ATC est représentée sur la figure suivante.

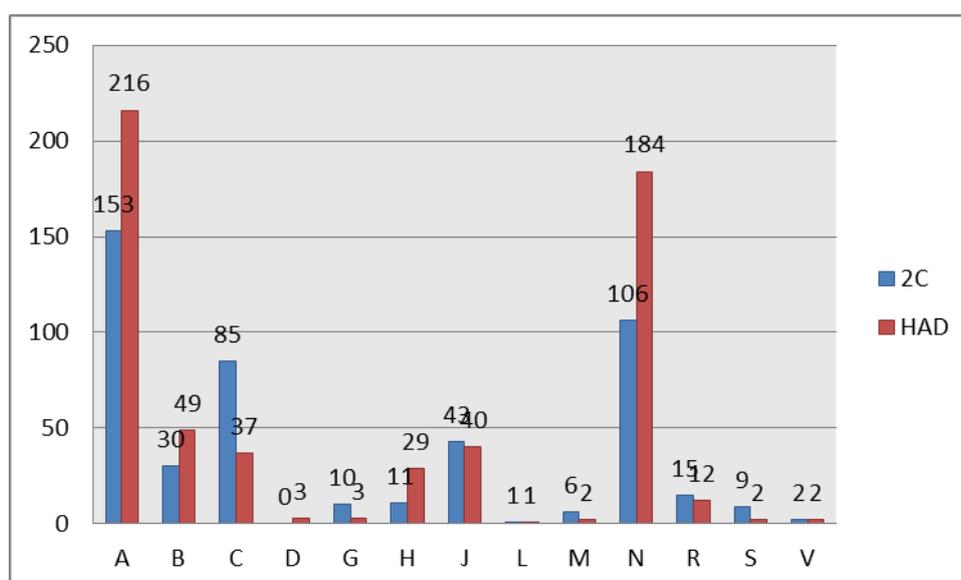


Figure 7: Répartition des médicaments selon la classe ATC

Ci-dessous, le détail des classes les plus représentées, à savoir les classes « A » et « N ».

4.3.1. Focus sur la classe « A : voies digestives et métabolisme »

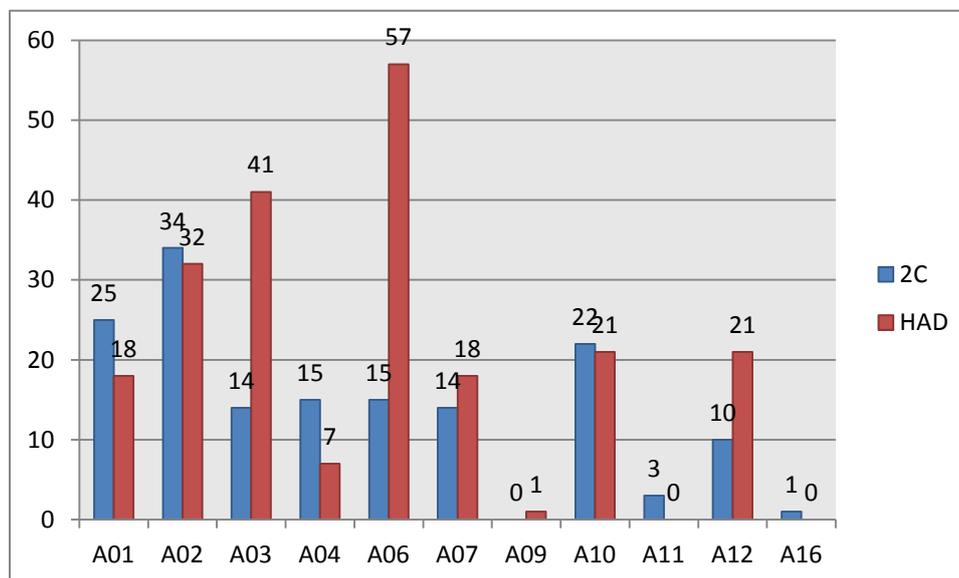


Figure 8: Répartition des médicaments de la classe "A"

La classe A regroupe l'ensemble des médicaments agissant sur les voies digestives et le métabolisme.

La classe A02, comprenant les médicaments contre les troubles de l'acidité, représente une partie importante des médicaments de la classe A, aussi bien au 2C qu'en HAD. Il s'agit en majorité d'Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP). Ainsi 66% des patients du 2C ont un IPP et 56% des patients en HAD.

En HAD, on note également une forte prescription de médicaments contre la constipation, la classe A06. Ce résultat est à mettre en relation, entre autre, avec la prescription de morphiniques, non négligeable puisque 36 patients ont au moins un antalgique de palier 3 en HAD (soit 72% des patients). Ces médicaments étant très souvent à l'origine de constipation, un traitement laxatif doit être prescrit en prévention (69). Durant l'étude, sur les 36 patients ayant des morphiniques en HAD, 26 d'entre eux (72%) avaient au moins un laxatif.

4.3.2. Focus sur la classe « N : système nerveux »

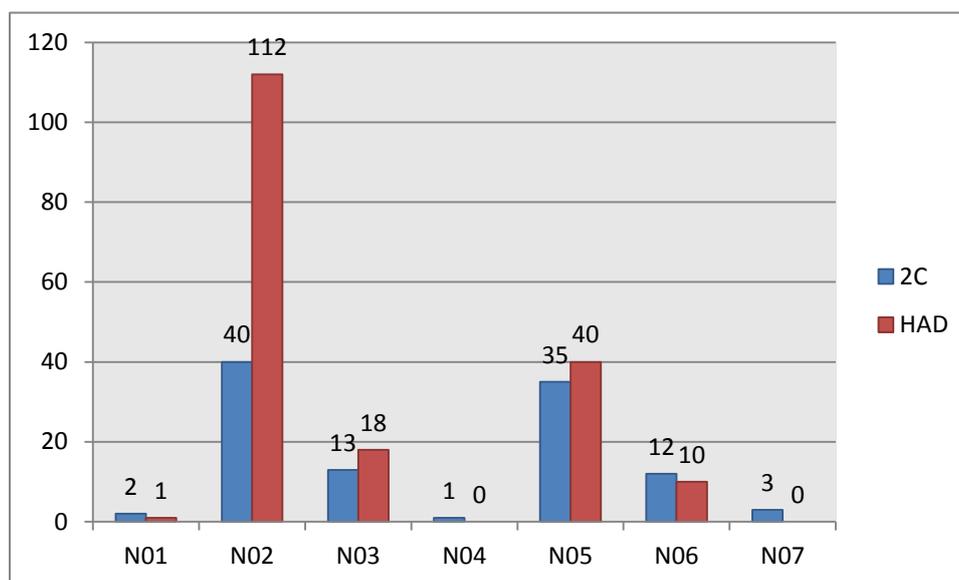


Figure 9: Répartition des médicaments de la classe "N"

La classe N regroupe l'ensemble des médicaments agissant sur le système nerveux.

On note, comme indiqué précédemment, une prescription importante d'analgésiques, la classe N02, surtout en HAD.

La classe N05 est également importante. Il s'agit de la classe des psychotroques comprenant antipsychotiques, anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs. Cette classe comprend, entre autres, des benzodiazépines. Or ces dernières sont responsables de nombreux effets indésirables et notamment de chutes, essentiellement chez les personnes âgées (70). En 2014, 136 chutes, toutes causes confondues, ont été recensées au CLB. Une partie des chutes peut s'expliquer par la prise de benzodiazépines. Ces médicaments sont donc des « médicaments à risque », et une attention particulière doit être portée quant à leur utilisation chez les sujets âgés. Sur l'ensemble des patients interrogés durant cette étude, 10 patients prenant des benzodiazépines ont plus de 75 ans.

4.4. Informations disponibles sur le traitement de ville

4.4.1. Traitement allopathique sur ordonnance

Durant l'entretien réalisé avec le patient, un maximum d'informations concernant son traitement habituel ainsi que les médicaments pris en automédication est recueilli.

2C		HAD	
<u>Existence d'ordonnances de ville</u>		<u>Existence d'ordonnances de ville</u>	
O	31	O	16
N	19	O?	2
		N	32

Au 2C, 31 patients ont au moins 1 ordonnance autre que celles provenant du CLB.

En HAD, seulement 16 patients ont une ordonnance d'un médecin extérieur au CLB. De plus, 2 patients pensent avoir également une ordonnance de ville mais sans être certains qu'il ne s'agisse pas d'ordonnances du CLB.

2C		HAD	
<u>Consultation possible des ordonnances de ville lors de l'entretien (sur 31 patients)</u>		<u>Consultation possible des ordonnances de ville lors de l'entretien (sur 18 patients)</u>	
O	17	O	6
N mais boîtes	1	N	12
N	13		

Au 2C, sur les 31 patients ayant une ordonnance de ville, 17 patients l'ont avec eux et un patient détient les boîtes de ses médicaments.

En HAD, sur 18 patients ayant une ordonnance de ville, 6 l'ont avec eux lors de l'entretien.

2C		HAD	
<u>Si NON, le patient connaît-il son traitement habituel? (sur 13 patients)</u>		<u>Si NON, le patient connaît-il son traitement habituel? (sur 12 patients)</u>	
O	9	O	8
N	4	N	3
		P	1

Au 2C, 9 patients sur 13 connaissent leur traitement prescrit en ville sans avoir l'ordonnance avec eux.

En HAD, sur les 12 patients n'ayant pas leurs ordonnances avec eux, 8 connaissent leur traitement de ville et un connaît l'indication de ses médicaments sans en connaître leurs noms.

2C

Si NON, l'information est-elle disponible dans le DPI? (sur 4 patients)

O	2
N	1
P	1

HAD

Si NON, l'information est-elle disponible dans le DPI? (sur 4 patients)

O	3
N	1

Au 2C, pour les 4 patients ne connaissant pas leurs médicaments pris habituellement en ville, l'information a été recherchée dans le DPI. Pour 2 d'entre eux, l'information a été trouvée dans un mot d'un médecin lors d'une consultation et dans un compte-rendu d'hospitalisation. Pour un patient, l'information est partielle puisqu'il n'y a pas de référence au traitement antalgique qui lui est apparemment prescrit en ville. Enfin, pour le dernier patient, aucune information n'apparaît dans le DPI. Après avoir contacté l'externe en médecine, ce dernier aurait contacté le médecin généraliste du patient et l'ensemble du traitement aurait été reconduit.

En HAD, l'information est disponible dans le DPI pour 3 patients sur 4 sous forme de compte-rendu d'hospitalisation.

4.4.2. Traitement homéopathique sur ordonnance

2C

Homéopathie sur ordonnance *n = 50*

O (%)	8
N (%)	90
ND (%)	2

HAD

Homéopathie sur ordonnance *n = 50*

O (%)	6
N (%)	94

4.4.3. Automédication

2C

Automédication en ville *n = 50*

O (%)	56
N (%)	42
ND (%)	2

HAD

Automédication en ville *n = 50*

O (%)	34
N (%)	66

56% des patients au 2C et 34% des patients pris en charge en HAD ont recours à l'automédication.

Au total, 37 médicaments d'automédication ont été identifiés au 2C contre 20 médicaments en HAD. La répartition est la suivante :

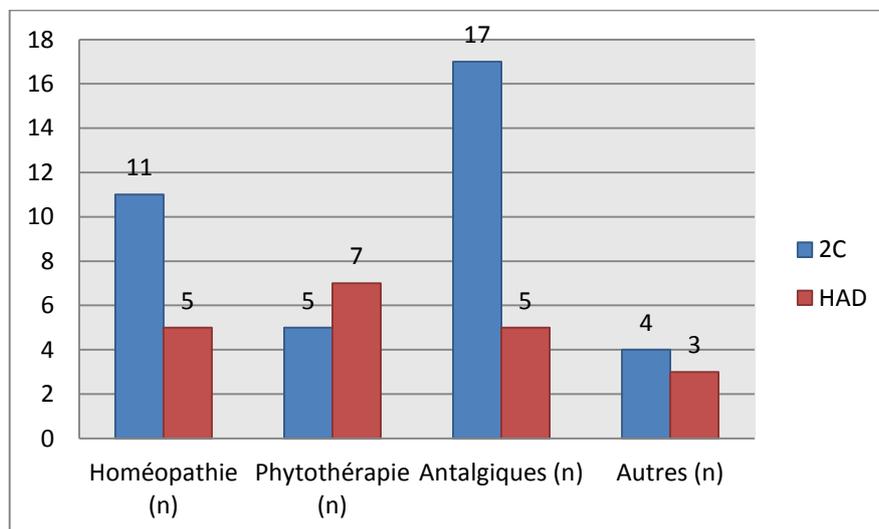


Figure 10 : Nombre de médicaments pris en automédication

4.5. Gestion des médicaments au domicile

4.5.1. Préparation des médicaments au domicile

2C	
<i>Préparation des médicaments au domicile</i>	
n=50	
Autonome (%)	76
Entourage (%)	18
Personnel paramédical (%)	6

HAD	
<i>Préparation des médicaments au domicile</i>	
n=50	
Autonome (%)	44
Entourage (%)	16
Personnel paramédical (%)	16
Autonome/Personnel paramédical (%)	14
Entourage/Personnel paramédical (%)	10

Au 2C, la majorité des patients (76%) sont autonomes dans la prise de leurs médicaments à domicile.

En HAD, le personnel paramédical intervient au total dans 40% des cas. Il s'agit de patients déjà pris en charge en HAD. A noter que deux patients déjà pris en charge en

HAD sont encore autonomes pour gérer leurs médicaments, l'HAD étant déployée pour une surveillance post-chimio ou encore du nursing mais pas pour les traitements.

4.5.2. Utilisation d'un pilulier au domicile

2C	
<u>Utilisation d'un pilulier au domicile</u>	
	<i>n=50</i>
O (%)	40
N (%)	60

HAD	
<u>Utilisation d'un pilulier au domicile</u>	
	<i>n=50</i>
O (%)	36
N (%)	54
Traitement IV / géré par IDE (%)	10

4.6. Connaissance de l'indication / du mode de prise des médicaments

2C	
<u>Connaissance de l'indication/du mode de prise des médicaments</u>	
	<i>n = 50</i>
O (%)	58
Partielle (%)	34
N (%)	8

HAD	
<u>Connaissance de l'indication/du mode de prise des médicaments</u>	
	<i>n = 50</i>
O (%)	64
Partielle (%)	26
N (%)	8
? (%)	2

Afin d'évaluer les connaissances du patient sur ses médicaments, les questions suivantes sont posées :

- Connaissez-vous les noms de vos médicaments ?
- Savez-vous pourquoi vous les prenez ?
- Comment les prenez-vous ?

4.7. Observance

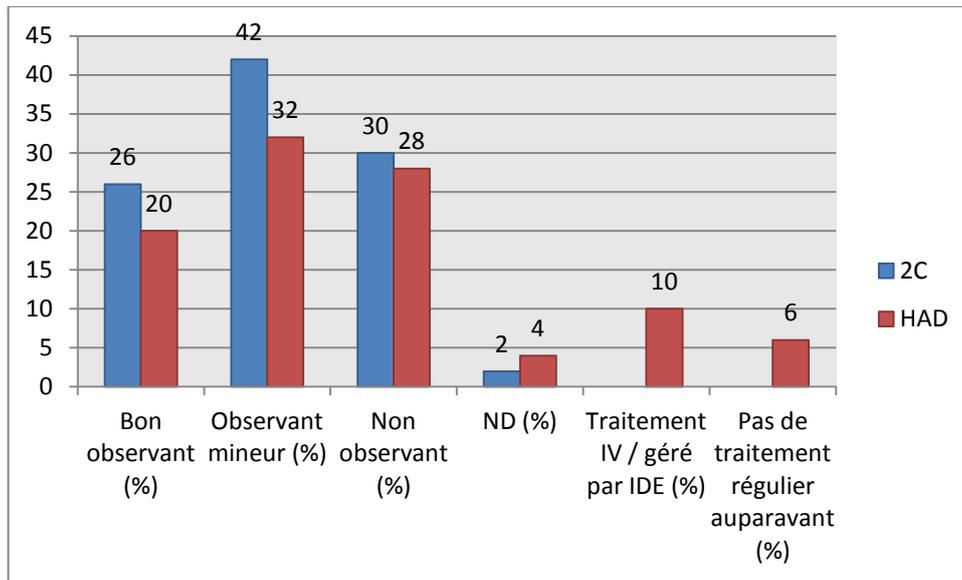


Figure 11: Pourcentage de patients observant ou non

L'observance est mesurée grâce au questionnaire de Girerd, comportant 6 items. Pour chaque question, le patient peut répondre « non » (= 1 point) ou « oui » (= 0 point). Au total, un score de 6/6 correspond à un patient « Bon observant », un score $\geq 4/6$ équivaut à un patient « Observant mineur » et un patient avec un score $< 4/6$ est « Non observant ».

Le questionnaire ne peut être réalisé lorsque le patient a uniquement un traitement en IV, géré par une IDE ou quand le patient ne prend pas de traitement particulier avant son hospitalisation au CLB.

Le questionnaire est disponible dans le guide d'entretien en Annexe 5.

4.8. Gestion du traitement personnel des patients au CLB

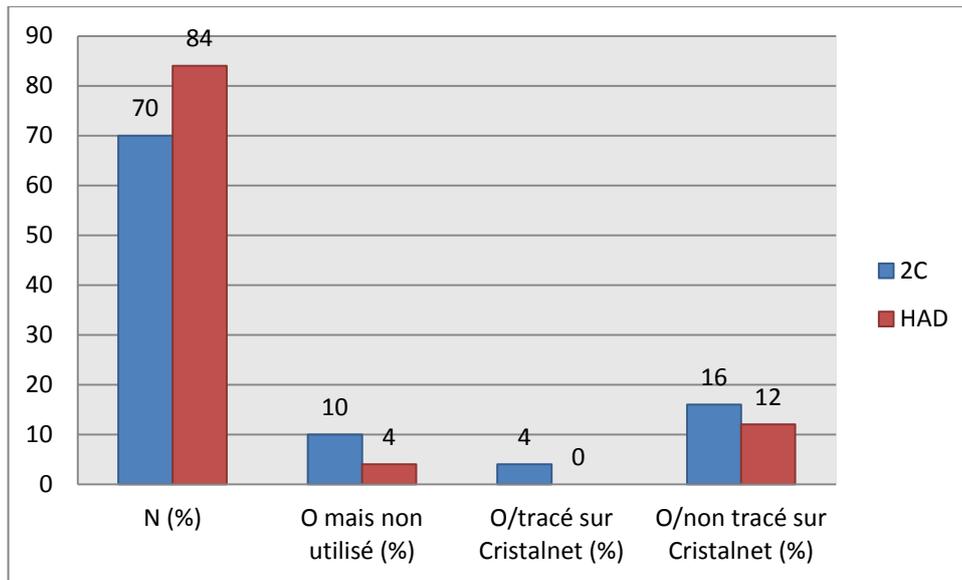


Figure 12: Pourcentage de patients ayant leur traitement personnel ou non dans la chambre

Dans la majorité des cas, au 2C et en HAD, les patients n'ont pas leurs médicaments avec eux lors de l'entretien, conformément à la réglementation en vigueur. Certains patients ont leurs traitements avec eux mais ne les prennent pas, les médicaments étant dispensés par le CLB.

Lorsque le traitement est dans la chambre du patient, il est, le plus souvent, non mentionné sur Cristalnet : ainsi 16% des patients du 2C et 12% des patients de l'HAD ont un traitement dans leur chambre pris et non tracé sur le logiciel de dispensation.

4.9. Médicaments reconduits/poursuivis durant l'hospitalisation au 2C

4.9.1. Allopathie sur ordonnance

Médicaments de ville NON RECONDUITS durant le séjour (sur 31 patients)

O	13
N	17
? (pas d'ordonnance consultable, ne connaît pas ses médicaments, pas d'information dans le DPI)	1

Sur 31 patients ayant une ordonnance de ville, 17 d'entre eux ont eu leur traitement entièrement reconduit lors de leur hospitalisation. En revanche, pour 13 patients, un ou plusieurs médicaments ont été omis. Il s'agit d'une première prise en charge dans 30,8% des cas. Le tableau suivant répertorie ces omissions en précisant la classe ATC concernée.

Patients	Médicaments de ville non reconduits à l'entrée	Classification ATC
Patient 3	Omexel®	G04
Patient 13	Zyloric® – Glucophage® – Daflon®	M04 – A10 – C05
Patient 15	Aspegic® – Duphalac® – Dafalgan®	N02 – A06 – N02
Patient 16	Ventoline®	R03
Patient 18	Plavix®	B01
Patient 20	Piascledine®	
Patient 25	Actrapid®	A10
Patient 29	Lipanthyl®	C10
Patient 32	Coaprovel®	C09
Patient 35	Diamicron®	A10
Patient 45	Cartéol®	S01
Patient 49	Morphine®	N02
Patient 50	Doliprane®	N02

Tableau 5: Médicaments omis lors de l'hospitalisation au 2C

Au cours de cette étape, le prescripteur n'a pas été contacté de façon systématique.

Commentaires :

- Patient 13 : le Glucophage® a été remplacé par de l'Insuline au cours du séjour ; le patient continue de prendre du Daflon® (traitement personnel) mais il n'est pas prescrit sur Cristalnet.
- Patient 16 : le patient continue de prendre sa Ventoline® (traitement personnel). Le médecin a été contacté mais la prescription n'a pas été modifiée.
- Patient 18 : l'arrêt du Plavix® a été justifié par le prescripteur du CLB après l'avoir contacté mais pas de trace écrite.

- Patient 32 : le CoAprovel® a été prescrit au CLB puis suspendu, sans justification.
- Patient 35 : le Diamicon® n'a pas été reconduit mais le patient reçoit des injections d'insuline.
- Patient 45 : le patient prend le Cartéol® (traitement personnel) mais il n'est pas prescrit sur Cristalnet.

4.9.2. Homéopathie sur ordonnance

Homéopathie POURSUIVIE durant le séjour (sur 4 patients)

O	2
N	2

Les traitements homéopathiques ne sont pas reconduits par le CLB. Cependant, 2 patients ont poursuivi leur traitement pendant leur hospitalisation avec leur propre traitement homéopathique.

4.9.3. Automédication

Automédication POURSUIVIE durant le séjour (sur 26 patients)

O	3
N	23

Sur 26 patients ayant recours à l'automédication, 3 patients ont continué de prendre leurs propres médicaments : il s'agit de traitement homéopathique ou de phytothérapie.

Pour les 17 patients prenant des antalgiques (paracétamol) en automédication :

- 7 reçoivent un traitement antalgique équivalent au CLB
- 9 ne reçoivent pas de traitement antalgique
- 1 patient demande ponctuellement aux IDE du paracétamol sans que ce ne soit prescrit sur Cristalnet.

4.10. Médicaments reconduits en HAD

4.10.1. Allopathie sur ordonnance

Les patients pris en charge en HAD ont bénéficié d'une « conciliation » à la sortie de leur hospitalisation au CLB.

Médicaments de ville NON RECONDUITS A LA SORTIE DU CLB (sur 18 patients ayant une ordo de ville)

N	8
O	7
O ->N	1
O (OK)	1
? (pas d'info sur le ttt habituel)	1

Sur les 18 patients ayant une ordonnance de ville, 8 patients ont eu leur traitement de ville entièrement reconduit à leur sortie du CLB. Pour 9 patients, des médicaments ont été omis. Il s'agit d'une première prise en charge dans 77,8% des cas. Le médecin a alors été contacté :

- Pour 3 patients, le médecin n'a pas pu être joint ; l'erreur n'a donc pas été corrigée.
- Pour 3 patients, le médecin a été mis au courant mais n'a pas modifié l'ordonnance de sortie.
- Pour 1 patient, le traitement n'était pas prescrit sur Cristalnet mais le patient avait ses propres médicaments, en accord avec le médecin.
- Pour 1 patient, l'erreur a été corrigée par le médecin.
- Pour 1 patient, l'arrêt du médicament a été justifié par le médecin contacté.

Les médicaments omis sont répertoriés dans le tableau suivant :

Patients	Médicaments de ville non reconduits à la sortie	Classification ATC
Patient 4	Fungizone [®] / Lopéramide	A07 / A07
Patient 10	Actonel [®] / Ganfort [®] / Cacit D3 [®]	M05 / S01 / A12
Patient 13	Doliprane [®] / Lercan [®] / Symbicort [®] / Nasonex [®] / Prednisolone / Diclofénac	N01 / C08 / R03 / R01 / H02

Patient 28	Zopiclone / Eductyl®	N05 / A06
Patient 31	Permixon®	G04
Patient 43	Seroplex® / Latanoprost	N06/ S01
Patient 45	Cacit D3® / Lumigan®	A12 / S01
Patient 46	Amlor®	C08
Patient 47	Fluconazole / Tahor® / Topalgic®	J02 / C10 / N02

Tableau 6: Médicaments de ville omis à la sortie du CLB

Il faut noter que ces traitements « de ville », non reconduits à la sortie, n'ont pas été prescrits non plus pendant l'hospitalisation.

Concernant le traitement Cristalnet :

Médicaments Cristalnet non reconduits à la sortie

N	15
O	7
O*	14
O -> N	3
O (OK)	3
O#	8

Le traitement Cristalnet a été entièrement reconduit à la sortie du CLB pour 15 patients. Pour les 35 autres patients, des médicaments ont été omis :

- Pour 7 patients, le médecin n'a pas pu être joint.
- Pour 14 patients, les médicaments Cristalnet non reconduits à la sortie étaient des médicaments prescrits en conditionnel et non pris d'après la pancarte du patient.
- Pour 3 patients, le médecin joint a rajouté le(s) médicament(s) omis.
- Pour 3 patients, le médecin a justifié l'arrêt du/des médicament(s) lors de l'intervention pharmaceutique.
- Pour 8 patients, seulement une partie des interventions pharmaceutiques ont été prises en compte par le médecin.

Patients	Médicaments Cristalnet non reconduits à la sortie	Classification ATC
Patient 3	Procaïne / Zinc	N01 / V
Patient 4	Ondansétron / Largactil®	A04 / N05
Patient 6	Haldol®	N05
Patient 7	Clamoxyl®	J01
Patient 9	Lovenox® / Bricanyl® / Atrovent®	B01 / R03 / R03
Patient 10	Normacol®	A06
Patient 12	Bicarbonate / Mycostatine® / Doliprane®	A01 / A07 / N01
Patient 13	Lercan® / Doliprane® / Symbicort®	C08 / N02 / R03
Patient 14	Bicarbonate / Fungizone®	A01 / A07
Patient 16	Diffuk® / Alprazolam	A12 / N05
Patient 17	Forlax® / Piperacilline-tazobactam / Pantoprazole / Ondansétron / Lovenox® / Paracétamol	A06 / J01 / A02 / A04 / B01 / N02
Patient 19	Pantoprazole / Forlax®	A02 / A06
Patient 21	Piperacilline-tazobactam	J01
Patient 23	Actiskenan® / Lexomil®	N02 / N05
Patient 24	Bicarbonate / Piperacilline-tazobactam / Oxynormoro®	A01 / J01 / N02
Patient 25	Novorapid®	A10
Patient 26	Topalgic® / Primperan®	N02 / A03
Patient 27	Doxycycline / Fluconazole / Primperan® / Forlax®	J01 / J02 / A03 / A06
Patient 29	Primperan®	A03
Patient 30	Jamylène®	A06
Patient 31	Permixon®	G04
Patient 32	Lansoyl® / Forlax® / Microlax®	A06 / A06 / A06
Patient 34	Lovenox®	B01
Patient 35	Pimperan® / Morphine	A03 / N02
Patient 37	Oxynormoro®	N02

Patient 38	Spasfon® / Lovenox® / Mycostatine® / DiffuK® / Mag2®	A03 / B01 / A07 / A12 / A12
Patient 40	Largactil®	N05
Patient 42	Bicarbonate / Primperan®	A01 / A03
Patient 44	Primperan®	A03
Patient 45	Novorapid® / Atarax®	A10 / N05
Patient 46	Doliprane® / Mag2®	N02 / A12
Patient 47	Ondansétron / Normacol® / Eductyl®	A04 / A06 / A06
Patient 48	Primperan®	A03
Patient 49	Lovenox® / Novorapid®	B01 / A10
Patient 50	Microlax®	A06

Tableau 7: Médicaments prescrits sur Cristalnet omis à la sortie du CLB

4.10.2. Homéopathie sur ordonnance

Homéopathie POURSUIVIE DURANT LE SEJOUR (sur 3 patients)

O	2
N	1

Les traitements homéopathiques ne sont pas reconduits par le CLB. Cependant, 2 patients ont poursuivis leur traitement pendant leur hospitalisation avec leur propre homéopathie.

4.10.3. Automédication

Automédication poursuivie DURANT LE SEJOUR (sur 17 patients)

O	4
N	13

Sur 17 patients ayant recours à l'automédication, 4 patients ont continué de prendre leurs propres médicaments : pour 3 patients, il s'agissait d'homéopathie et/ou phytothérapie. Un patient a continué de prendre du Doliprane®.

Pour les 5 patients prenant des antalgiques (paracétamol) en automédication, tous ont reçu un traitement antalgique équivalent durant leur séjour au CLB. Cependant, pour 2 d'entre eux, aucun antalgique n'est prescrit à la sortie.

5. Discussion

L'étude menée au CLB est une première étape dans le développement de la conciliation des traitements médicamenteux. Elle a été réalisée dans le but d'évaluer les paramètres pris en compte lors de la réalisation d'une conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie des patients hospitalisés dans deux services du CLB, afin de mettre en place, à terme, une démarche ciblée et structurée, condition nécessaire à la pérennisation de cette activité.

Le nombre moyen de médicaments prescrit au CLB (hors traitement anticancéreux par voie injectable) par patient au moment de réaliser le bilan médicamenteux est de 9,4 au 2C et de 11,6 en HAD. Ce résultat est plus élevé que ceux retrouvés dans les études sur la conciliation médicamenteuse. En effet, à notre connaissance, le nombre moyen de médicaments varie entre 4,8 au CHU de Bordeaux où l'étude a été menée sur 65 patients âgés de 65 ans et plus hospitalisés après un passage aux urgences (15) et 9,7 dans une étude ayant inclus 517 patients âgés en moyenne de 59,8 ans et considérés comme des patients « à haut risque » du fait de leur état de santé (36). Cela peut s'expliquer par la spécificité de la prise en charge thérapeutique des patients atteints d'un cancer. En effet, les traitements anticancéreux sont souvent à l'origine d'effets indésirables nécessitant d'être contrôlés par des médicaments, associations nécessaires, contrairement à d'autres pathologies, ce qui augmente le nombre de médicaments par rapport à un patient n'ayant pas de cancer. Ce nombre reste tout de même plus élevé que dans les études évaluant la polypharmacie chez les patients atteints d'un cancer. En effet, Nightingale G. *et al.* ont évalué à 9,2 le nombre moyen de médicaments pris par patient d'après une cohorte de 234 patients âgés en moyenne de 80 ans, en incluant l'automédication et la phytothérapie (71). Aussi, Lees J *et al.* rapportent les résultats de plusieurs études comptabilisant entre 5 et 9,1 médicaments par patient en moyenne (72). La polypharmacie implique de nombreux

risques potentiels pour les patients : risque d'interactions médicamenteuses pouvant diminuer l'efficacité ou au contraire augmenter les effets indésirables d'une chimiothérapie, risque de mauvaise observance, mais également augmentation des coûts de prise en charge. Il est également important de prendre en compte l'automédication ainsi que la phytothérapie, à risque important d'interactions (par exemple, le millepertuis qui est un inducteur enzymatique). La conciliation médicamenteuse est un moyen de gérer la polypharmacie et ses conséquences en établissant une liste exhaustive de l'ensemble des médicaments prescrits et non prescrits du patient permettant d'adapter au mieux le traitement à la situation, d'analyser les interactions médicamenteuses et d'éviter également les redondances.

La durée de réalisation de la CTM, incluant la recherche de données, l'entretien avec le patient et l'appel éventuel au prescripteur, a été estimée à partir de quelques cas entre 15 et 35 minutes. Ce temps est plus court que celui retrouvé dans la littérature. En effet, selon les études, la durée moyenne de réalisation de la conciliation médicamenteuse varie entre 20 (15) (45) et 80 minutes (41) par patient. Dans le rapport d'expérimentation MedRec publié par la HAS, la durée moyenne de la CTM sur les neuf établissements participants est de 30,6 minutes (15). La durée estimée dans notre étude semble plus faible, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'aucun appel téléphonique n'ait été passé aux pharmaciens d'officine ou autres professionnels de santé libéraux pour obtenir des informations sur le traitement des patients. De plus, le DP, souvent consulté lors de la CTM n'a pas été utilisé lors de cette étude, car non accessible.

Un entretien avec le patient et/ou son entourage a été réalisé pour chaque patient inclus dans l'étude, précédé de la consultation de son DPI. Cet entretien est indispensable afin de faire le point avec le patient sur ce qu'il prend à la fois sur ses ordonnances mais aussi en automédication. C'est également au cours de cet entretien que l'on peut consulter les ordonnances de ville du patient et/ou les médicaments qu'il a amenés. L'entretien avec le patient et/ou son entourage est un temps d'échange permettant également d'évaluer l'observance ou encore les connaissances du patient sur son traitement, afin de pouvoir lui prodiguer des conseils et améliorer la prise en charge globale. Ces points sont des leviers d'action pour les pharmaciens pour améliorer la prise en charge des patients au vu des résultats obtenus. En effet, selon le questionnaire de Girerd, seuls 26% des patients du 2C et 20% des patients pris en charge en HAD sont considérés comme « bons observants ». Quant aux connaissances des patients sur leur traitement, seulement la moitié d'entre eux

(respectivement 58% et 64% des patients du 2C et de l'HAD) semble connaître parfaitement l'indication et le mode de prise de ses médicaments. Enfin, il paraît indispensable de réaliser un entretien pour obtenir des informations sur les médicaments que prend le patient en automédication. Il s'agit d'informations non négligeables au vu du pourcentage de patients ayant recours à l'automédication : en effet, 52% des patients du 2C et 34% des patients de l'HAD ont recours régulièrement à des traitements antalgiques, homéopathiques ou de phytothérapie en automédication. L'entretien, les ordonnances ou les boîtes de médicaments sont des sources d'informations pour la CTM mais ne sont pas suffisantes. Une étude américaine a montré que peu de patients sont capables de donner une liste de leurs médicaments sans erreur même avec une liste ou leurs boîtes de médicaments : sur 315 questionnaires, seulement 114 (36,2%) étaient justes et complets (57). De plus, l'entretien peut parfois être difficile du fait de la barrière de la langue ou des fonctions cognitives du patient, ce qui est le cas notamment avec les patients atteints d'un lymphome cérébral. Ces patients ont été exclus de l'étude mais d'autres sources d'informations pourraient être utilisés afin de ne plus les exclure à l'avenir. D'après la littérature, les sources d'informations les plus intéressantes semblent être le pharmacien d'officine (61) (73) (74) et le Dossier Pharmaceutique du fait de leur exhaustivité et de leur fiabilité. Même si aucune règle n'a été émise quant au nombre de sources d'informations nécessaires pour réaliser le bilan médicamenteux, toutes les études s'accordent sur le fait qu'il faut croiser un maximum de sources afin d'établir une liste exhaustive et juste des médicaments pris par le patient. E. Dufay, via l'expérience MedRec, préconise d'utiliser au minimum trois sources d'informations différentes (74). Dans les études dont nous avons connaissance, les professionnels de santé réalisant la conciliation médicamenteuse ont à leur disposition entre deux (44) et six (41) (45) (46) sources d'informations différentes parmi l'entretien avec le patient et/ou son entourage, le pharmacien d'officine, le médecin traitant, les ordonnances et médicaments apportés par le patient, les comptes-rendus d'hospitalisation antérieure, le dossier médical ou encore le DP.

Concernant le nombre de divergences rencontrées lors de cette étude, seules les omissions de traitement ont été répertoriées, l'objectif de l'étude étant d'évaluer dans un premier temps la capacité de réalisation de la CTM ainsi que l'impact de cette activité dans notre établissement. D'après la littérature, les omissions de traitement sont les erreurs les plus fréquemment retrouvées lors de la comparaison du bilan médicamenteux avec la prescription d'hospitalisation. En effet, selon les études, les omissions de traitement

représentent entre 55,5% (45) et 76,4% (44) des erreurs. Nous avons donc choisi de nous focaliser sur ces erreurs. A l'entrée, 41,9% des patients du service du 2C ayant un traitement habituel à leur domicile ont eu au moins un médicament non reconduit sur Cristalnet. La conciliation médicamenteuse a permis de détecter 1,3 divergences par patient au 2C. Pour les patients pris en charge par l'HAD du CLB à la sortie de leur hospitalisation, 74% des patients ont eu au moins une omission de traitement par rapport aux prescriptions de ville et à la prescription d'hospitalisation. 2,5 divergences par patient ont été détectées grâce à la conciliation. Le pourcentage de patients ayant au moins une erreur médicamenteuse varie considérablement selon les études : L. Boissinot *et al.* ont retrouvé au moins une divergence non intentionnelle chez 16% de leurs patients (45) tandis que 81,9% des patients inclus dans l'étude publiée par Cornu *et al.* présentaient au moins une divergence (40). Quant au nombre de DNI par patient, celui-ci varie de 0,2 (45) à 9,1 (39). Les résultats sont très fluctuants d'une étude à l'autre. Cela peut s'expliquer par la méthodologie des études qui diffère ou encore par la taille des échantillons, mais aussi par la nature des divergences répertoriées et par la définition donnée au terme « divergence ». En effet, selon les études, divergences non documentées intentionnelles (DNDI) et divergences non intentionnelles (DNI) sont évaluées de manière distincte tandis que pour d'autres, il n'y a pas eu de différence entre les deux. Dans notre étude, la distinction n'a pas été faite. Les DNDI sont certes moins graves que les DNI mais elles peuvent être source de confusion pour les prochaines prescriptions. Les résultats de notre étude sont tout de même en accord avec ceux retrouvés dans la littérature. En revanche, si certains affirment que le nombre de divergences augmentent avec le nombre de médicaments pris par le patient (38) (40) (42) (57) (75), cela ne semble être le cas dans notre étude. En effet, les omissions de traitement touchent aussi bien des patients ayant peu de médicaments que beaucoup de médicaments. Ceci peut s'expliquer par le fait que seules les omissions de traitement ont été répertoriées et non les erreurs de posologie, de dosage ou encore de voie d'administration.

L'entretien collaboratif avec l'équipe médicale, après avoir comparé le bilan médicamenteux avec l'ordonnance d'hospitalisation, est une étape primordiale afin de résoudre les divergences. Cette étape n'a pas été réalisée au début de l'étude dans le service du 2C, phase pendant laquelle les divergences ont été répertoriées pour pouvoir estimer la proportion d'erreur mais non traitées avec le médecin. En HAD, cette étape a pu être mise en place d'emblée. Mais, du fait des contraintes liées à l'organisation de la

5AHU, le prescripteur n'a pas pu être contacté à chaque fois que c'était nécessaire. De plus, plusieurs médecins interviennent dans la prise en charge du patient en HAD, à savoir le médecin du service et le(s) médecin(s) de l'HAD, ce qui rend parfois difficile de trouver le bon interlocuteur qui modifiera la prescription. Le médecin a pu être contacté dans dix-neuf cas : il a justifié l'arrêt des médicaments omis dans quatre cas, modifié la prescription dans quatre cas, apporté des modifications partielles dans huit cas et n'a pas modifié les prescriptions dans trois cas. Le taux de modification par le prescripteur est faible en comparaison avec les résultats trouvés dans la littérature. Graabaek T. *et al.* ont analysés 31 études dans une revue systématique : le taux d'acceptation des recommandations par le prescripteur varie entre 39 et 100% ; la moitié des études ayant un taux supérieur à 69% (50). Cela peut s'expliquer par la taille de notre échantillon qui est faible mais aussi par le fait que les prescripteurs n'aient pas été sensibilisés à la conciliation médicamenteuse au sein de l'établissement. En effet, aucune communication n'a été faite au début de l'étude à l'ensemble des médecins ; cela a été fait uniquement lors de l'appel au prescripteur pour résoudre une divergence. Or ce moment n'est pas le plus propice, surtout quand le médecin est occupé en consultation et qu'il a peu de temps à nous consacrer. La communication auprès de l'ensemble du personnel soignant est un des points essentiels au développement et à la pérennisation de cette activité. Graabaek T. *et al.* mettent également en avant un facteur facilitant pour résoudre les divergences : celui du contact direct avec le médecin (50).

Lors de notre étude, nous avons également évalué la gestion du traitement personnel des patients puisqu'il s'agit aussi d'un levier pour améliorer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des patients. On pourrait s'attendre à ce que les médicaments délivrés en ville et amenés par les patients à l'hôpital soient une exception. En effet, d'une part, les patients sont avertis de ne pas amener ce type de traitement lors de leur hospitalisation et, d'autre part, la procédure de gestion des traitements personnels des patients hospitalisés prévoit la récupération et la gestion des médicaments malgré tout amenés par les patients. Or, lors de notre étude, nous avons constaté que 30% des patients du 2C et 16% des patients de l'HAD avaient leur traitement dans leur chambre, en contradiction avec la procédure. Ces résultats semblent être tout de même relativement faibles comparativement aux études publiées ces dernières années. En effet, selon les études, entre 25 (64) et 43,1% (63) des patients hospitalisés ont leur traitement personnel dans leur chambre. Nous avons également constaté un taux important d'utilisation de ces médicaments : respectivement

66,7% et 75% des patients ayant leur traitement dans leur chambre au 2C et en HAD utilisaient leurs médicaments. Cette situation pose un problème de risque iatrogène accru dans la mesure où ces médicaments ne sont très majoritairement pas pris en compte dans la prescription informatisée Cristalnet. En effet, si les patients prennent des médicaments sans prévenir le prescripteur, il y a un fort risque d'interactions médicamenteuses, de contre-indications, voire de surdosage si le patient prend parallèlement son traitement personnel et les médicaments prescrits par l'hôpital (63). Ce fait devra être pris en compte et faire l'objet d'actions correctrices institutionnelles dans le cadre de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des patients.

La gravité potentielle des erreurs médicamenteuses et l'impact clinique de la conciliation médicamenteuse n'ont pas été mesurés lors de notre étude mais ont fait l'objet d'un certain nombre de publications. Selon les études, le taux de divergence ayant un impact clinique varie entre 45 et 83,9%. L'écart est assez important entre les études. Cela peut s'expliquer par les différences de méthodologie entre les établissements pour évaluer la gravité des divergences. En effet, selon les études, la classification des erreurs, selon leur gravité ou selon le professionnel de santé jugeant les divergences, peut être différente. Ce dernier facteur est d'ailleurs à l'origine de différences au sein d'un même établissement : comparativement aux pharmaciens, les médecins cotent à un degré de gravité moindre les divergences constatées (41) (44). La gravité des divergences peut également varier dans un même établissement selon la durée de l'évaluation : dans le cadre du projet MedRec Kappa, 17% des patients ont eu une erreur médicamenteuse considérée comme majeure lorsque la gravité a été évaluée sur la seule durée de l'hospitalisation. Ce chiffre s'élève à 57% lorsqu'elle a été évaluée sans considération de période (15). Cela révèle également qu'une erreur médicamenteuse peut avoir des conséquences à long terme, ce qui n'est pas évalué constamment, or cela pourrait augmenter encore le taux de divergences cliniquement significatives. A la vue de ces résultats, la conciliation médicamenteuse semble donc être une solution intéressante pour éviter les événements iatrogènes médicamenteux. Cependant, les trois revues répertoriées ne permettent pas de dégager des conclusions aussi tranchées sur l'impact clinique de la conciliation médicamenteuse. Selon ces revues synthétisant un grand nombre d'études publiées sur la conciliation médicamenteuse, si cette intervention est reconnue de façon unanime comme permettant de diminuer les divergences, son impact clinique est plus inconstant. En effet, toutes les études ne tirent pas la même conclusion. Les principales conclusions qui se dégagent sont

les suivantes : la conciliation médicamenteuse permettrait de diminuer les réadmissions liées aux médicaments (50) mais pas les réadmissions toutes causes confondues (50) (52), ni la mortalité (50) (52), la durée d'hospitalisation (52) ou encore le recours au système de soins (76). Toutefois, ces revues précisent que la qualité des études est généralement plutôt faible et qu'il serait nécessaire de réaliser d'autres études randomisées de meilleure qualité.

Ces revues systématiques mettent également en avant que dans les études montrant un impact positif de la CTM sur les réadmissions et le recours au système de soins après l'hospitalisation, la conciliation médicamenteuse n'est pas la seule action mise en place pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse des patients. La conciliation médicamenteuse fait partie d'une prise en charge plus globale des patients comprenant des conseils à la sortie d'hospitalisation, la mise en place de rendez-vous de suivi ou d'appels téléphoniques après la sortie ou encore la communication des informations médicales aux professionnels de santé référents du patient en ambulatoire (51) (76) (77). Au CLB, d'autres actions sont actuellement mises en place pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse des patients. Les prescriptions des patients dits « à risque », c'est-à-dire les patients âgés de plus de 75 ans ayant au moins un médicament « à risque » et les patients ayant une chimiothérapie orale, font l'objet d'une attention particulière lors de leur validation, décrite dans la procédure « gestion de la validation pharmaceutique ». Il s'agit d'une validation pharmaceutique de niveau 2, comme le définit la SFPC (cf. Annexe 1). De plus, les patients hospitalisés en HAD bénéficient d'un entretien lors de leur sortie, temps d'échange permettant d'expliquer au patient les éventuels changements dans ses traitements et de lui donner des conseils. Cette étape pourrait être généralisée à l'ensemble des patients bénéficiant d'une conciliation médicamenteuse de sortie.

Cette étude présente un certain nombre de limites. C'est pourquoi nous allons détailler des pistes d'amélioration, conditions nécessaires au développement d'une conciliation médicamenteuse de qualité ainsi qu'à la pérennisation de cette activité. En effet, si la conciliation médicamenteuse n'est pas réalisée de façon standardisée, protocolée et avec minutie, elle peut être à l'origine de nouvelles erreurs (54).

Dans un premier temps, il est nécessaire de sensibiliser les différents professionnels de santé sur les principes et les bénéfices attendus de cette nouvelle activité de pharmacie clinique. La communication doit porter sur la volonté d'améliorer continuellement la prise

en charge médicamenteuse des patients hospitalisés et ce, grâce à un travail collaboratif et multidisciplinaire.

Il s'agit de la deuxième condition nécessaire au développement de la conciliation médicamenteuse : l'implication des différents professionnels de santé gravitant autour du patient. Même si le pharmacien est présenté dans la littérature comme le référent pour réaliser cette activité, il ne peut agir seul. Il s'agit ici d'une des limites de notre étude. Etant seule pour réaliser la conciliation médicamenteuse, toutes les facettes de cette activité n'ont pu être étudiées de manière approfondie. D'après la littérature, le pharmacien obtiendrait des bilans médicamenteux plus complets et plus précis comparativement aux autres professionnels de santé, du fait de son expertise dans le domaine des médicaments (40) (58) (59) (77). Le pharmacien peut également, en plus de réaliser le bilan médicamenteux, donner des conseils sur les traitements du patient ainsi que vérifier sa compréhension et répondre à ses questions (77). Ces missions peuvent également être menées, dans un cadre validé pharmaceutiquement, par les étudiants et préparateurs en pharmacie, permettant de ne pas faire porter tout le poids de la CTM sur les pharmaciens (39) (42) (73) (76). Aux Etats-Unis et au Canada, ce sont les étudiants et préparateurs en pharmacie qui réalisent le bilan médicamenteux (41). Mais l'équipe pharmaceutique ne peut résoudre les divergences sans la participation des médecins prescripteurs. Certains auteurs recommandent d'organiser régulièrement des réunions pharmaciens-médecins, un temps dédié à la revue des patients conciliés (54) (55). La multidisciplinarité est donc reconnue dans l'ensemble des publications comme une condition sine qua none de la CTM. Sanchez SH. *et al.* estiment même qu'un projet de conciliation médicamenteuse devrait impliquer les commissions pour la sécurité des patients, le management de la qualité ainsi que les chefs d'établissement (55).

L'engagement des professionnels de santé dans cette nouvelle activité nécessite également leur formation (54) (55) (73) et la mise en place d'outils standardisés et reproductibles (16) (53). Cela est indispensable surtout si cette activité est confiée aux étudiants en pharmacie pour qui le turn-over est important. La HAS, dans son rapport à propos de l'expérience MedRec, a publié des outils standardisés : une fiche de recueil des informations par source, un guide d'entretien du patient avec les points clés à ne pas omettre ainsi qu'une fiche de conciliation des traitements, disponibles en annexes 7, 8 et 9 (15).

De plus, il est nécessaire de cibler les patients. En effet, la conciliation médicamenteuse demande du temps et il n'est pas envisageable d'en réaliser une pour tous les patients hospitalisés. Malheureusement, l'étude n'a pas permis de mettre en avant les facteurs de risque aboutissant aux erreurs médicamenteuses. En effet, s'il y a plus d'erreurs parmi les patients pris en charge pour la première fois en HAD, ce n'est pas le cas dans le service du 2C. Il n'y a pas non plus de relation entre le nombre de médicaments et l'apparition de divergences. Cela s'explique certainement par le fait que seules les omissions de traitement ont été répertoriées, ce qui limite le nombre de divergences. Enfin, aucun lien n'a pu être établi entre l'IMC ou le DFG et un nombre élevé de divergences. Dans la littérature, il est recommandé de cibler les patients « à risque ». Selon les études, il s'agit des patients âgés, en général de plus de 65 ans, polypathologiques et polymédiqués (53) (74) (76) (77), ces deux paramètres associés aux modifications physiologiques (altérations rénales et hépatiques notamment) de la personne âgée augmentant considérablement le risque de survenue d'évènement iatrogène (74). Pour d'autres auteurs, la définition de patient « à risque » est plus large. Elle peut concerner les patients en fin de vie, les patients ayant une faiblesse cognitive, une situation médicale complexe, un handicap (77) ou encore les patients étrangers ne parlant pas français (43). La SFPC indique que la CTM devrait s'appliquer aux patients très âgés et polymédiqués, aux enfants et adolescents, aux patients ayant une/des maladie(s) chronique(s), aux patients hospitalisés en urgence et aux personnes handicapées (74). D'autres établissements proposent également de cibler des médicaments « à risque » tels que les anticoagulants, les bêtabloquants, les sulfamides hypoglycémiant ou l'insuline (43). *A contrario*, une revue systématique suggère qu'il n'y a pas de corrélation entre patients « à risque » et prévalence des divergences cliniquement significatives, expliquant que les patients âgés ou polypathologiques ont souvent un traitement stable connu depuis de nombreuses années et que le risque réside plutôt dans les changements fréquents et/ou récents de traitements (51). Au CLB, la particularité est que les patients reviennent de façon cyclique dans l'établissement, au rythme des chimiothérapies et visites de contrôle. Il serait donc intéressant de réaliser une conciliation médicamenteuse lors de leur première prise en charge. Cibler la population permettra d'améliorer la qualité de la conciliation médicamenteuse, en intégrant un plus grand nombre de sources d'informations et en réalisant une conciliation à la fois à l'entrée et à la sortie pour chaque patient.

Accroître le nombre de sources d'informations pour établir la juste liste des médicaments pris par le patient est nécessaire. Comme indiqué précédemment, ni le pharmacien d'officine ni le DP n'a été utilisé pour recueillir des informations sur le traitement du patient. Or, il s'agit de sources d'informations précieuses. Concernant le DP, la pharmacie du CLB n'y est actuellement pas reliée. Or le DP permet d'accéder à tout moment aux traitements pris par le patient durant les quatre derniers mois (53), quelque soit la pharmacie dans laquelle le patient s'est rendu. Il faut tout de même noter que les informations y sont très souvent partielles puisque l'alimentation du DP est un acte volontaire du pharmacien d'officine (61). De plus, les médicaments pris sans ordonnance n'y sont pas souvent mentionnés du fait qu'il faut impérativement la carte vitale du patient pour les inscrire. Une étude réalisée en 2014 auprès de 735 pharmacies confirme cette tendance : si le DP est implanté dans la quasi-totalité des pharmacies, seulement 66% d'entre elles proposent facilement la création du DP à leurs patients. Quant à l'alimentation du DP, elle est fortement liée à la délivrance de médicaments sur ordonnance : seuls 23% des pharmaciens interrogés alimentent de façon systématique le DP lors d'un conseil pharmaceutique (74). Si les données contenues dans le DP ne sont pas exhaustives ou si le patient ne possède pas de DP, le pharmacien d'officine référent du patient peut compléter les informations grâce à l'historique du patient. Il est donc une source d'informations à ne pas négliger. Cette démarche nécessite de recueillir les données du pharmacien lors de l'admission du patient ou au cours de l'entretien. En HAD, les coordonnées du patient sont recueillies de façon systématique du fait de l'implication de la pharmacie de ville dans la délivrance des médicaments nécessaires à l'hospitalisation du patient à son domicile. Le pharmacien d'officine pourrait donc être facilement contacté.

Enfin, il serait intéressant dans l'idéal de réaliser pour chaque patient une conciliation à l'entrée et à sa sortie d'hospitalisation. Dans notre étude, la conciliation n'a été réalisée qu'à l'entrée pour les patients du 2C et uniquement à la sortie pour les patients pris en charge en HAD. Or cela n'est pas suffisant. En effet, la conciliation réalisée en HAD uniquement lors de la sortie des patients du CLB a permis de mettre en évidence des erreurs qui auraient pu être corrigées dès l'arrivée des patients grâce à une conciliation d'entrée, comme des omissions de traitement par rapport aux prescriptions de ville. La conciliation à la sortie ne peut donc se faire sans une conciliation à l'entrée. Quant à la conciliation réalisée à l'entrée des patients hospitalisés, même si elle permet de détecter un grand nombre de divergences, des erreurs peuvent apparaître lors de la rédaction de

l'ordonnance de sortie, comme nous avons pu le constater en HAD. De plus, des erreurs détectées à l'entrée peuvent persister durant l'hospitalisation et se retrouver à la sortie (39). P. Cornu *et al.* ont montré que si les interventions des pharmaciens sont acceptées dans 72,3% des cas par le prescripteur, seuls 55,6% des historiques sont modifiés alors qu'ils sont utilisés pour rédiger la lettre de sortie (40). La conciliation de sortie est donc un moment important. P. Varkey *et al.* ont d'ailleurs montré à travers leur étude qu'il y avait plus de divergences à la sortie qu'à l'entrée, expliquant que les médecins peuvent oublier sur l'ordonnance de sortie des médicaments pris habituellement par le patient et suspendus le temps de l'hospitalisation (75). De surcroît, il est opportun de réaliser une conciliation à la sortie pour tracer les changements intentionnels non documentés pouvant être perçus comme un oubli par le patient ou son médecin généraliste et donc source de confusion et de potentiels événements iatrogènes (40). Enfin, la conciliation de sortie permet de faire le lien avec la ville et de communiquer les éventuels changements de traitements aux professionnels de santé du patient, étape importante pour réduire le recours au système de soins après la sortie (16) (76). Au CLB, cela pourrait être mis en place grâce à l'outil ZEPRA présenté précédemment. Celui-ci permettrait de transmettre des comptes-rendus ainsi que l'ordonnance de sortie au médecin traitant et au pharmacien d'officine de façon sécurisée. Cela nécessiterait de faire au préalable la promotion de cet outil auprès des professionnels de santé libéraux.

Avec la mise en place d'un tel processus, des indicateurs mensuels doivent être instaurés afin de mesurer la performance et l'impact de la conciliation médicamenteuse dans la prise en charge médicamenteuse des patients. Les indicateurs proposés sont ceux publiés par la HAS dans son rapport d'expérimentation du projet MedRec (15) :

Indicateur	Définition	Type d'indicateur
MR1	$\frac{\text{Nombre de patients conciliés dans les 24h}}{\text{Nombre de patients éligibles}}$	Indicateur de performance
MR2	$\frac{\text{Nombre de DNDI non résolues après conciliation}}{\text{Nombre de patients conciliés dans les 24h}}$	Indicateur mesurant la traçabilité de l'information
MR3	$\frac{\text{Nombre de DNDNI non résolues après conciliation}}{\text{Nombre de patients conciliés dans les 24h}}$	Indicateur mesurant l'impact de la CTM
MR4	$\frac{\text{Nombre de patients ayant au moins 1 DNDNI non résolue}}{\text{Nombre de patient conciliés dans les 24h}}$	Indicateur mesurant l'impact de la CTM

Tableau 8: Indicateurs MedRec pour évaluer la conciliation médicamenteuse

La prise en charge médicamenteuse des patients hospitalisés est un des critères évalués lors de la certification des établissements de santé par la HAS. Si la version V2010 stipule qu'il est nécessaire « de prendre en compte le traitement personnel du patient à l'admission, de documenter l'exhaustivité du traitement médicamenteux lors des transferts et de la sortie et d'établir une coordination efficace avec les professionnels de ville », aucun élément relatif à la conciliation médicamenteuse n'apparaît dans la version V2014. En revanche, la gestion du traitement personnel des patients hospitalisés est un élément clé dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient. Ce paramètre est évalué chaque année par le Centre Léon Bérard lors d'audits internes (36). La certification des établissements de santé est donc encore très hospitalo-centrée et s'intéresse peu aux interfaces ville-hôpital et hôpital-ville. Du fait de l'importance de cette nouvelle activité pour renforcer la communication et le lien entre la ville et l'hôpital, la conciliation médicamenteuse fera très probablement partie des éléments clés analysés lors de la prochaine certification. Il est important de définir au plus vite les contours précis d'une conciliation médicamenteuse appropriée dans le cadre d'une méthodologie adaptée en adéquation avec les moyens disponibles.

CONCLUSIONS

THESE SOUTENUE PAR : Mme CHOMEL Alexia

Sécuriser la prise en charge médicamenteuse des patients hospitalisés est une priorité des établissements de soins, conformément aux recommandations et lois en vigueur. C'est dans ce cadre que la conciliation des traitements médicamenteux trouve sa place. Son objectif est de prévenir les erreurs médicamenteuses afin de limiter l'apparition d'évènements iatrogènes.

Exercée depuis plus de dix ans Outre-Atlantique, cette activité de pharmacie clinique s'est développée en France dans le cadre du projet MedRec, en 2009. Il s'agit aujourd'hui d'une activité en plein essor.

L'étude réalisée au Centre Léon Bérard avait pour objectif principal d'évaluer les paramètres de la conciliation médicamenteuse à l'entrée au 2C et à la sortie en HAD sur la base d'entretiens avec les patients. Bien que tous les codes de la conciliation n'aient pas été respectés, nous avons pu mettre en évidence un certain nombre de divergences entre les médicaments pris par les patients à leur domicile et ceux prescrits à l'aide du logiciel Cristalnet au cours de leur hospitalisation. Ces premiers résultats sont donc en faveur de l'instauration d'un tel processus.

Malgré la mise en œuvre en routine de la procédure de gestion du traitement personnel des patients hospitalisés du CLB, nous avons pu mettre en évidence la persistance, chez certains patients, de la détention à leur chevet de traitements personnels additionnels. Ce fait représente un facteur de risque potentiel à mieux gérer à l'avenir.

Un objectif de cette étude était de fixer certaines recommandations pour la réalisation et la pérennisation de l'activité de conciliation médicamenteuse au sein du CLB. Il paraît nécessaire dans un premier temps d'informer l'ensemble des professionnels de santé de la mise en place de cette activité et de les sensibiliser à son rôle non négligeable dans la sécurisation de la prise en charge des patients hospitalisés. De plus, il est primordial de former les personnes responsables de cette activité, notamment l'équipe pharmaceutique, incluant en particulier les étudiants 5AHU et les internes qui pourraient intervenir activement dans le processus. Enfin, même si, dans l'idéal, tous les patients devraient bénéficier de la conciliation, celle-ci est irréalisable à cette échelle eu égard aux moyens actuellement disponibles. Il faut donc cibler les patients pour lesquels les bénéfices

attendus de la conciliation seront les plus importants en matière de gestion des risques, comme les patients pris en charge pour la première fois. L'organisation pratique de la conciliation médicamenteuse devra ensuite définir les actions prioritaires au niveau du parcours du patient :

- Intervention à l'entrée et/ou à la sortie
- Réalisation d'un entretien pharmaceutique permettant notamment une approche de l'automédication sous toutes ses formes
- Contact avec les praticiens libéraux (pharmaciens et médecins)

Le développement de l'outil ZEPRA est une action majeure pour faire le lien entre l'hôpital et les professionnels de santé exerçant en ville : son utilisation en routine sera un élément structurant en matière d'information partagée.

La mise en place d'indicateurs mesurant la performance et l'impact de la conciliation médicamenteuse sur la qualité de la prise en charge médicamenteuse sera ensuite nécessaire. Si la conciliation médicamenteuse a un impact sur la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, elle n'est pas suffisante pour maîtriser la totalité des risques. Elle doit être intégrée à un ensemble plus large d'actions telles que l'analyse pharmaceutique des prescriptions, les interventions pharmaceutiques ou encore l'éducation thérapeutique. Tous ces paramètres font partie des processus clés analysés lors des certifications des établissements de santé menées par l'HAS : ils doivent faire l'objet d'une maîtrise institutionnelle continue.

Le Président de la thèse,
Nom :

Signature :

Dr. Catherine Rebois


Vu et permis d'imprimer, Lyon, le 16 JUN 2016
Vu, la Directrice de l'Institut des Sciences
Pharmaceutiques et Biologiques, Faculté de Pharmacie

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



Professeure C. VINCIGUERRA

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Santucci R, Levêque D, Herbrecht R, Fischbach M, Gérout A, Untereiner C, et al. Evènements iatrogènes médicamenteux: impact des consultations pharmaceutiques en cours d'hospitalisation. *Ann Pharm Fr.* 2014;(72):440-50.
2. Société Française de Pharmacie Clinique. Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse [Internet]. 2006 [cité 22 sept 2015]. Disponible sur: <http://sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/425-dictionnairesfpcem/0.html>
3. Institute of Medicine. *To Err Is Human: Building a safer Health System.* National Academy Press; 2000.
4. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les évènements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé. *Doss Solidar Santé* [Internet]. 2010;(17). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201017.pdf>
5. Institut de Veille sanitaire. Expérimentation portant sur la déclaration des évènements indésirables graves (EIG) liés aux soins en établissement de santé [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Autres-thematiques/Experimentation-portant-sur-la-declaration-des-evenements-indesirables-graves-EIG-lies-aux-soins-en-etablissement-de-sante>
6. Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells EE. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *CMAJ Can Med Assoc J.* 30 août 2005;173(5):510-5.
7. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink DN, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med.* 28 févr 2005;165(4):424-9.
8. Vira T, Colquhoun M, Etchells E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Qual Saf Health Care.* avr 2006;15(2):122-6.
9. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. INSTRUCTION N° DGOS/PF2/2015/65 du 9 mars 2015 relative à la mise en oeuvre d'une enquête nationale sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse dans les établissements de santé.
10. The Joint Commission. Issue 35: Using medication reconciliation to prevent errors [Internet]. 2006. Disponible sur: www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_35
11. Stratégie nationale de mise en oeuvre du BCM - Identification des leaders de pratique en BCM au Canada.

12. Haute Autorité de Santé. L'initiative OMS High 5s [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1498429/fr/l-initiative-oms-high-5s
13. Haute Autorité de Santé. Résultats des travaux du réseau EUNetPaS (European Union Network for Patient Safety) [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_965881/fr/resultats-des-travaux-du-reseau-eunetpas-european-union-network-for-patient-safety
14. DAQSS, SDC, Broyart A. Fiche Projet international High5s. 2014.
15. Haute Autorité de Santé. Initiative des HIGH 5s. Medication Reconciliation. Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français. 2015.
16. Baum T, Doerper S. La conciliation des traitements médicamenteux des patients hospitalisés Comprendre, s'initier et mettre en œuvre la démarche dans un établissement de santé. Nancy 1; 2011.
17. Baum T. Conciliation des traitements médicamenteux à la sortie d'hospitalisation.
18. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [Internet]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&categorieLien=id>
19. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2009-879 juill 21, 2009. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
20. Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé [Internet]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/11/12/SASH1017107D/jo>
21. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé [Internet]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2011/4/6/ETSH1109848A/jo>
22. Décret n° 2013-870 du 27 septembre 2013 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale [Internet]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2013/9/27/AFSS1319900D/jo>
23. Inspection Générale des Affaires Sociales. Le circuit du médicament à l'hôpital. 2011 mai. Report No.: RM2011-063P.
24. Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé V2010. 2014 janv.

25. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. La semaine de la sécurité des patients : améliorer la communication entre soignés et soignants [Internet]. [cité 27 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/la-semaine-de-la-securite-des-patients-ameliorer-la-communication-entre-soignes-et-soignants.html>
26. Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L.595-1 du code de la santé publique [Internet]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000393107&categorieLien=id>
27. Code de la sécurité sociale - Article R162-32 [Internet]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006748357&dateTexte=&categorieLien=cid>
28. Ordre National des Pharmaciens. Qu'est-ce que le Dossier Pharmaceutique ? [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP>
29. Ordre National des Pharmaciens. Communiqué de presse « Avec la publication du décret, le Dossier Pharmaceutique arrive à l'hôpital » [Internet]. 2012 [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Communique-de-presse/Publication-du-decret-le-DP-arrive-a-l-hopital>
30. Ordre National des Pharmaciens. Dossier Pharmaceutique et médecins hospitaliers [Internet]. [cité 23 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Dossier-Pharmaceutique-et-medecins-hospitaliers>
31. Ameli.fr - Historique des remboursements : l'aide-mémoire de vos soins [Internet]. [cité 27 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/l-historique-des-remboursements/qu-est-ce-que-l-historique-des-remboursements.php>
32. Site d'information du Dossier Médical Personnel - DMP [Internet]. [cité 27 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.dmp.gouv.fr/web/dmp/>
33. Béguin F. Le carnet de santé numérique généralisé. Le Monde. 16 oct 2015;11.
34. Le dossier patient régional [Internet]. [cité 27 oct 2015]. Disponible sur: <https://www.sante-ra.fr/doc/dpprpro.pdf>
35. Zepira - GCS SISRA [Internet]. [cité 27 oct 2015]. Disponible sur: <https://www.sante-ra.fr/services/zepira/>
36. Haute Autorité de Santé. Rapport de certification Centre Léon Bérard. 2016.

37. DGOS. Note d'information DGOS/PF2 N°2015/65 relative aux résultats de l'enquête nationale sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse dans les établissements de santé. 2015.
38. Feldman L, Costa L, Feroli E, Nelson T, Poe S, Frick K, et al. Nurse-Pharmacist collaboration on medication reconciliation prevents potential harm. *J Hosp Med.* juin 2012;7(5).
39. Buckley M, Alexander E, Smithburger P, Devabhakthuni S. Impact of a clinical pharmacy admission medication reconciliation program on medication errors in « high-risk » patients. *Ann Pharmacother.* 2013;47(12):1599-610.
40. Cornu P, Leysen T, Steurbaut S, Ligneel C. Effect of medication reconciliation at hospital admission on medication discrepancies during hospitalization and at discharge for geriatric patients. *Ann Pharmacother.* 2012;46:484-94.
41. Perennes M. La conciliation des traitements médicamenteux : une étude prospective dans un service de médecine interne. Université de Rennes; 2011.
42. Barillet M, Lobbedez T, Cohen D, Olivier C. Conciliation médicamenteuse lors d'une hospitalisation en France : participation des externes en pharmacie. *Pharmactuel.* 2012;
43. Dufay E, Baum T, Doerper S, Conrard E, Dony A, Piney D, et al. Conciliation des traitements médicamenteux: détecter, intercepter et corriger les erreurs médicamenteuses à l'admission des patients hospitalisés. *Risques Qual.* 2011;8(2):130-8.
44. Durfour M, Philippe S, Bourdenent G, Borel C, Capet C, Jegou A. Conciliation médicamenteuse en médecine interne gériatrique : une collaboration efficace médecins-pharmaciens pour prévenir la iatrogénèse médicamenteuse. Etude prospective de 200 patients. *Rev Médecine Interne.* 2013;A117-8.
45. Boissinot L, Bachalat N, Perrier-Cornet E, Leglise P, Huchon-Bécel D. Conciliation des traitements médicamenteux en gériatrie : pertinence et faisabilité. *Pharmactuel.* 2014;72(2):105-13.
46. Stehler R, Dell'ova M, Audurier Y, Breuker C, Villiet M, Fesler P. Conciliation médicamenteuse : évaluation à 1 an et demi de la présence pharmaceutique dans un service de médecine interne. Résumé n°295. SFPC 2014 Grenoble;
47. Gandon E, Jandin H, Azoune S, Baronnet A, Pioche H, Essayan A. Mise en place d'une conciliation médicamenteuse à l'entrée du patient dans un service de médecine. *Pharm Hosp Clin.* 2014;49:322.
48. Doerper S, Godet J, Allenet B, Bedouch P, Michel B. Development and multi-center evaluation of a method for assessing the severity of potential harm of medication reconciliation errors at hospital admission in elderly. *Eur J Intern Med.* :Juillet 2015.
49. Christensen M, Lundh A. Medication review in hospitalised patients to reduce morbidity and mortality. Abstract. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;

50. Graabaek T, Kjeldsen L. Medication reviews by clinical pharmacists at hospitals lead to improved patient outcomes: a systematic review. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2013;112:359-73.
51. Kwan J, Lo L, Sampson M, Shojania K. Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy. *Ann Intern Med*. 2013;158(5):397-403.
52. Hohl C, Wickham M, Soboley B, Perry J, Sivilotti M, Garrison S. The effect of early in-hospital medication review on health outcomes: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. 2015;80(1):51-61.
53. Pérennes M, Carde A, Nicolas X, Dolz M, Bihannic R, Grimont P, et al. Conciliation médicamenteuse: une expérience innovante dans un service de médecine interne pour diminuer les erreurs d'anamnèse médicamenteuses. *Presse Médicale*. mars 2012;41(3):e77-86.
54. Berthe A. Amélioration des pratiques de conciliation médicamenteuse par l'analyse a priori des risques: retour d'expérience au CHU de Nantes. Rennes 1; 2015.
55. Sanchez S, Sethi S, Boockvar K, Santos S. Implementing medication reconciliation from the planner's perspective: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:290.
56. Boockvar K, Santos S, Kushniruk A, Johnson C, Nebeker J. Medication reconciliation: barriers and facilitators from the perspectives of resident physicians and pharmacists. *J Hosp Med*. juill 2011;6(6).
57. Meyer C, Stern M, Woolley W, Jeanmonod R. How reliable are patient-completed medication reconciliation forms compared with pharmacy lists? *Am J Emerg Med*. 2012;30:1048-54.
58. Reeder T, Mutnick A. Pharmacist-versus physician-obtained medication histories. *Am J Health Syst Pharm*. 2008;65:857-60.
59. Hayes B, Donovan J, Smith B, Hartman C. Pharmacist-conducted medication reconciliation in an emergency department. *Am J Health Syst Pharm*. 2007;64:1720-3.
60. Le journal de l'Ordre national des pharmaciens. sept 2015;
61. Fayad N, Carde A, Bihannic R, Paleiron N, Vinsonneau U, Paule P. Conciliation médicamenteuse à l'admission des patients à l'hôpital: quelle place pour le dossier pharmaceutique? *Presse Médicale*. 2014;43(6).
62. Jezequel J, Huon J-F, Pont A, Bascoulegue M, Duperrin V, Fabreguettes A. Etude des risques liés à l'utilisation des traitements personnels dans un hôpital général. *Pharm Hosp Clin*. 2012;47(3):158-65.
63. Bouchard S. Formalisation de la gestion du traitement personnel des patients hospitalisés au CHU de Nancy. Université de Lorraine; 2013.

64. Almon-Quiniou M, Huynh-Lefevre L, Rouault M, Hofmann C. Gestion des traitements médicamenteux personnels des patients à l'hôpital: analyse des pratiques et perspectives d'amélioration. *J Pharm Clin*. 2015;34(2):86-92.
65. Réseau Espace Santé-Cancer Rhône-Alpes. Questionnaire G8 [Internet]. [cité 15 sept 2015]. Disponible sur: <http://espacecancer.sante-ra.fr/questionnaire-g8/>
66. Haute Autorité de Santé. Bon usage des technologies de santé : Diagnostic de l'insuffisance rénale chronique [Internet]. 2012 [cité 17 sept 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/evaluation_du_debit_de_filtration_glomerulaire_et_du_dosage_de_la_creatinemie_dans_le_diagnostic_de_la_maladie_renale_chronique_chez_ladulte_-_fiche_buts.pdf
67. Prescrire. Petit manuel de Pharmacovigilance et Pharmacologie clinique [Internet]. 2011 [cité 15 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/Fr/101/325/47375/0/PositionDetails.aspx>
68. Vidal. Classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique [Internet]. [cité 17 sept 2015]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/classifications/atc/>
69. Institut National du Cancer. Effets secondaires des opioïdes [Internet]. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Douleur/Soulager-avec-des-medicaments/Effets-secondaires-des-opioides>
70. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Rapport d'expertise : Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. 2012 janv.
71. Nightingale G, Hajjar E, Swartz K, Andrel-Sendecki J, Chapman A. Evaluation of a pharmacist-led medication assessment used to identify prevalence of and associations with polypharmacy and potentially inappropriate medication use among ambulatory senior adults with cancer. *J Clin Oncol*. mai 2015;33(13).
72. Lees J, Chan A. Polypharmacy in elderly patients with cancer : clinical implications and management. *Lancet Oncol*. 2011;12:1249-57.
73. Doerper S, Morice S, Piney D, Dony A, Baum T, Perrin F, et al. La conciliation des traitements médicamenteux : logigramme d'une démarche efficiente pour prévenir ou intercepter les erreurs médicamenteuse à l'admission du patient hospitalisé. *Pharm Hosp Clin*. 2013;153-60.
74. Beguerie A. Conciliation médicamenteuse et dossier pharmaceutique : rôle du pharmacien d'officine dans l'optimisation des traitements aux points de transition. Bordeaux 2; 2014.
75. Varkey P, Cunningham J, O'Meara J, Bonacci R, Desai N, Sheeler R. Multidisciplinary approach to inpatient medication reconciliation in an academic setting. *Am J Health Syst Pharm*. 2007;64:850-4.

76. Mueller S, Cunningham Sposler K, Kripalani S, Schnipper J. Hospital-based medication reconciliation practices: a systematic review. *Arch Intern Med.* 2012;14(172):1057-69.
77. Hume A, Kirwin J, Bieber H, Couchenour R, Hall D, Kennedy A, et al. Improving care transitions: current practice and future opportunities for pharmacists. *Pharmacotherapy.* 2012;32(11):E326-337.

ANNEXES

Annexe 1 : Gestion de la validation pharmaceutique

UCDM015	Gestion de la validation pharmaceutique		
			
	Version 2	1/4	Date d'approbation : 27/08/2015

1- OBJET

Cette procédure a pour but de décrire l'organisation de la validation pharmaceutique des ordonnances au sein de l'unité du circuit du médicament.

2- DOMAINE D'APPLICATION

Pharmaciens

Préparateurs

Internes

3- DOCUMENTS ASSOCIES

UCDM026

Manuel utilisateur ODIN

Rédacteur(s)	Vérificateur(s)	Approbateur	Destinataires
B. FAVIER Pharmacien Visa :	I RICHARD Responsable AQ DPO Visa :	M AITICHOU Pharmacien Visa :	Personnel Pharmacie

UCDM015	Gestion de la validation pharmaceutique		
			
	Version 2	2/4	Date d'approbation : 27/08/2015

4- DESCRIPTION

4-1- Généralités

- L'analyse pharmaceutique des prescriptions est réalisée sur le logiciel Cristal Link. Il s'agit d'une étape importante où le pharmacien contribue avec le médecin à sécuriser le circuit du médicament. Lors de l'étape d'analyse pharmaceutique, les éléments suivants vérifiés sont notamment :
 - La pertinence du choix des médicaments vis-à-vis du malade auquel ils sont prescrits, afin de maîtriser le risque iatrogène (posologie, fonction rénale, allergie, ...).
 - Les règles de bon usage, afin d'optimiser les dépenses liées aux médicaments (usage du livret thérapeutique, respect des durées de prescription, conformité au référentiel).
 - L'existence d'interactions médicamenteuses et leur niveau de contrainte.
- Le pharmacien ou l'interne par délégation valident les prescriptions médicales.
- Toutes les interventions pharmaceutiques doivent être tracées dans le logiciel Cristal Link.
- Le taux de validation globale est un indicateur du département de pharmacie oncologique (DPO).
- Le nombre de validations pharmaceutiques de niveau 2 est un indicateur du DPO. Un audit annuel est programmé afin de coter la proportion de prescriptions de niveau 2, de déterminer et suivre les indicateurs d'alerte et de maîtrise portant sur les benzodiazépines.

4-2 Description de l'analyse pharmaceutique

Responsable	Tâches	Référence Documents Equipements
Pharmacien	Analyse et trace les conseils, remarques, réserves appropriés par écrit sur l'ordonnance et par téléphone si nécessaire.	- Ordonnances pré-remplies - Ordonnances Cristalnet®

4-2-1 Modalité de validation des ordonnances cristalnet®

Responsable	Tâches	Référence Documents Equipements
Pharmacien	Valide sans réserve les prescriptions : <ul style="list-style-type: none"> - conformes - comportant des interactions non cliniquement significatives - un suivi du bilan biologique (ex. INR, kaliémie ...) - comportant une proposition de substitution d'un médicament hors livret 	Ordonnances Cristalnet®

UCDM015		Gestion de la validation pharmaceutique	
			
		Date d'approbation : 27/08/2015	

Pharmacien	Valide avec réserve les prescriptions dans les situations ci-après et contacte le prescripteur par téléphone, ou à défaut ouvre la boîte de dialogue. Situations relevant d'une validation pharmaceutique avec réserve : - une contre-indication - une association déconseillée - une/plusieurs interaction(s) cliniquement significative(s)* - une/plusieurs modalités de prescription erronée d'un principe actif avec risque de surdosage	Ordonnances Cristalnet®
Pharmacien	Refuse la prescription en cas de contre-indication absolue ou en cas de risque jugé vital pour le patient et contacte le prescripteur <u>et</u> l'infirmier responsable du patient.	Ordonnances Cristalnet®

4-2-2 Evaluation de l'analyse pharmaceutique

L'analyse des interventions pharmaceutiques est facilitée par le module « infocentre » de Cristalnet®. La cotation des interventions pharmaceutiques est celle proposée par la Société Française de pharmacie Clinique (SFPC). Les causes identifiées peuvent être exploitées pour une information des prescripteurs et ainsi pouvoir mener à des actions préventives en collaboration avec la commission médicale et le COMEDIMS.

4-3 Organisation de la validation pharmaceutique au CLB

4-3-1: Répartition des services par pharmacien

Il existe trois groupes de pharmaciens qui se répartissent l'ensemble des validations pharmaceutiques pour tous les services du CLB et de l'IHOP. Chaque groupe est composé de 2 ou 3 pharmaciens. En cas d'absence d'un pharmacien dans un groupe, le second ou les autres pharmaciens prennent en charge l'activité de validation de leur collègue. En cas de sous-effectif important en pharmaciens (à partir de moins trois ETP sur 6) la prestation de la validation pharmaceutique peut être amenée à être réduite.

- Groupe 1
 - Composition : JF Latour, Assistant 1 et Assistant 2
 - Services :
 - JFL (l/m/v) assistant 1 (m/j): 3C, Cur, 1BS, 1BN, 1C,
 - Assistant 2 : 2BN, 3BN, 3BS, PAP, SIN
- Groupe 2

UCDM015	Gestion de la validation pharmaceutique		
	Version 2	4/4	Date d'approbation : 27/08/2015

- Composition : Interne UPC, Interne DM
- Services : 2C pour le premier et 2BS et RCBN pour le second
- Groupe 3
 - Composition : N Bleyzac, Interne IHOP
 - Service : I1, I2A, I2B et I3

4-3-2: Niveaux SFPC de la validation pharmaceutique

Deux niveaux de validation pharmaceutique définis par la SFPC sont utilisés :

- Niveau 1 :
 - Périmètre : Pour tous les patients de façon quotidienne hormis pour les patients à risque
 - Validations réalisées :
 - Détection des contre-indications et Interactions majeures
 - Posologies
 - Respect du livret thérapeutique
- Niveau 2 :
 - Périmètre : Pour tous les patients à risque
 - Patients âgés de plus de 75 ans et ayant au moins un médicament à risque prescrit et appartenant à la liste des médicaments à risque (UCDM026)
 - Patients bénéficiant d'une prescription d'un médicament anticancéreux par voie orale
 - Paramètres validés :
 - Ceux indiqués pour le niveau 1
 - Indications des médicaments
 - Analyse des paramètres biologiques avec surveillance notamment des insuffisances rénale et hépatique
 - Prise en compte des caractéristiques cliniques des sujets âgés

Annexe 2 : Modalités de gestion des traitements personnels des patients hospitalisés

DSI/UC/PR/0044		 	MODALITES DE GESTION DES TRAITEMENTS PERSONNELS DES PATIENTS HOSPITALISES
Version 1	1/4		

Le traitement personnel du patient peut être défini comme l'ensemble des traitements médicamenteux en cours au moment de l'admission du patient dans un service du Centre Léon Bérard.

De nombreux patients apportent tout ou une partie de leurs traitements médicamenteux en cours.

Tous les médicaments ne sont pas disponibles à la pharmacie à usage intérieur de l'établissement.

Prendre en compte le traitement personnel du patient hospitalisé consiste à :

- récupérer et analyser les prescriptions des traitements médicamenteux en cours
- s'assurer de la présence ou non des médicaments apportés par le patient

INTÉRÊTS DE PRENDRE EN COMPTE LE TRAITEMENT PERSONNEL DES PATIENTS HOSPITALISÉS

Cela permet d'éviter :

- le déséquilibre d'un traitement adapté
- les risques liés à l'arrêt brutal d'un traitement
- les risques de surdosage, d'interactions par automédication
- les risques de confusion dus à la multiplicité des génériques

et de répondre à la législation et aux exigences de la certification :

- « Sauf accord des prescripteurs mentionnés à l'article 2, il ne devra être mis ou laissé à la disposition des malades aucun médicament en dehors de ceux qui lui auront été prescrits et dispensés dans l'établissement. Les médicaments dont ils disposent à leur entrée leur seront retirés, sauf accord écrit des prescripteurs précités »
- Tout traitement personnel habituel pris par le patient au cours d'un séjour hospitalier est inclus dans le forfait séjour. Il ne peut être ni à la charge du patient, ni à celle de l'Assurance Maladie.

Rédacteur(s)	Vérificateur(s)	Approbateur	Destinataires
Dr P. HEUDEL Responsable sPECM	Dr I. PHILIP Directeur qualité	B. FAVIER Responsable pharmacie	
C. TETRIAKOFF Cadre IDE	C. GALVEZ DSI		

DSI/UC/PR/0044		 	MODALITES DE GESTION DES TRAITEMENTS PERSONNELS DES PATIENTS HOSPITALISES
Version 1	2/4		

1. Lors de son admission dans un service, il est demandé au patient, dans la mesure du possible, de fournir les prescriptions de tous ses traitements en cours.
2. A son arrivée dans le service, les traitements personnels du patient lui sont retirés par le personnel médical ou infirmier pour des raisons de sécurité.
3. Les traitements médicamenteux seront soit remis à la famille soit conservés dans l'unité de soins dans un espace réservé, sécurisé, identifié à cet effet et individualisé par patient.
 - a. L'IDE place les médicaments du patient dans un sachet identifié par une étiquette du patient puis placé dans un emplacement dédié et sécurisé
 - b. Pour les médicaments devant être conservés entre +4 et +8°C, ils devront être étiquetés avec le nom du patient et placé dans le réfrigérateur du service bien séparé des autres produits en dotation.
 - c. Pour les stupéfiants, ils devront également être étiquetés avec le nom du patient et placés dans le coffre à stupéfiant du service où est admis le patient.
4. L'IDE trace dans le dossier de soins infirmiers que les traitements du patient lui ont été retirés et qu'ils devront lui être restitué lors de la sortie
5. Un flyer « traitement personnel du patient à rendre à la sortie » est placé dans le billet de lit afin de ne pas oublier sa restitution (A-1428D)
6. Le prescripteur réévalue systématiquement le traitement du patient dès son entrée. Il établit la prescription informatique en décidant de conserver, modifier ou supprimer tout ou partie du traitement et transcrit sa décision dans le DPI. Le prescripteur doit prescrire, en première intention les médicaments inscrits dans le livret thérapeutique du Centre Léon Bérard en DCI (dénomination commune internationale). La prescription de médicaments non référencés au livret thérapeutique doit rester exceptionnelle pour répondre à des besoins non couverts par les médicaments en stock.
7. Lorsqu'un médicament n'est pas référencé dans le livret thérapeutique du CLB et que sa prescription est maintenue (médicament non substituable ou ne pouvant être interrompu sans conséquences cliniques pour le patient), il est souhaité que le prescripteur contact le pharmacien.
8. Afin de respecter la continuité du traitement médicamenteux et uniquement dans la situation ci-dessus, pour des traitements de très courte durée ou pour avoir le temps de réapprovisionner la pharmacie à usage intérieur, les médicaments apportés par le patient pourront lui être administrés selon les mêmes règles que les médicaments disponibles dans l'établissement. Le prescripteur devra tracer cette information informatiquement sur le logiciel de prescription (CRISTALNET). En aucun cas, il ne sera demandé à la famille d'aller chercher des traitements dans une pharmacie de ville.
9. Lors de la sortie du service, il est obligatoire de tenir compte des prescriptions établies avant l'hospitalisation, afin de les rescrire si nécessaire, et d'établir une coordination efficace avec les professionnels de ville. Si nécessaire une ordonnance devra lui être remise le jour de sa sortie (Remis du document J0) reprenant l'ensemble des traitements du patient.

DSI/UC/PR/0044		 	MODALITES DE GESTION DES TRAITEMENTS PERSONNELS DES PATIENTS HOSPITALISES
Version 1	3/4		

10. Si les traitements médicamenteux ont été conservés dans l'unité de soins, ils devront lui être redonnés à sa sortie du service, s'ils sont toujours prescrits. Dans la mesure du possible, les traitements arrêtés lui seront retirés pour destruction, avec son accord.

11. Le retrait et la restitution des traitements personnels sont tracés dans le DPI. A ce jour le retrait des médicaments est validé sur cristalnet mais pas la restitution. L'acte : « traitement personnel du patient rendu lors de sa sortie » existe dans la base de données mais n'est pas tracé. L'acte devra être programmé le jour de la sortie.

EVALUATIONS / ACTIONS :

- audit avec questionnaire patient/ infirmier
- Plaquette d'information des patients sur leur traitement personnel à l'hôpital + lien sur le futur portail patient

PLAN D'ACTION :

- Avril 2015 : Validation procédure (SPECM)
- Mai 2015 : Information des internes et des personnels para-médicaux sur cette problématique (puis chaque début de semestre)
- Mai-Juin 2015 : Plaquette d'information des patients sur leur traitement personnel à l'hôpital + logigramme remis aux IDE
- D'ici fin 2015 : Information sur le « portail patient »

INDICATEURS :

- Renouvellement annuel de l'audit

Réglementation :

- L'arrêté du 6 avril 2011 définit le traitement personnel comme étant « l'ensemble des traitements médicamenteux en cours au moment de l'admission du patient ». Il mentionne également que « les modalités de gestion du traitement personnel des patients sont définies afin d'assurer la continuité des soins et de garantir la sécurité du patient. Il ne devra être mis ou laissé à la disposition des patients aucun médicament en dehors de ceux qui leur auront été prescrits dans l'établissement ».
- L'article 17 de l'arrêté du 31 Mars 1999 du Code de la Santé Publique stipule que « sauf accord écrit des prescripteurs mentionnés à l'article 2, il ne devra être mis ou laissé à la disposition des malades aucun médicament en dehors de ceux qui leur auront été prescrits et dispensés dans l'établissement. Les médicaments dont ils disposent à leur entrée leur seront retirés, sauf accord des prescripteurs précités ».
- L'article R 162-32 du Code de la Sécurité Sociale stipule que « tout traitement personnel habituel pris par le patient au cours d'un séjour hospitalier est inclus dans le forfait séjour. Il ne peut être ni à la charge du patient, ni à celle de l'Assurance Maladie ».
- Le critère 20.a du manuel de certification des établissements de santé V2010 révisé en avril 2011 stipule que la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient « nécessite de prendre en compte le traitement personnel du patient à l'admission, de documenter l'exhaustivité du traitement médicamenteux lors des transferts et de la sortie et d'établir une coordination efficace avec les professionnels de ville ».

/UC/PR/0044



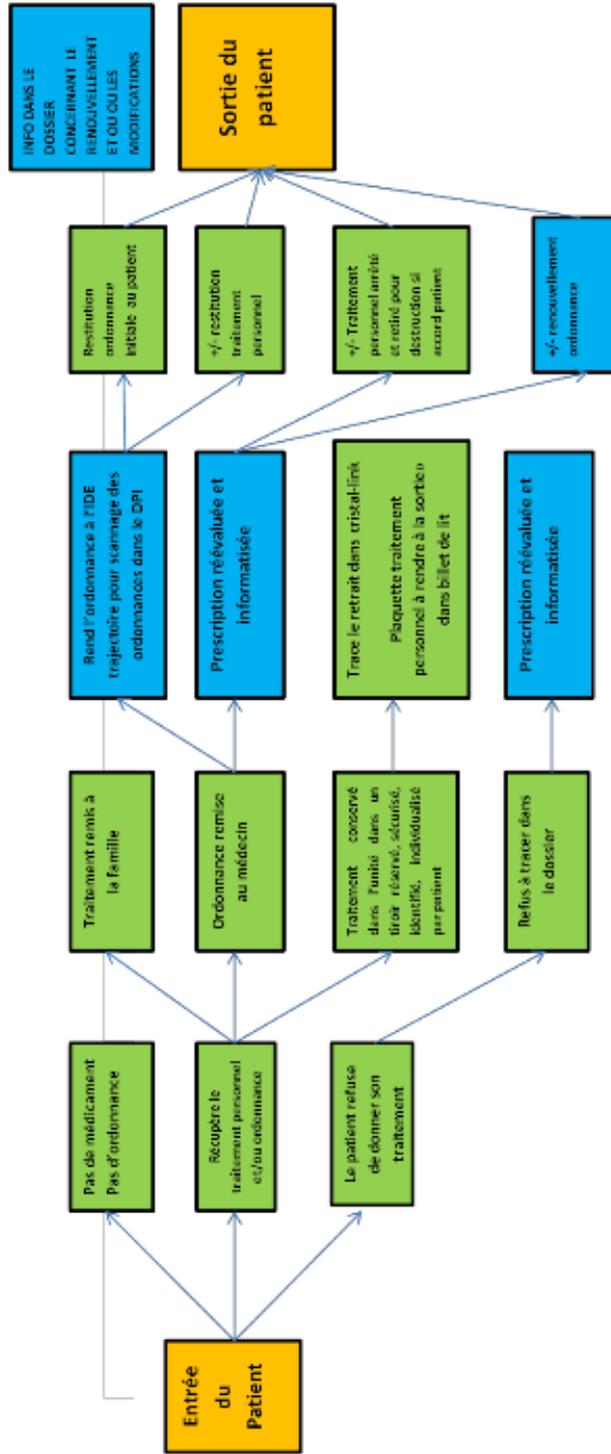
MODALITES DE GESTION DES TRAITEMENTS PERSONNELS DES PATIENTS HOSPITALISES

Version 1

4/4

Date d'approbation : 21/05/2015

GESTION DU TRAITEMENT PERSONNEL DU PATIENT HOSPITALISE



Actions IDE

Actions médecin

Annexe 3 : Résultats de la certification (critère 20) du CLB en 2010

Version Février 2010

Haute Autorité de Santé - Grille AE V2010
Chapitre 2 - Partie 1 - Référence 10

Médecine - Chirurgie - Obstétrique

Référence 20 : La prise en charge médicamenteuse					
Critère 20.a : Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient					
E1 Prévoir	Réponses aux EA	E2 Mettre en œuvre	Réponses aux EA	E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA
L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés.	Oui	Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.	En grande partie	Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs, notamment en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations est réalisé.	En grande partie
Constats :		Constats :		Constats :	
Les grands axes de la politique du médicament sont décrits dans le PMS p.51/52, et dans le manuel qualité de la pharmacie. Des plans d'action ont été établis suite aux inspections de la pharmacie des années 2008 et 2009.		Différents types de formation existent : - accueil nouveaux embauchés (IDE, médecins) : utilisation de Cristalnet - atelier de calcul de doses aux soignants		De façon régulière, des enquêtes semestrielles pilotées par la FNCLCC ont été menées sur l'utilisation des molécules onéreuses. Le CLB a participé à l'enquête OMEDIT en novembre/décembre 2008, et a mené les audits demandés dans le cadre du CBUM.	
Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégré au système d'information hospitalier est défini.	En grande partie	L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.	Oui	Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui
Constats :		Constats :		Constats :	
Utilisation de Cristalnet pour l'ensemble de la prise en charge médicamenteuse en dehors des morphiniques injectables.		En dehors des morphiniques injectables, l'ensemble des prescriptions médicamenteuses est informatisé.		Un audit annuel est systématiquement programmé.	
Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.	En grande partie	Les règles de prescription sont mises en œuvre.	Oui	Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en œuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	En grande partie
Constats :		Constats :		Constats :	

ACC01_F121_E

Centre Léon Bérard / 690 783 220 0 / janvier 2011

1/6

<p>Deploiement de Cristalnet sur l'ensemble des postes des professionnels concernés du CLB. Concernant l'IHOP : mise à disposition d'un livret de soins de support et d'un tableau des doses en fonction du poids.</p>	<p>Des outils d'aide actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels,</p> <p>Oui</p>	<p>Sécurisation des prescriptions par Cristalnet et prescriptions des chimiothérapies informatisées. Prise en compte des référentiels d'utilisation des molécules onéreuses, des protocoles de chimiothérapie, protocoles d'antibiothérapie.</p>	<p>Différentes thèses de doctorat en pharmacie sur le bon usage des médicaments sont réalisées ou en cours.</p>
<p>Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.</p> <p>Oui</p>	<p>Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.</p> <p>Partiellement</p>	<p>Constats :</p> <p>Des RMM ont été réalisées à l'occasion d'erreurs médicamenteuses signalées. Le taux d'erreurs de prescriptions en chimiothérapie est suivi systématiquement sur un tableau depuis 2001. Les fiches incident permettent le recueil des erreurs médicamenteuses.</p>	<p>Constats :</p> <p>Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs avec rétroinformation des professionnels.</p>
<p>Au-delà des protocoles informatisés de chimiothérapie, il existe dans Cristalnet des protocoles pré-enregistrés facilitant la prescription, notamment antibiothérapie, protocole douleur, bases de données en ligne : Theriaque, Vidal, l'accès au thésaurus du RRC, etc.</p> <p>La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission, jusqu'à la sortie, transferts inclus.</p> <p>En grande partie</p>	<p>Constats :</p> <p>La délivrance des chimiothérapies est systématiquement analysée, et nominative du fait de la préparation centralisée. Les autres prescriptions, disponibles sur Cristalnet, sont analysées par les internes en pharmacie sous la responsabilité des pharmaciens.</p>	<p>Constats :</p> <p>Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).</p> <p>Oui</p>	<p>Constats :</p> <p>Les actions d'amélioration sont suivies en lien avec la Cellule Qualité. Suite aux évaluations réalisées (audits), des actions d'amélioration sont mises en place et les professionnels sont informés.</p>

Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.	Oui	Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	En grande partie
Constats :			
Les procédures du circuit du médicament décrivent l'ensemble des actions de sécurité.			
Les règles d'administration des médicaments sont définies et la traçabilité de l'acte est organisée.	Oui	La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	Oui
Constats :			
La procédure d'administration du médicament est définie. La traçabilité est assurée dans Cristalnet.			
Constats :			
Le déploiement d'une information systématique pour les médicaments rétrocedés et les traitements anticancéreux oraux délivrés en ville est en cours (printemps 2010).			
Le tableau ci-dessous est en gris foncé car il est en cours de mise à jour.			

COTATION

B

SCORE

83%

POINTS POSITIFS (Actions mises en oeuvre de manière pérenne par l'établissement, pour répondre à l'attendu du critère)**PLAN D' ACTIONS** (À renseigner systématiquement pour les cotations C et D)

Référence 20 : La prise en charge médicamenteuse					
Critère 20.b : Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé					
<i>Ce critère est applicable uniquement aux établissements prenant en charge de patients âgés de plus de 65 ans.</i>					
E1 Prévoir	Réponses aux EA	E2 Mettre en œuvre	Réponses aux EA	E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA
Une réflexion est menée dans l'établissement sur les prescriptions médicamenteuses inappropriées chez le sujet âgé.	Oui	Des guides/outils de bonne prescription chez le sujet âgé sont mis à disposition des professionnels.	Oui	La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée.	En grande partie
		Des actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels sont menées au niveau de l'établissement.	Oui	Des actions d'amélioration et leurs suivis sont mis en œuvre.	En grande partie

COTATION

A

SCORE

91%

POINTS POSITIFS (Actions mises en œuvre de manière pérenne par l'établissement, pour répondre à l'attendu du critère)

Embauche d'un gériatre en 2010

PLAN D'ACTIONS (À renseigner systématiquement pour les cotations C et D)

ACTIONS D'AMÉLIORATION

ÉCHEANCIER

MODALITÉS DE SUIVI

Annexe 4 : Résultats de la certification (« management de la prise en charge médicamenteuse du patient ») du CLB en 2015

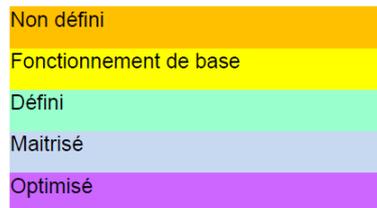
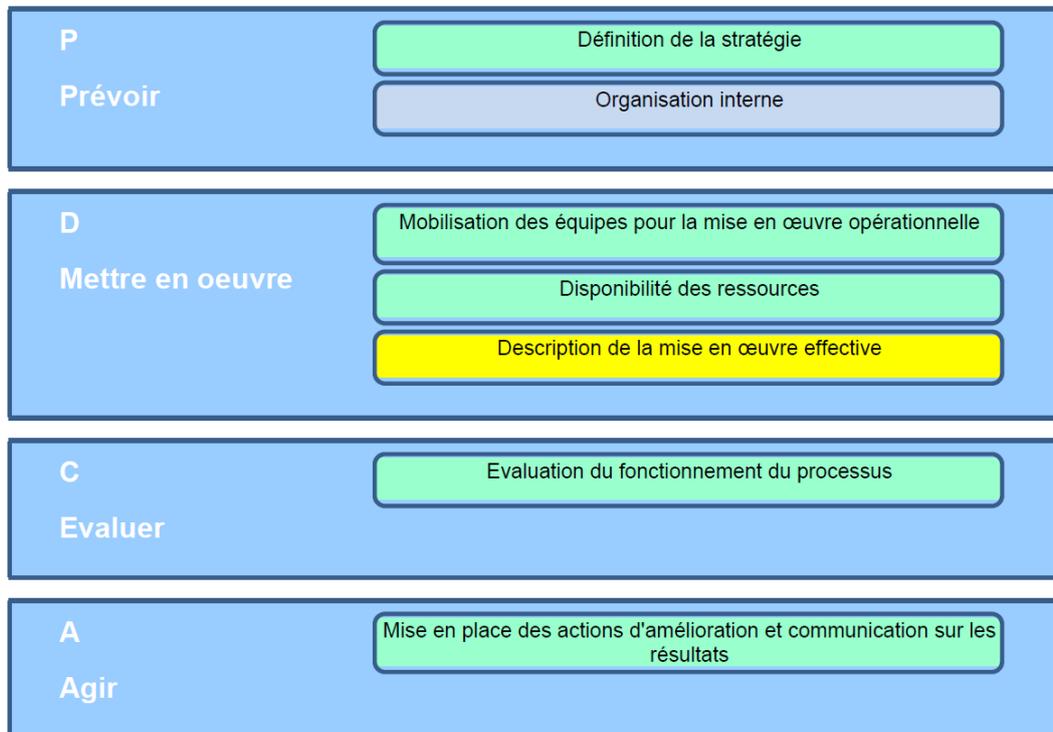
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de la mise en place et du suivi par l'établissement d'une politique / programme d'amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge médicamenteuse visant la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, la pertinence et la continuité des traitements médicamenteux, par une approche concertée et pluridisciplinaire.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Annexe 5 : ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE Patient

Nom :	Prénom :	N°dossier :	Age :
Chambre :	Profession :		1 ^{ère} PEC :

Date entretien :

Pathologie tumorale/traitement :

Antécédents :

Allergie/ intolérance médicamenteuse :

IMC (kg/m²) :

DFG (ml/min/1,73m²) :

Traitement actuel (Cristalnet): [médicaments hors livret]

Traitement personnel : OUI / NON (si oui : CONFORME / NON CONFORME)

Traitement habituel :

- Existence d'ordonnances de ville : OUI / NON
 - Si OUI, consultation possible des ordonnances de ville : OUI / NON
- Prise en charge uniquement par le CLB : OUI / NON
- Médicaments :

- Homéopathie (sur ordonnance) : OUI / NON

Préparation des médicaments :

- Autonome / Entourage / Personnel paramédical
- Utilisation d'un pilulier : OUI / NON

Connaissance de l'indication/du mode de prise des médicaments : OUI / NON / PARTIELLE

Observance (adapté du questionnaire de Girerd):

- Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre traitement ? OUI / NON
 - Vous est-il arrivé d'être en panne de médicament ? OUI / NON
 - Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ? OUI / NON
 - Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ? OUI / NON
 - 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
 - Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ? OUI / NON
- Score : BON OBSERVANT (6/6) / OBSERVANT MINEUR ($\geq 4/6$) / NON OBSERVANT ($< 4/6$)

Automédication en ville:

- Antalgiques : OUI / NON
- Plantes : OUI / NON
- Homéopathie : OUI / NON
- Autres :

Automédication reconduite durant le séjour : OUI / NON / non concerné

Commentaires :

Annexe 6 : Classification ATC

A: voies digestives et métabolisme

- A01: préparation stomatologiques
- A02: médicaments pour les troubles de l'acidité
- A03: médicaments pour les désordres fonctionnels gastro-intestinaux
- A04: antiémétiques et antinauséux
- A05: thérapeutique hépatique et biliaire
- A06: médicaments de la constipation
- A07: antidiarrhéiques, anti-inflammatoires et anti infectieux intestinaux
- A08: préparations contre l'obésité
- A09: médicaments de la digestion
- A10: médicaments du diabète
- A11: vitamines
- A12: suppléments minéraux
- A14: anabolisants à usage systémique
- A16: autres médicaments

B: sang et organes hématopoïétiques

- B01: anti thrombotiques
- B02: antihémorragiques
- B03: préparations antianémiques
- B05: substituts du sang et solutions de perfusion
- B06: autres médicaments

C: système cardiovasculaire

- C01: médicaments en cardiologie
- C02: antihypertenseurs
- C03: diurétiques
- C04: vasodilatateurs périphériques
- C05: vasculoprotecteurs
- C07: bêtabloquants
- C08: inhibiteurs calciques
- C09: médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine
- C10: hypolipidémiants

D: médicaments dermatologiques

- D01: antifongiques à usage dermatologique
- D02: émollients et protecteurs
- D03: préparations pour le traitement des plaies et ulcères
- D04: antiprurigineux
- D05: médicaments contre le psoriasis
- D06: antibiotiques et chimiothérapie à usage dermatologique
- D07: corticoïdes
- D08: antiseptiques et désinfectants
- D09: pansements médicamenteux
- D10: préparations anti acnéiques
- D11: autres

G: système génito-urinaire et hormones sexuelles

- G01: anti infectieux et antiseptiques à usage gynécologique
 - G02: autres médicaments gynécologiques
-

- G03: hormones sexuelles et modulateurs de la fonction génitale
- G04: médicaments urologiques

H: hormones systémiques

- H01: hormones hypophysaires et hypothalamiques
- H02: corticoïdes à usage systémique
- H03: médicaments de la thyroïde
- H04: hormones pancréatiques
- H05: médicaments de l'équilibre calcique

J: anti infectieux généraux à usage systémique

- J01: antibactériens à usage systémique
- J02: antimycosiques à usage systémique
- J04: antimycobactériens
- J05: antiviraux à usage systémique
- J06: immunosérum et immunoglobulines
- J07: vaccins

L: antinéoplasiques et immunomodulateurs

- L01: antinéoplasiques
- L02: Thérapeutique endocrine
- L03: immunomodulateurs
- L04: immunosuppresseurs

M: muscle et squelette

- M01: anti-inflammatoires et antirhumatismaux
- M02: topiques pour douleurs articulaire et musculaire
- M03: myorelaxants
- M04: antigoutteux
- M05: médicaments pour le traitement des désordres osseux
- M06: autres

N: système nerveux

- N01: anesthésiques
- N02: analgésiques
- N03: antiépileptiques
- N04: antiparkinsoniens
- N05: psycholeptiques
- N06: psychoanaleptiques
- N07: autres

P: antiparasitaires, insecticides

- P01: antiprotozoaires
- P02: antihelminthiques
- P03: antiparasitaires externes

R: système respiratoire

- R01: préparations nasales
- R02: préparations pour la gorge
- R03: médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes
- R05: médicaments du rhume et de la toux
- R06: antihistaminiques à usage systémique
- R07: autres

S: organes sensoriels

- S01: médicaments ophtalmologiques

- S02: médicaments otologiques
- S03: préparations ophtalmologiques et otologiques

V: divers

- V01: allergènes
- V03: tous autres médicaments
- V04: médicaments pour diagnostic
- V06: nutriments
- V07: tous autres produits non thérapeutiques
- V08: produits de contraste
- V09: produits radiopharmaceutiques à usage diagnostique
- V10: produits radiopharmaceutiques à usage thérapeutique

Annexe 7 : Fiche de recueil des informations par source pour concilier

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

NOM : _____ Prénom : _____ Date de naissance : / / IPP : _____ Nom du service : _____ N° de chambre : _____ Date d'admission : / / Adresse : _____ Téléphone : _____	Personne à contacter : _____ Médecin traitant : _____ Pharmacien d'officine : _____ Infirmier à domicile : _____ EHPAD : _____ Dossier Pharmacautique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Allergies : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non lesquelles : _____ PhytOTHérapies : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non lesquelles : _____ Automédication : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Crèmes/pommades : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Collyres : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Injections : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Patchs : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
---	--	--

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

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

Annexe 8 : Guide d'entretien du patient

Points clés de l'entretien

- 1** **Préparer en amont l'entretien** en recueillant le plus d'information possible avant la rencontre avec le patient (médicaments déjà connus, motif d'hospitalisation, caractéristiques physiopathologiques du patient, origine du patient (domicile, EHPAD, transfert d'un autre service), score MMS si patient âgé, etc.
- 2** **Se présenter**, choisir le bon moment pour réaliser l'entretien, adapter son langage au patient.
- 3** **Posez des questions ouvertes** : « Prenez-vous régulièrement vos médicaments ? » ; « Pour quels motifs ? »
- 4** **Reformuler les propos du patient pour s'assurer qu'il s'agit de la bonne information** : « Vous prenez vos médicaments le matin, le midi et le soir ? » ; « Tous les jours ou de temps en temps ? »
- 5** **Posez des questions spécifiques** :
 - sur les médicaments en dehors des formes orales ; ex : collyres, les crèmes, les sprays nasaux, patchs, suppositoires, etc.
 - sur les médicaments à fréquence particulière hebdomadaire, mensuelle ; ex : médicaments particuliers, antibiotiques, méthotrexate, EPO, anticancéreux ;
 - sur les médicaments pris en dehors de ceux prescrits par le médecin ; ex : phytothérapie, automédication, compléments alimentaires.
- 6** **Questionnez le patient sur l'observance vis-à-vis de son traitement** : oubli, retard de prises, excédent ou manque de certains médicaments à la fin du mois, organisation lors de déplacements.
- 7** **Demandez les coordonnées des professionnels de soins de premiers recours** : du pharmacien habituel (dossier pharmaceutique ouvert), des médecins traitants et spécialistes, de l'infirmier à domicile.

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 similitudes.

CHOMEL Alexia

Conciliation médicamenteuse en oncologie : conditions de mise en place sur la base de 100 entretiens pharmaceutiques au Centre Léon Bérard

Th. D. Pharm., Lyon 1, 2016, 118 p.

RESUME

Dans un contexte d'amélioration continue de la prise en charge médicamenteuse des patients hospitalisés, de plus en plus d'établissements de santé mettent en place un processus de conciliation médicamenteuse. Son objectif est de diminuer les erreurs médicamenteuses en favorisant la communication entre la ville et l'hôpital, et vice-versa.

Dans une première partie, nous exposons les résultats des différentes études issues de notre recherche bibliographique.

Dans une seconde partie, nous présentons l'étude menée au Centre Léon Bérard au début de l'année 2015 sur les prémices d'une conciliation médicamenteuse.

OBJECTIF PRINCIPAL : Evaluer les paramètres de la conciliation médicamenteuse à prendre en compte dans la mise en place d'un tel processus

METHODES : Réalisation d'entretiens pharmaceutiques lors de l'entrée ou de la sortie de patients hospitalisés au Centre Léon Bérard, afin de détecter les omissions de traitement en cours d'hospitalisation et à la sortie.

RESULTATS : L'étude a duré 6 mois, au cours de laquelle 100 patients ont été inclus. A l'entrée, 41,9% des patients ayant un traitement en ville ont eu au moins un médicament non reconduit lors de leur hospitalisation. A la sortie, 74% des patients ont eu au moins une omission de traitement.

CONCLUSION : Ces premiers résultats sont donc en faveur de la mise en place d'une conciliation pour les patients pris en charge au Centre Léon Bérard. Celle-ci devra être structurée et cibler les patients les plus à risque. La conciliation est une action supplémentaire pour maîtriser les risques liés à la prise en charge médicamenteuse du patient, point clé de la certification des établissements de santé.

MOTS CLES

Conciliation médicamenteuse
Entretiens pharmaceutiques
Oncologie

JURY

Mme. RIOUFOL Catherine, Maître de Conférences Praticien Hospitalier
M. LATOUR Jean François, Docteur en Pharmacie
Mme AITICHOU Myriam, Docteur en Pharmacie
Mme SAUVEPLANE Véronique, Docteur en pharmacie

DATE DE SOUTENANCE

11 juillet 2016

ADRESSE DE L'AUTEUR

8 rue de la Renaudière – 42400 Saint Chamond