

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 8 juin 2018 par

Mme BIRY Laura

Née le 25 juillet 1993

A Lyon (69)

**MISE EN PLACE ET INTERET DES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES D'ADMISSION
EN SERVICE DE RHUMATOLOGIE**

JURY

Mme FERDJAOUI-MOUMJID Nora, Maître de Conférences des Universités, Habilitation à Diriger des
Recherches

Mme JANOLY-DUMENIL Audrey, Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier

Mme FONTANA Aurélie, Rhumatologue, Praticien Hospitalier

Mme MENA Cécile, Docteur en Pharmacie, Praticien officinal

Mme GRAND-PERRET Sophie, Docteur en Pharmacie, Responsable de formation

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

- Président de l'Université
- Présidence du Conseil Académique
- Vice-Président du Conseil d'Administration
- Vice-Président de la Commission Recherche
- Vice-Président de la Formation et de la Vie Universitaire

Frédéric FLEURY
Hamda BEN HADID
Didier REVEL
Fabrice VALLEE
Philippe CHEVALIER

Composantes de l'Université Claude Bernard Lyon 1

SANTE

UFR de Médecine Lyon Est	Directeur : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud Charles Mérieux	Directrice : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directrice : Dominique SEUX
Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de formation et centre de recherche en Biologie Humaine	Directrice : 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
Polytech Lyon	Directeur : M. Emmanuel PERRIN
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
Observatoire des Sciences de l'Univers	Directrice : Mme Isabelle DANIEL

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1
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)
Madame Julie-Anne CHEMELLE (MCU)
Madame Anne DENUZIERE (MCU)
Monsieur Lars-Petter JORDHEIM (MCU-HDR)
Madame Christelle MACHON (MCU-PH)
Monsieur Waël ZEINYEH (MCU)

- **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 HAMDİ-DEGOBERT (MCU-HDR)
Monsieur Plamen KIRILOV (MCU)
Madame Giovanna LOLLO (MCU)
Madame Jacqueline RESENDE DE AZEVEDO (MCU)
Monsieur Damien SALMON (MCU-PH)

- **BIOPHYSIQUE**

Madame Laurence HEINRICH (MCU)
Monsieur David KRYZA (MCU-PH-HDR)
Madame Sophie LANCELOT (MCU - PH)
Monsieur Cyril PAILLER-MATTEI (Pr)
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 FERDJAOUİ 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)
Madame Claire GAILLARD (MCU)
- **QUALITOLOGIE – MANAGEMENT DE LA QUALITE**
Madame Alexandra CLAYER-MONTEBAULT (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-HDR)
Madame Marie-Aimée DRONNE (MCU)
Madame Marie-Paule GUSTIN (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 Marc LEBORGNE (Pr)
Monsieur Thierry LOMBERGET (Pr)
Monsieur Laurent ETTOUATI (MCU - HDR)
Madame Marie-Emmanuelle MILLION (MCU)
- **BOTANIQUE ET PHARMACOGNOSIE**
Madame Marie-Geneviève DIJOUX-FRANCA (Pr)
Madame Anne-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 Catherine RIOUFOL (PU- PH)
Madame Magali BOLON-LARGER (MCU - PH)
Madame Christelle CHAUDRAY-MOUCHOUX (MCU-PH)
Madame Céline PRUNET-SPANNO (MCU)
Madame Florence RANCHON (MCU-PH)
Monsieur Teddy NOVAIS (AHU)

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-HDR)
- **PHYSIOLOGIE**
Monsieur Christian BARRES (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 Mélanie THUDEROZ (MCU-PAST)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DES SCIENCES BIOMEDICALES A

- **IMMUNOLOGIE**
Monsieur Guillaume MONNERET (PU-PH)
Monsieur Sébastien VIEL (MCU-PH)
Madame Morgane GOSSEZ (AHU)
- **HEMATOLOGIE ET CYTOLOGIE**
Madame Christine VINCIGUERRA (PU - PH)
Madame Brigitte DURAND (MCU - PH)
Madame Sarah HUET (AHU)
Monsieur Yohann JOURDY (AHU)
- **MICROBIOLOGIE ET MYCOLOGIE FONDAMENTALE ET APPLIQUEE AUX BIOTECHNOLOGIES INDUSTRIELLES**
Monsieur Patrick BOIRON (Pr)
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)
Madame Caroline MOYRET-LALLE (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 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 Philippe LAWTON (Pr)
Madame Sandrine BOURGEOIS (MCU)
Madame Marie-Emmanuelle MILLION (MCU)
Madame Alexandra MONTEBAULT (MCU)
Madame Angélique MULARONI (MCU)
Madame Marie-Françoise KLUCKER (MCU-PAST)
Madame Valérie VOIRON (MCU-PAST)
- **Assistants hospitalo-universitaires sur plusieurs départements pédagogiques (AHU)**

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

Madame Camille ROZIER

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

Aux membres de mon jury :

A ma Présidente de jury,

Madame le Professeur Nora FERDJAOUI-MOUMJID,

Merci à vous de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse et de m'avoir transmis vos enseignements au cours de mes années universitaires.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma grande reconnaissance.

A ma Directrice de thèse,

Madame le Docteur Audrey JANOLY-DUMENIL,

Un grand merci Audrey pour m'avoir proposée ce sujet et encadrée jusqu'au bout du projet. Vous avez été d'un soutien précieux lors de mon arrivée en milieu hospitalier et dans l'élaboration de ce projet. Merci pour vos conseils avisés et vos nombreuses relectures qui m'ont permis de sans cesse m'améliorer.

Veillez trouver ici, mes plus sincères remerciements.

A mon jury,

Madame le Docteur Aurélie FONTANA,

Merci à vous d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Merci de votre accueil pendant mon stage hospitalo-universitaire, ainsi qu'à toute l'équipe médicale, ce qui m'a permis de passer quatre mois enrichissants et épanouissants dans votre service de rhumatologie.

Veillez trouver ici mes remerciements les plus sincères.

Madame le Docteur Cécile MENA,

Merci à toi Cécile d'avoir accepté avec gentillesse de juger ma thèse. Merci aussi pour ton soutien et pour toutes les connaissances que tu m'as transmises pendant mon stage de professionnalisation.

Je te présente mes plus sincères remerciements.

Madame le Docteur Sophie GRAND-PERRET,

Merci à toi Sophie d'avoir accepté de faire partie de mon jury et avant cela de m'avoir habilement conseillée sur mon choix d'orientation professionnelle. Je suis très satisfaite de m'être tournée vers la pharmacie d'officine.

Je te présente mes plus sincères remerciements.

A ma famille :

Mes Parents,

Merci à tous les 2 de m'avoir encouragée dans mes choix et permise de faire des études. Vous m'avez soutenue en toute circonstance durant mes 6 années de pharmacie.

Vous êtes des parents géniaux, je vous aime !

Ma Mamie Paulette et Mon Papi Jean,

Merci à vous d'avoir été des super grands-parents, toujours bienveillants et activement présents à mes côtés. Je vous aime !

Merci à l'ensemble de ma famille, Gaby, Robert pour votre soutien et votre encouragement.

A la mémoire également de ma grand-mère maternelle, de mon grand-père paternel et de ma Tatie Christiane, qui auraient été si heureux et fiers d'être présents. Vous me manquez beaucoup, j'aurais tellement souhaité vous avoir à mes côtés en cette journée si importante pour moi.

A mes amis,

Merci pour votre présence et votre soutien.

Merci pour tous les bons moments passés ensemble (et pour tous les moments à venir).

Avec toute mon amitié !

- A Mathilda, ma copine depuis l'enfance, avec qui j'ai fait les 400 coups.
- A Clémence, ma copine depuis la P1 et ma partenaire de voyage que j'adore.
- A Claudia et Victor, mes deux médecins préférés.
- A Blandine, mon coup de cœur de la fac et une amie précieuse sur qui je pourrais toujours compter.
- A mes copines Aude, Hilel et Solenne, que j'adore et qui sont toujours présentes pour moi, malgré l'éloignement géographique.
- A Alexandre, mon binôme de TP préféré.
- A Laurène et Vanessa, mes copines de promo, avec qui j'espère toujours garder contact. Et merci Vanessa pour toute l'aide que tu m'as apportée dans la partie expérimentale.
- A Flavy et Manon, mes plus belles rencontres d'officine.
- A Jérémie, mon compagnon qui m'a précieusement soutenue et accompagnée ces dernières semaines et avec qui j'espère avoir une belle et longue histoire.

Aux équipes officinales :

Merci à chacune des équipes officinales pour m'avoir accueillie durant mes années universitaires et pour m'avoir transmis leur amour pour le métier de pharmacien d'officine.

Une pensée toute particulière à la Pharmacie de Bourgogne, où j'ai effectué mon stage de professionnalisation dans de très bonnes conditions.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	7
TABLE DES MATIERES	11
LISTE DES TABLEAUX.....	13
LISTE DES FIGURES.....	14
LISTE DES ABREVIATIONS	15
INTRODUCTION.....	17
PARTIE I : DE L’IATROGENIE MEDICAMENTEUSE A LA PROPOSITION D’ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES D’ADMISSION	19
1. LA LUTTE CONTRE L’IATROGENIE MEDICAMENTEUSE : UN ENJEU DE SECURITE POUR LE PATIENT	20
<i>1.1. Définitions : iatrogénie et iatrogénie médicamenteuse</i>	<i>20</i>
1.1.1. Effet indésirable (EI) médicamenteux.....	21
1.1.2. Erreur médicamenteuse (EM)	22
<i>1.2. L’épidémiologie de l’iatrogénie médicamenteuse</i>	<i>24</i>
1.2.1. A l’étranger brièvement	25
1.2.2. En France.....	27
2. LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DU PATIENT A L’HOPITAL : ORGANISATION ET GESTION DES RISQUES	32
<i>2.1. Définitions et organisation générale</i>	<i>32</i>
2.1.1. Circuit du médicament hospitalier	32
2.1.2. Parcours de soins et interface « Ville-Hôpital ».....	36
<i>2.2. Une démarche de gestion des risques à l’hôpital</i>	<i>37</i>
2.2.1. Pourquoi une démarche de gestion des risques ?	38
2.2.2. La gestion des risques en pratique.....	40
3. LA PHARMACIE CLINIQUE POUR LUTTER CONTRE L’IATROGENIE MEDICAMENTEUSE.....	46
<i>3.1. Analyse pharmaceutique de prescription.....</i>	<i>47</i>
<i>3.2. Education thérapeutique du patient (ETP).....</i>	<i>52</i>
<i>3.3. Conciliation des traitements médicamenteux (CTM)</i>	<i>54</i>

4. FOCUS SUR LES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES.....	58
4.1. Méthodes pour conduire un entretien patient.....	58
4.2. Les entretiens pharmaceutiques dans la littérature.....	61
4.2.1. A l'étranger	61
4.2.2. En France.....	63
PARTIE II : EXPERIMENTALE.....	71
1. INTRODUCTION	74
2. MATERIEL ET METHODE.....	75
3. RESULTATS	77
4. DISCUSSION	82
5. CONCLUSION	84
REFERENCES DE L'ARTICLE	84
CONCLUSIONS GENERALES.....	87
ANNEXES.....	89
ANNEXE 1 : FICHE SIGNALETIQUE PATIENT	89
ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE D'ADMISSION	90
ANNEXE 3 : ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE D'ADMISSION, COMPTE-RENDU EASILY®.....	93
REFERENCES.....	95

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Etudes rétrospectives internationales portant sur les EIG survenus pendant l'hospitalisation (EIG = Evènement Indésirables Graves).....	26
Tableau 2 : Enquêtes françaises ENEIS 1 et 2 portant sur les EIG (EIG = Evènement Indésirables Graves) (35).....	28
Tableau 3 : Enquêtes françaises ENEIS 1 et 2 : Causes d'EIG totaux pendant l'hospitalisation (EIG = Evènement Indésirable Grave) (35).....	29
Tableau 4 : Facteurs contributifs des EIG évitables identifiés pendant l'hospitalisation - ENEIS 2 (EIG = Evènement Indésirable Grave) (36).....	29
Tableau 5 : Répartition des EM dans le circuit du médicament (EM = Erreur Médicamenteuse).....	35
Tableau 6 : Caractéristiques des entretiens pharmaceutiques d'admission (EPA) réalisés	80
Tableau 7 : Typologie des divergences non intentionnelles (DNI).....	81

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Relation entre les évènements iatrogènes médicamenteux (EIM), les effets indésirables (EI) et les erreurs médicamenteuses (EM). D'après Morimoto et al (14). ...	24
Figure 2 : Etapes successives du circuit du médicament, selon la HAS (HAS = Haute Autorité de Santé) (13)	33
Figure 3 : Modèle du « fromage suisse » de James Reason présentant les étapes de survenue de l'erreur médicamenteuse (53)	38
Figure 4 : Règle des 5B selon la HAS (13)	40
Figure 5 : Roue de Deming (54)	41
Figure 6 : Critère 20a du manuel de certification V2010 sur le management de la prise en charge médicamenteuse du patient (56)	42
Figure 7 : Critère 20a bis du manuel de certification V2010 sur la prise en charge médicamenteuse du patient (56)	42
Figure 8 : Diagramme des 7M de la SFPC (57)	44
Figure 9 : Les différentes activités de pharmacie clinique (62)	47
Figure 10 : Les niveaux d'analyse pharmaceutique selon les Recommandations de Bonnes Pratiques de Pharmacie Clinique (SFPC) (66)	49
Figure 11 : Fiche d'intervention pharmaceutique (IP) élaboré par la SFPC (70)	51
Figure 12 : Résumé des étapes de la CTM selon la HAS (CTM = Conciliation des Traitements Médicamenteux) (80)	57
Figure 13 : Les étapes de l'entrevue médicale sur l'approche Calcary-Cambridge (87)	60
Figure 14 : Les différentes étapes du processus de soins pharmaceutiques (88)	62
Figure 15 : Les différentes étapes au processus de Bilan Partagé de Médication selon la HAS (DMP : Dossier Médical Partagé) (96)	65
Figure 16 : Exemples de questions à poser lors de l'entretien avec le patient à son admission en établissement de santé selon la HAS (108)	68
Figure 17: Patients éligibles et patients inclus dans l'étude	78
Figure 18 : Evolution du nombre d'entretiens mensuels réalisés durant la période de l'étude	79
Figure 19 : Répartition des divergences non intentionnelles (DNI) selon la classe anatomique, thérapeutique et chimique	81

LISTE DES ABREVIATIONS

- 5AHU** : 5^{ème} année hospitalo-universitaire
- AGGIR** : Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources
- AMM** : Autorisation de Mise sur le Marché
- ANSM** : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- AVK** : Anti-Vitamine K
- BMO** : Bilan Médicamenteux Optimisé
- CAQES** : Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficienc e des Soins
- CBU** : Contrat de Bon Usage des médicaments et des produits et prestations
- CC** : Calvary-Cambridge
- CCECQA** : Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine
- CNS** : Conférence Nationale de Santé
- CRPV** : Centre Régional de PharmacoVigilance
- CSP** : Code de Santé Publique
- CTM** : Conciliation des Traitements Médicamenteux
- DI** : Divergence Intentionnelle
- DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins
- DMI** : Dossier Médical Informatisé
- DMP** : Dossier Médical Partagé
- DNI** : Divergence Non Intentionnelle
- DP** : Dossier Pharmaceutique
- DRESS** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'évaluation et des Statistiques
- EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- EI** : Effet Indésirable

EIG : Evènement Indésirables Graves

EIM : Evènement Iatrogène Médicamenteux

EM : Erreur Médicamenteuse

EMIR : Effets Indésirables des Médicaments : Incidence et Risque

ENEIS : Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables graves liés aux Soins

EPA : Entretien Pharmaceutique d'Admission

ETP : Education Thérapeutique du Patient

EVISA : Etude transversale sur les EVènements Indésirables liés aux Soins Ambulatoires

FIP : Fédération Internationale Pharmaceutique

HAS : Haute Autorité de Santé

HEH : Hôpital Edouard Herriot

HPST : Hôpital, Patient, Santé et Territoire

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IP : Intervention Pharmaceutique

Med'Rec : Medication Reconciliation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PLM : Problème lié aux Médicaments

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

REEM : Réseau Epidémiologique de l'Erreur Médicamenteuse

REMED : Revue des Erreurs liées aux MEDicaments Et aux Dispositifs associés

RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

Introduction

Les avancées médicales et pharmaceutiques ont permis de prendre en charge de nombreuses maladies, notamment grâce à l'avènement des médicaments. De nos jours, beaucoup de patients suivent un traitement médicamenteux. Néanmoins, leur utilisation n'est pas sans risque.

L'iatrogénie médicamenteuse représente actuellement un véritable problème de santé publique, aussi bien dans les établissements de santé qu'en ville. Sans moyen mis en place pour la maîtriser, l'iatrogénie ne cesserait d'augmenter, entraînant avec elle, d'importantes pertes humaines et économiques. Elle est désormais reconnue par les autorités sanitaires comme un enjeu de santé publique majeur. Devant le parcours de soins du patient souvent complexe, la mobilisation de l'ensemble des professionnels de santé est requise pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse des patients. Chaque étape de transition de ce parcours de soins constitue un risque iatrogène, lié entre autres à une « interface Ville-Hôpital » difficile à assurer.

Une des solutions pour lutter contre le risque iatrogène est le développement de la démarche qualité et de la gestion des risques.

Du côté pharmaceutique, plusieurs actions de sécurisation ont été mises en place ; elles sont inscrites dans des activités de pharmacie clinique : l'analyse de prescription avec la possibilité d'émission d'intervention pharmaceutiques (IP), l'éducation thérapeutique du patient (ETP), conciliation des traitements médicamenteux (CTM)... Le pharmacien constitue donc un acteur de santé au rôle incontestable dans le parcours de soins des patients.

De nombreuses études sur la CTM ont été menées jusqu'à ce jour. Leur intérêt clinique n'est plus à démontrer en termes de réduction d'iatrogénie médicamenteuse, notamment grâce à la contribution des patients. En effet, ces derniers représentent une source majeure d'informations vis-à-vis de leur prise en charge médicamenteuse, dans les situations où l'entretien avec le patient est possible. Néanmoins le caractère chronophage de la CTM empêche de la développer pleinement. Aussi dans des situations ciblées, et comme le patient est considéré comme une source très contributive d'informations, il pourrait être intéressant de développer des entretiens patients à l'admission sans aller jusqu'à une conciliation complète.

Cette thèse comporte en première partie des données bibliographiques concernant l'iatrogénie médicamenteuse et la complexité de la prise en charge médicamenteuse du patient à l'hôpital. Certaines solutions mises en place en milieu hospitalier pour lutter contre l'iatrogénie seront présentées ensuite : la gestion des risques et les activités de pharmacie clinique. Une attention toute particulière sera portée au processus de conciliation : son organisation et ses limites. Enfin, nous aborderons les entretiens pharmaceutiques : leur méthodologie et des exemples concrets.

La deuxième partie, expérimentale, est présentée sous forme d'article scientifique. L'objectif était d'étudier la mise en place et l'intérêt des entretiens pharmaceutiques d'admission structurés en service de soins. Une étude a été menée en service de rhumatologie et de pathologies osseuses à l'Hôpital Edouard Herriot (HEH) à laquelle j'ai participé pendant ma 5^{ème} année hospitalo-universitaire de pharmacie (5AHU). Après avoir présenté la méthodologie de l'étude, nous analyserons et discuterons des résultats. Enfin, des perspectives seront proposées dans les suites de ce travail.

PARTIE I : De l'iatrogénie médicamenteuse à la proposition d'entretiens pharmaceutiques d'admission

1. La lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse : un enjeu de sécurité pour le patient

1.1. Définitions : iatrogénie et iatrogénie médicamenteuse

Sur le plan étymologique, « iatrogène » provient du grec « *iatros* » signifiant médecin et « *génos* » signifiant origine/causes. Ce terme signifie donc « qui est provoqué par le médecin » (1). Ainsi, l'iatrogénie regroupe toute manifestation clinique, voire pathologique survenant chez un patient après un soin d'ordre médical.

La Conférence Nationale de Santé (CNS), quant à elle, intègre dans sa définition l'ensemble des acteurs de soins, en parlant de « toute pathogénie d'origine médicale au sens large, compte tenu de l'état de l'art à un moment donné, qui ne préjuge en rien d'une erreur, d'une faute ou d'une négligence » (2). Ainsi, tous les professionnels de santé (hospitaliers et libéraux) sont concernés par l'iatrogénie, et cela est à distinguer de la faute professionnelle.

Dans la notion d'iatrogénie, on distingue :

- **L'iatrogénie non médicamenteuse**, en lien avec les activités de soins.
- **L'iatrogénie médicamenteuse**, en lien avec les traitements médicamenteux, à laquelle nous allons nous intéresser à présent.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la définit comme « toute réaction néfaste et non recherchée à un médicament survenant à des doses utilisées chez l'homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic et de traitement » (3). Par cette définition, son champ d'application se focalise sur l'ensemble des manifestations cliniques, voire pathologiques survenant à la suite de l'administration d'un ou plusieurs traitements médicamenteux.

La Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) définit les événements iatrogènes médicamenteux (EIM) comme « des dommages survenant chez le patient, liés à sa prise en charge médicamenteuse et résultant de soins appropriés, de soins inadaptés ou d'un déficit de soin » (4).

Pour davantage de compréhension, elle ajoute ensuite des exemples d'EIM : « l'aggravation de la pathologie existante, l'absence d'amélioration attendue de l'état de santé, la survenue d'une pathologie nouvelle ou prévenue, l'altération d'une fonction de l'organisme, une réaction nocive due à la prise d'un médicament » (4).

Jusqu'à présent, tout mésusage médicamenteux (abus, tentative de suicide, intoxications accidentelles ou criminelles) est exclu de cette définition.

Ces EIM peuvent être engendrés par 2 sous-catégories d'iatrogénie médicamenteuse :

- **L'effet indésirable (EI) médicamenteux**
- **L'erreur médicamenteuse (EM).**

1.1.1. Effet indésirable (EI) médicamenteux

La définition officielle proposée par l'OMS et la Communauté européenne de l'EI est « une réaction nocive et non voulue à un médicament, se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'homme pour la prophylaxie, le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou pour le rétablissement, la rectification ou la modification d'une fonction physiologique » (5). Dans ce cas présent, la réaction médicamenteuse ne semble se produire qu'après une utilisation médicamenteuse correcte. Or, la définition française ajoute les termes suivants : « ou résultant d'un mésusage du médicament ou produit » (6) afin d'englober également l'utilisation incorrecte des médicaments.

Deux types d'EI retiennent notre attention :

- **EI grave** : « Effet indésirable qui entraîne la mort, ou susceptible de mettre la vie en danger, ou entraînant une invalidité ou une incapacité importante ou durable, ou provoquant ou prolongeant une hospitalisation, ou se manifestant par une anomalie ou une malformation congénitale ».
- **EI inattendu** : « Effet indésirable dont la nature, la sévérité ou l'évolution ne correspondent pas aux informations contenues dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) » (7).

Il est admis que le risque zéro n'existe pas avec les médicaments. De par « leur action pharmacologique, immunologique ou métabolique », ils entraînent inévitablement une succession de réactions internes dans l'organisme humain (8), qui peuvent devenir des EIM. De nombreux contrôles sont effectués avant leur Autorisation de Mise sur Marché (AMM).

La balance bénéfico-risque est en permanence évaluée pour s'assurer que le médicament commercialisé est davantage bénéfique que risqué (EI). Ce travail est réalisé par la Pharmacovigilance, qui « a pour objet l'identification, l'évaluation et la prévention du risque d'effet indésirable des médicaments mis sur le marché, que ce risque soit avéré ou potentiel » (9). Ce circuit de surveillance se compose de Centres Régionaux de Pharmacovigilance (CRPV) coordonnés au niveau national par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM). Les professionnels de santé, les entreprises du médicament, et plus récemment les patients et les associations de patients peuvent et doivent déclarer tout EI observé (10).

Longtemps considérés comme des intervenants passifs, les patients sont aujourd'hui de plus en plus sollicités. Cette avancée progressive leur octroie donc une plus grande responsabilité et une plus grande implication dans leur prise en charge médicamenteuse.

1.1.2. Erreur médicamenteuse (EM)

Aucune définition commune internationale de l'EM n'existe. En effet selon les organismes, différentes situations entrent dans la définition d'une EM. Si bien qu'elles sont à prendre en ligne de compte lors de toute analyse de résultats scientifiques publiés.

Selon l'OMS, il s'agit « d'un évènement évitable au cours duquel une dose de médicament reçue par le patient diffère de ce qui avait été prescrit ou ne correspond pas à la politique et aux procédures de l'hôpital » (11). On comprend donc que toutes les EM atteignent le patient et qu'elles impliquent nécessairement un traitement médicamenteux.

La SFPC la définit comme un « écart par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient » (4). Cette déviation de pratique de la part d'un professionnel de santé est par définition évitable comme l'a exprimé précédemment l'OMS. Elle ajoute que c'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 évènement indésirable pour le patient » (4). Cette définition française souligne le caractère non-intentionnel de l'EM. Elle inclut également les risques potentiels d'EM qu'encourt le patient au cours de sa prise en charge médicamenteuse. L'EM peut donc potentiellement engendrer un EIM chez le patient. Dans ce cas-là, il s'agira d'un EIM évitable.

La définition du Réseau Epidémiologique de l'Erreur Médicamenteuse (REEM) souligne cet état de fait : « toute erreur survenant au sein du circuit du médicament, quel que soit le stade au niveau duquel elle est commise, quel que soit l'acteur du circuit qui la commette, qu'elle soit due à la conception du circuit du médicament, à son organisation, ou à la communication en son sein, et qu'elles qu'en soient les conséquences » (12) . En effet, un EIM est une conséquence possible chez le patient de la survenue d'une EM.

Ces définitions s'accordent toutes sur la notion d'évitabilité des EM, puisqu'elles résultent d'un écart de conduite survenant possiblement à chaque étape du circuit du médicament. Les EI eux sont propres aux médicaments et ne peuvent pas être évités véritablement. Seuls des conseils de bon usage peuvent les limiter. Cet aspect évitable requière alors des actions d'amélioration pour prévenir, atténuer ou récupérer les EM. L'ensemble des professionnels du circuit du médicament doivent s'attacher à les réduire, en particulier le pharmacien clinicien.

En fonction du degré de réalisation, l'EM se divise en deux catégories :

- **EM avérée** : Il s'agit d'une EM qui s'est réellement produite et qui a touché le patient. Aucun acteur n'a pu l'intercepter avant. C'est l'évènement redouté, puisque le patient en est la victime. Il est important de la notifier. C'est la seule catégorie prise en compte dans la définition mondiale de l'OMS.
- **EM potentielle** : Il s'agit d'une EM qui a pu être détectée et donc interceptée avant l'administration du médicament au patient. L'intervention peut avoir été faite par un professionnel de santé, un patient ou son entourage (5).

Parfois une troisième catégorie est décrite : l'**EM latente**. Il s'agit d'un risque d'erreur observé au cours d'un processus. Il existe alors un potentiel danger pour le patient, qu'il est important de prendre en compte. Bien souvent, elle n'est mise en évidence qu'après une EM avérée qui s'est combinée avec d'autres facteurs de risque (13).

Il existe une « structure de réception et de gestion des signalements d'erreur ou risque d'EM » : le Guichet des Erreurs Médicamenteuses (11). Encore une fois, les patients et associations de patients peuvent y participer aux côtés des professionnels de santé et des entreprises pharmaceutiques. Le recensement de ces signalements permet d'améliorer les pratiques professionnelles afin de diminuer la survenue des EM.

L'ensemble de ces termes doit être maîtrisé afin de distinguer les EIM évitables (EM), de ceux qui ne le sont pas (EI).

En résumé, la **figure 1** met en relation les différentes notions abordées jusqu'à présent :

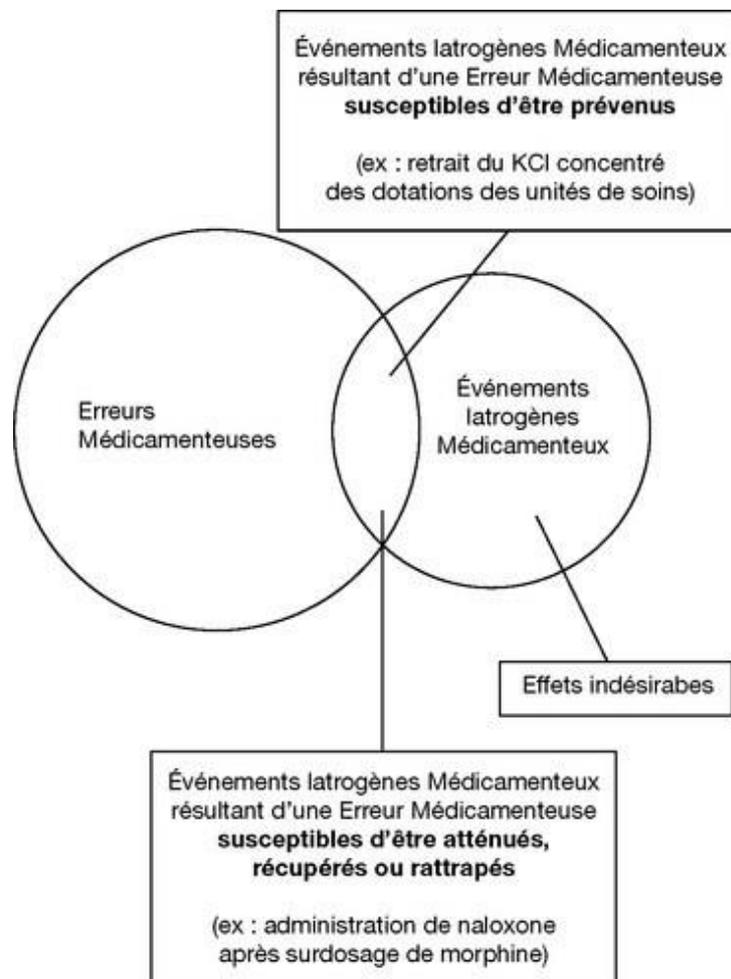


Figure 1 : Relation entre les événements iatrogènes médicamenteux (EIM), les effets indésirables (EI) et les erreurs médicamenteuses (EM). D'après Morimoto et al (14).

1.2. L'épidémiologie de l'iatrogénie médicamenteuse

Dans la littérature, les EIM et les EI sont souvent confondus. La connaissance de la survenue d'EM au caractère évitable permet d'en faire la distinction. Il est donc important de tout prendre en compte lors de l'interprétation des résultats et il est également nécessaire de bien identifier les événements relevés et d'indiquer comment chaque étude les définit.

1.2.1. A l'étranger brièvement

La prise de conscience du risque d'iatrogène a débuté aux Etats-Unis avec la « Harward Practice Medical Study » de 1991 (15). Il s'agit d'une grande étude réalisée en milieu hospitalier sous la direction de Brennan *et al* qui a consisté en l'analyse de 30 121 dossiers médicaux afin d'en comptabiliser tous les évènements indésirables graves (EIG). Etait considéré comme grave, tout évènement défavorable pour le patient, entraînant une incapacité, une prolongation d'hospitalisation ou un risque vital. Cette analyse a été faite *a posteriori* par des professionnels de santé expérimentés, sans entrer en contact avec les professionnels des services concernés. En moyenne, le taux d'EIG était de 3,7%. Et parmi ceux-là, 27,6% étaient liés à des négligences, c'est-à-dire que les soins prodigués étaient insuffisants par rapport à ceux attendus (15). On peut donc les assimiler aux EM, qui sont des évènements indésirables évitables.

Cette méthode rétrospective a ensuite été reprise au travers de nombreuses études épidémiologiques internationales dont voici les résultats (**tableau 1**) :

Lieu et auteur de l'étude (année de publication)	Nombre de patients	Patients ayant des EIG (%)	EIG liés à une négligence (%)	EIG ayant conduit à un décès (%)
Etats-Unis Brennan et al (15) 1991	30 121	3,7	27,6	13,6
Etats-Unis McGuire et al (16) 1992	44 603	5,4	49,0	1,8
Australie Wilson et al (17) 1995	14 179	16,6	51,2	4,9
Etats-Unis Thomas et al (18) 2000	14 732	3,1	57,7	6,6
Grande-Bretagne Vincent et al (19) 2001	1 014	11,7	48,0	8,0
Danemark Schioler et al (20) 2001	1 067	9,0	40,4	6,1
Nouvelle-Zélande Davies et al (21) 2002	6 579	12,9	37,0	4,0
Etats-Unis Gurwitz et al (22) 2003	30 397	5,0	27,6	38,0
Canada Baker et al (23) 2004	3 745	7,5	36,9	20,8
Pays-Bas Zegers et al (24) 2009	7 926	5,7	39,6	7,8
Suède Soop et al (25) 2009	1 967	12,3	70,0	3,0
Portugal Sousa et al (26) 2011	1 669	11,1	53,2	10,8

Tableau 1 : Etudes rétrospectives internationales portant sur les EIG survenus pendant l'hospitalisation (EIG = Evènement Indésirables Graves)

Selon ces études, le taux d'incidence d'EIG chez des patients hospitalisés en établissement de santé varie entre 2,9 et 16,6%, dont 27,5 à 57,7 % évitables. L'ampleur de l'iatrogénie et de la part des EM évitables est sans conteste.

En 1999, un rapport publié par l'Institut de Médecine Américaine fait polémique, intitulé « To Err Is Human : Building a Safer Health System » soit en français « l'erreur est humaine : construire une santé plus sûre » (27). Les données estiment qu'entre 1,8 et 7% du taux d'hospitalisation serait lié à un EIG, et parmi eux 53 à 58% seraient évitables (=EM). De plus, entre 44 000 et 98 000 décès annuels seraient liés à la défaillance des soins dans les hôpitaux américains. Cela place ces décès d'origine iatrogène à la 5^{ème} cause de décès du pays, les conséquences cliniques sont très élevées. Ce rapport a fait beaucoup parler de lui, et a lancé véritablement les réflexions sur le sujet de l'iatrogénie médicamenteuse et des EM.

Les conséquences économiques de ces évènements indésirables ont également été évaluées. L'étude de Bates et al estime que l'allongement de l'hospitalisation représente un surcoût de 2 595\$ pour un EIM et 4 685\$ pour une EM (28). Si on l'extrapole à tous les patients hospitalisés américains, les EIM sont estimés entre 1,6 et 4 milliards de dollars (29–31).

1.2.2. En France

La France a pris conscience de l'iatrogénie médicamenteuse beaucoup plus tardivement. Quelques études sont apparues sur ce sujet en milieu hospitalier dès les années 1990 afin de mesurer la fréquence et la gravité des EIM.

Le Docteur Patrice Queneau a été l'un des premiers à s'intéresser au sujet. Après l'observation de 23 services de médecine, en 1992 il montre que la fréquence d'EIM est de 6,3% des journées d'hospitalisation (32). Puis en 1998 dans un rapport rendu à l'ancien secrétaire d'Etat à la santé (Bernard Kouchner), il relate que 4 à 15% des hospitalisations seraient d'origine iatrogène et qu'entre un quart à la moitié seraient « théoriquement évitables » (33). Ces chiffres sont en accord avec ceux rapportés par la CNS de la même année (34). Il explique également que tout chiffre de mortalité iatrogène est difficile à établir actuellement (multifactoriel). Il estimerait à plusieurs milliers de patients décédés par an par iatrogénie, dont une fraction serait évitable, en particulier chez les personnes âgées.

Trois études ont marqué la prise de conscience de l'iatrogénie médicamenteuse en France, elles vont être détaillées maintenant.

- **Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables liés aux Soins (ENEIS) :**

La première étude française de grande ampleur sur le risque iatrogène est l'ENEIS 1, menée en 2004 par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) sur demande de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) (35). Il s'agit cette fois-ci d'une étude prospective au sein des établissements de santé. Elle a été rendue possible par la présence dans les services de soins d'auditeurs externes qui observaient la prise en charge des patients et interrogeaient les professionnels de santé en charge des patients. La méthodologie est donc différente de celle utilisée dans les études étrangères. En 2009, l'ENEIS 1 a été reconduite en ENEIS 2 pour analyser l'avancée des résultats.

Elles visaient à évaluer à son tour l'importance des évènements indésirables graves (EIG), en s'intéressant au caractère évitable ou non de ces évènements.

Deux types d'EIG ont été relevés :

- **EIG à l'origine d'une hospitalisation**
- **EIG survenus pendant l'hospitalisation**, les seuls représentés dans le **tableau 2** pour être en accord avec les études précédentes.

Il est important de noter que les EIG regroupent les EIM, mais également les évènements en lien avec les produits de santé. L'iatrogénie médicamenteuse n'est donc pas la seule iatrogénie étudiée dans ces enquêtes.

	Nombre de patients	Patients ayant des EIG (%)	EIG évitables (%)	EIG ayant conduit à un décès (%)
ENEIS 1 (2004)	8 754	2,9	37,3	-
ENEIS 2 (2009)	8 269	2,6	40,7	-

Tableau 2 : Enquêtes françaises ENEIS 1 et 2 portant sur les EIG (EIG = Evènement Indésirables Graves) (35)

Les résultats obtenus sont stables entre les deux enquêtes, il n'y a pas de différence significative après cinq années d'écart. Si on compare ces résultats à ceux obtenus dans les études étrangères (**tableau 1**), les valeurs trouvées (EIG et EM) sont assez proches.

Concernant les causes de ces EIG totaux (évitables et non évitables) pendant l'hospitalisation (**tableau 3**), on retrouve :

EIG liés à :	ENEIS 1 (2004)	ENEIS 2 (2009)
Une procédure	74,9%	74,3%
Un produit de santé	27,8%	38,8%
Dont médicament	20,4%	26,2%
Une infection liée aux soins	22,3%	29,4%

Tableau 3 : Enquêtes françaises ENEIS 1 et 2 : Causes d'EIG totaux pendant l'hospitalisation (EIG = Evènement Indésirable Grave) (35)

Les médicaments occupent donc une place importante dans la survenue d'EIG pendant l'hospitalisation. Parmi les évènements en lien avec les médicaments, entre 51% (2004) et 58% (2009) étaient évitables, ce qui montre la marge de progression en termes de gestion du risque médicamenteux.

L'ENEIS 2 s'est ensuite intéressée aux facteurs contributifs à l'origine des EIG évitables survenant pendant l'hospitalisation (**tableau 4**) :

Facteurs ayant favorisé l'EIG évitable :	Nombre d'EIG évitables (%)
Défaillance humaine d'un professionnel	24 (27,6)
Supervision insuffisante des collaborateurs	23 (26,4)
Mauvaise définition de l'organisation et de la réalisation des tâches	11 (12,6)
Communication insuffisante entre professionnels	21 (24,1)
Composition inadéquate des équipes	14 (16,1)
Infrastructures inappropriées	15 (17,2)
Défaut de culture qualité	7 (8)

Tableau 4 : Facteurs contributifs des EIG évitables identifiés pendant l'hospitalisation - ENEIS 2 (EIG = Evènement Indésirable Grave) (36)

La défaillance humaine et le manque de communication interhumaine représentent des facteurs clefs dans la survenue des évènements indésirables évitables (EM). Néanmoins, d'autres aspects sont également en prendre en compte comme une mauvaise organisation générale ou un défaut de culture qualité. Il en découle que le plus souvent l'EIG évitable est multifactoriel : c'est la succession de facteurs qui mène à une erreur. Plusieurs moyens de lutte peuvent être mis en place à différents niveaux pour diminuer l'incidence de ces évènements évitables. La culture qualité et sa déclinaison opérationnelle peuvent être un des leviers à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients.

- **Effets indésirables des Médicaments : Incidence et Risque (EMIR) :**

L'étude EMIR est une étude prospective de 2007 menée par le réseau des CRPV auprès de 2 692 patients (37). Elle a estimé que 3,6% des hospitalisations étaient associées à un EI, résultat très proche d'une ancienne étude menée (3,2%) (38). 70% des cas concernaient des EI à proprement dit et 30% étaient en lien avec une interaction médicamenteuse. Il devient nécessaire de mettre en place des actions pour prévenir les EI et promouvoir le bon usage des médicaments.

Ce sont les accidents hémorragiques des anticoagulants de la classe des antivitamines K (AVK) qui arrivent au premier rang des hospitalisations (12,3%). Les autorités sanitaires ont par la suite publié des recommandations sur leur emploi, en insistant sur l'éducation thérapeutique des patients (39,40).

- **Etude régionale sur les Evènements Indésirables graves liés aux Soins Ambulatoires extrahospitaliers (EVISA) :**

L'étude EVISA est également une étude prospective en 2008 menée par le Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA) auprès de 2 946 patients (41). Elle s'est intéressée aux EIG liés aux soins ambulatoires à l'origine d'une hospitalisation. Ce type d'approche est rare, d'ordinaire ce sont surtout les soins hospitaliers qui sont évalués. Les mêmes questionnaires que les enquêtes ENEIS ont été utilisés. Le taux de patients hospitalisés en raison d'un EI lié aux soins ambulatoires a été estimé à 2,5%. Ces EIG ont été majoritairement jugés évitables (71,3%). Parmi ces derniers, 71,2% concernaient un médicament (les AVK au premier rang).

Cette étude s'est également attachée à répertorier les causes immédiates à ces EIG évitables : erreur d'indication thérapeutique, défaut de communication entre soignants, comportement inadéquat du patient (ou de son entourage), défaut de vigilance de l'état de santé ou encore un défaut de réévaluation des traitements médicamenteux.

Enfin, elle s'est intéressée aux coûts économiques. Il en est ressorti qu'un séjour hospitalier pour un EIG en ville en lien avec un médicament avait un coût de 3 475 euros.

Les études citées précédemment révèlent toute l'importance de l'incidence de l'iatrogénie médicamenteuse et la nécessité de sécuriser la prise en charge médicamenteuse des patients, que ce soit en ville ou à l'hôpital. Le manque de communication entre les professionnels de santé est cité à plusieurs reprises, ce qui constitue un levier dans cette lutte. L'étude EVISA évoque également le rôle des patients via leurs comportements vis-à-vis des médicaments dans la survenue d'EM, ce qui est à prendre en compte dans la maîtrise du risque iatrogène.

2. La prise en charge médicamenteuse du patient à l'hôpital : organisation et gestion des risques

2.1. Définitions et organisation générale

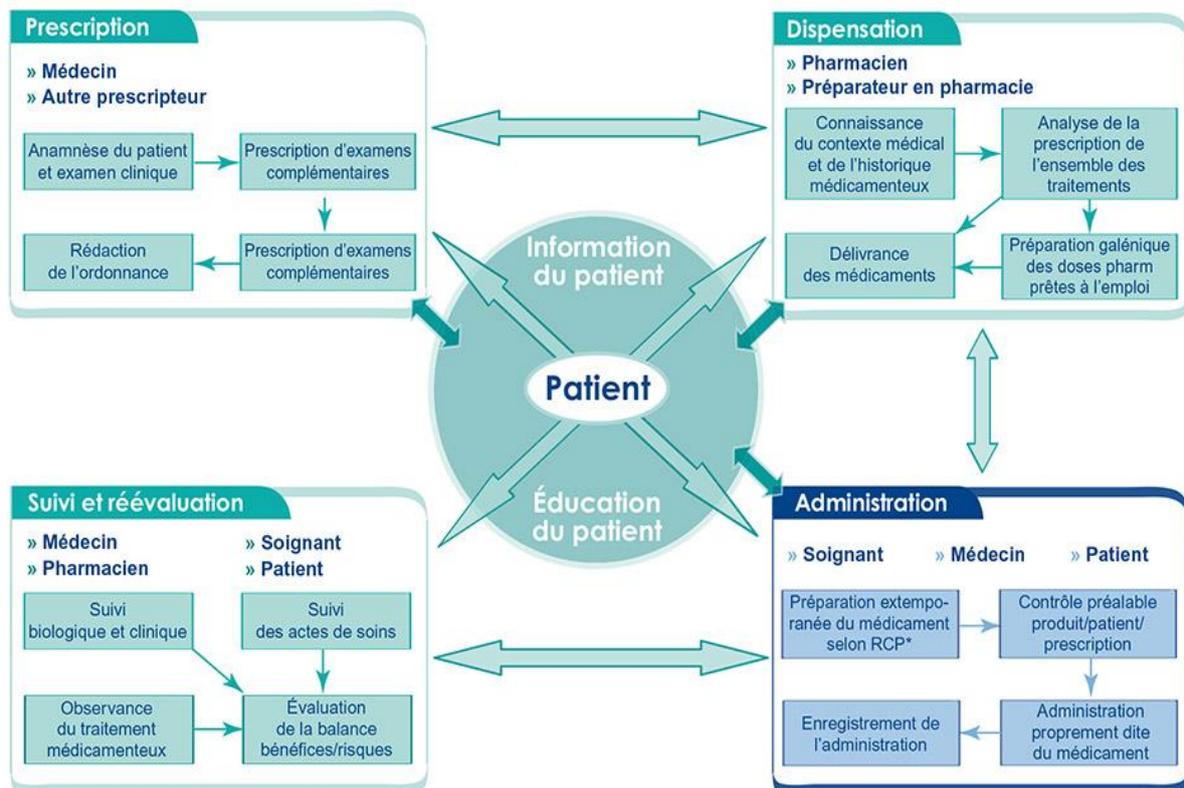
2.1.1. Circuit du médicament hospitalier

Selon la SFPC, le circuit du médicament est défini comme « le processus de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse d'un patient, hospitalisé dans un établissement de santé, résident d'un établissement social ou en soins ambulatoires » (4). Le terme de circuit du médicament est de plus en plus délaissé au profit du processus de prise en charge médicamenteuse du patient. En effet, ce processus est davantage axé sur le patient que sur le médicament en lui-même. Celui-ci est complexe et sa sécurisation est devenue une priorité pour le patient, pour les acteurs de soins et les politiques de santé. Le pharmacien en tant que « professionnel du médicament » occupe une place de choix dans ce processus, notamment par ses activités cliniques.

Sa complexité vient du fait que ce processus regroupe une série d'étapes successives, se déroulant à des endroits variés. Il fait aussi intervenir différents professionnels de santé, ayant chacun leur niveau de compétence. Les patients au cœur du processus, ont eux-mêmes une grande diversité dans leurs pathologies (la gravité, la chronicité, le terrain...). Egalement, une logistique doit se mettre en place pour la gestion des flux de produits (approvisionnement, transport, détention et stockage) et d'informations potentiellement confidentielles.

D'après le rapport « Sécurisation du circuit du médicament dans les établissements de soins », ce circuit correspond à une « chaîne de soins dont chacun des maillons, tant humains que matériels, est susceptible de générer des erreurs et des évènements indésirables graves » (42). Ces risques sont accentués en établissement de santé actuellement avec la réduction de la durée moyenne d'hospitalisation, la diminution des moyens financiers, la polyvalence des professionnels de santé et l'augmentation constante du nombre de molécules actives disponibles. Il existe aussi la notion de performance de plus en plus forte. L'intérêt des patients doit néanmoins être au cœur des préoccupations (43).

Les grandes étapes de ce processus sont présentées dans la **Figure 2**, avec les professionnels de santé respectifs et les étapes intermédiaires. L'ensemble est centré sur le patient.



* RCP : Résumé des caractéristiques du produit - © Société française de pharmacie clinique 2005

Figure 2 : Etapes successives du circuit du médicament, selon la HAS
(HAS = Haute Autorité de Santé) (13)

Chacune de ces étapes peut être détaillée comme suit (4):

- **La prescription médicale :**

Le médecin ou tout autre prescripteur habilité à rédiger une prescription doit au préalable faire l'anamnèse personnelle (caractéristiques, antécédents, allergies) et médicamenteuse du patient. Il s'en suit ensuite l'examen clinique du patient. Si cela est nécessaire pour poser le diagnostic, il peut prescrire éventuellement des examens complémentaires.

Finalement, une décision thérapeutique est prise en tenant compte de la balance bénéfice-risque du médicament. La rédaction de la prescription qui suit est l'une des étapes les plus réglementées du circuit du médicament. Enfin, des informations concernant sa prise en charge doivent être données au patient.

NB : L'étape de transcription de la prescription peut être une étape supplémentaire, qui tend à disparaître. Elle consiste en la reproduction manuelle ou informatique de tout ou une partie de la prescription par l'infirmier.

Exemples d'erreurs de prescription : médicament inapproprié, posologie et/ou durée incorrecte, écriture illisible, erreur de saisie informatique... ou aussi des erreurs lors de la retranscription de la prescription.

- **La dispensation pharmaceutique :**

Cette activité de dispensation est propre au pharmacien, et sous sa responsabilité, également au préparateur en pharmacie, à l'interne en pharmacie ou à l'étudiant dès la 2^{ème} année de pharmacie validée.

Cet acte pharmaceutique débute par la connaissance du contexte médical et médicamenteux du patient. Puis, l'analyse pharmaceutique de la prescription médicale représente l'étape clef de la dispensation (celle-ci sera revue dans la **Partie 3** : La pharmacie clinique pour lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse). Il y a ensuite éventuellement l'étape de préparation galénique des doses pharmaceutiques à administrer et la mise à disposition des informations et conseils nécessaires au bon usage du médicament. Enfin, cet acte se termine avec la délivrance à proprement parlé du ou des médicaments.

A l'hôpital, il existe trois types de délivrances, ce qui complexifie davantage le processus de prise en charge médicamenteuse :

- Délivrance nominative : via une prescription, pour un patient donné.
- Délivrance globalisée : via plusieurs prescriptions, pour un groupe de patient donné.
- Délivrance globale : sans prescription, sur simple commande.

Le patient n'est donc parfois pas le bénéficiaire direct de l'acte pharmaceutique.

Exemples d'erreurs de dispensation : médicament délivré incorrect, dosage incorrect, forme galénique incorrecte, médicament périmé, interaction médicamenteuse non détectée...

- **L'administration :**

Cette activité est assurée par un soignant, un médecin ou le patient lui-même dans certains cas et cela à partir de la prise de connaissance de la prescription.

Elle regroupe la préparation extemporanée des doses à administrer. Il y a également une information qui est donnée au patient lors de l'enregistrement de l'acte. Les modalités d'utilisation du médicament sont décrites dans le RCP.

En tant que dernière étape avant d'atteindre le patient, des contrôles sont à renforcer dans la lutte des EM, notamment sur l'identité du patient, sur la concordance entre la prescription et les médicaments délivrés. Il s'agit du dernier rempart pour sécuriser le processus.

Exemples d'erreurs d'administration : mauvais patient, médicament incorrect, modalités d'administration incorrectes (débit, voie, durée) ...

- **Le suivi et la réévaluation thérapeutique :**

Ce suivi est réalisé par le médecin, le pharmacien, le soignant ou le patient lui-même. Il consiste en l'évaluation de la balance bénéfice-risque recherchée et en la surveillance du traitement secondaire à la mise en place d'un médicament : le suivi biologique et clinique. Cela permet de détecter certains EI liés au traitement pendant et post-administration. L'observance du patient vis-à-vis de sa prescription est également prise en compte : le suivi thérapeutique. Cela peut impacter fortement l'efficacité de son traitement médicamenteux. De plus, la balance bénéfice-risque est à réévaluer régulièrement.

Exemples d'erreurs de suivi : réévaluation des traitements absente ou insuffisante, suivi clinique incorrect ou insuffisant, mauvaise observance...

Chaque étape de ce circuit peut être une source d'EM. Selon deux études menées, voici la répartition des EM dans le circuit du médicament (**tableau 5**) :

	Erreurs de prescription (%)	Erreurs de retranscription (%)	Erreurs de délivrance (%)	Erreurs d'administration ou de préparation (%)
Etats Unis 1995 (44)	56	6	4	34
France 2005 (45)	37	18	22	23

Tableau 5 : Répartition des EM dans le circuit du médicament

(EM = Erreur Médicamenteuse)

Il en ressort que l'étape de prescription est à fort risque iatrogène, ainsi que l'étape d'administration. Bien souvent, l'administration du ou des médicaments est l'étape incriminée, mais celle-ci peut être l'accumulation d'erreurs produites plus en amont. C'est bel et bien tout le processus qui est à sécuriser en commençant par la prescription médicale.

2.1.2. Parcours de soins et interface « Ville-Hôpital »

Comme nous avons pu le voir, la prise en charge médicamenteuse du patient est complexe dans son organisation et chacune de ses étapes est à risque d'EM. D'autant plus que cette prise en charge médicamenteuse s'inscrit souvent dans un parcours de soins compliqué (patients atteints de pathologies chroniques) (46).

Des parcours de soins (diabète, asthme, cancer, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer...) ont été mis en place pour faciliter l'accompagnement des patients sur le long terme tout en améliorant la qualité des soins et leur prise en charge globale. Ils englobent l'ensemble des consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicaments et non médicamenteux ainsi que les épisodes aigus des maladies chroniques. Ils visent à une meilleure coordination et communication entre les différents professionnels de santé et à une plus grande participation des patients. De plus, chaque intervenant présente ses propres compétences, qui sont mises à contribution dans le parcours de soins. L'ensemble est coordonné depuis 2004 par le médecin traitant, qui est librement choisi par le patient (47). C'est lui qui oriente ensuite le patient vers les différents professionnels de santé, afin d'optimiser le suivi médical et de rationaliser les soins.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), le parcours de soins a comme principaux objectifs (48) :

- « Promouvoir une prise en charge prospective et coordonnée des patients, et l'organiser dans la durée,
- « Favoriser l'implication du patient et l'expression de ses préférences pour lui permettre d'être acteur de sa prise en charge sur la durée,
- Cibler les points critiques du parcours de soins pour minimiser les risques et harmoniser les pratiques des professionnels de santé ».

Le patient et ses attentes sont donc au cœur de ce processus.

L'un des objectifs cités est la minimisation des risques aux points critiques : ce sont des étapes de la prise en charge qui font fréquemment l'objet de dysfonctionnement (EM). C'est le cas, par exemple de l'interface « Ville-Hôpital » qui regroupe les admissions hospitalières, les transferts entre services hospitaliers ou les retours à domicile.

La continuité des soins est une des ambitions évoquées dans la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (loi HPST) du 21 juillet 2009. En effet, elle institue une territorialisation des politiques de santé en créant des outils permettant que les actions de prévention, les soins de premier et second recours ainsi que les prises en charge médico-sociales s'articulent et se complètent, sans rupture de continuité pour le patient ou la personne (10).

La rupture de soins constitue une grande source d'iatrogénie médicamenteuse, contre laquelle les établissements de santé ont mis en place différentes actions qui vont maintenant être détaillées.

2.2. Une démarche de gestion des risques à l'hôpital

Pour diminuer la survenue d'évènement indésirable, il est nécessaire de mettre des mesures en place. Depuis quelques années, les établissements de santé se tournent vers la démarche qualité afin d'assurer la sécurité des patients. La qualité des soins recherchée est définie par l'OMS comme le fait de : « délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédure, de résultats, et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » (49). Le patient a un rôle central dans l'appréciation de la qualité, qui impacte toutes les étapes de son parcours de soins. Dans le domaine de la santé, cette appréciation peut être difficile à analyser, puisqu'elle repose à la fois sur la décision médicale prise et sur la relation du patient avec son soignant.

Selon la HAS, « la qualité d'un système de santé augmente lorsque les soins prodigués sont aussi efficaces, sûrs et accessibles que possible, dans des conditions aussi équitables et efficaces que possible » (50). L'équilibre entre les besoins de chaque patient et les impératifs collectifs peut être difficile à trouver.

La qualité représente un axe majeur dans la sécurisation et l'optimisation de la prise en charge médicamenteuse des patients. Elle nécessite pour cela une démarche de gestion des risques.

2.2.1. Pourquoi une démarche de gestion des risques ?

Le risque est présent dans toute activité humaine, il s'agit de « la probabilité de survenue d'un incident » (51). Ceci est d'autant plus vrai dans le domaine de la santé qui est complexe et en constante évolution. La qualité des soins recherchée passe par une démarche de gestion des risques, en particulier du risque iatrogène avec la survenue d'EIM (dont les EM évitables). Selon l'OMS, « la sécurité des patients vise à réduire les risques d'évènements indésirables à un niveau acceptable » (51). Le risque zéro n'existe pas, c'est la maîtrise du risque qui est recherchée.

D'après le modèle du « fromage suisse » de James Reason représenté dans la **Figure 3**, la démarche de gestion des risques doit être globale (52).



Figure 3 : Modèle du « fromage suisse » de James Reason présentant les étapes de survenue de l'erreur médicamenteuse (53)

En effet, ce modèle réalisé *a posteriori* souligne qu'une EM relève d'une succession de dysfonctionnements non interceptés depuis la politique de santé jusqu'au patient lui-même. Chaque « tranche de gruyère » représente une barrière de sécurité et chaque « trou de gruyère », un manquement à la sécurité. C'est l'alignement successif de tous ces manquements qui conduit à la survenue d'une EM et qui peut avoir de graves conséquences chez le patient. Toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse sont à risque d'EM.

La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients doit être réalisée en profondeur et par tous les acteurs de santé afin de limiter le nombre et la fréquence de ces dysfonctionnements.

Dans la même logique, le REEM dresse plusieurs constats sur la survenue de ces EM (4) :

- Rarement un acte isolé, l'EM découle de l'enchaînement de plusieurs facteurs qui sont souvent prévisibles. Pour l'analyser correctement, il faut décrypter l'ensemble des étapes successives précédant l'erreur.
- Une fois signalée, l'EM est aisée à détecter au contraire de ses causes. Pour la prévenir et limiter sa fréquence, toutes les causes possibles doivent être passées en revue (environnement, technologies, médicament en lui-même, pratiques professionnelles, organisation générale...).
- Personne n'est à l'abri d'une EM. L'homme par nature n'est pas infailible dans ses connaissances et sa pratique quotidienne. Une remise en question doit être faite auprès de tous les acteurs de santé. Bien souvent, les infirmiers sont accusés d'EM car ils représentent le dernier maillon de la chaîne, celui qui est au contact direct avec le patient. L'EM peut s'être produite plus en amont dans la prise en charge.
- Associer l'utilisation de médicaments reconnus dangereux à l'organisation non sécurisée des activités de soins conduit logiquement à des EM. La gestion des risques liés aux médicaments doit se développer dans les établissements de santé.

Au regard de ces constats, il se dessine le déni du risque lié aux médicaments, en particulier des EM considérées comme des écarts de pratique. Celles-ci ont longtemps été « mises de côté » car elles engagent la responsabilité de l'établissement de santé et incriminent le professionnel de santé à l'origine. Cependant, une prise de conscience du risque est faite actuellement chez les autorités sanitaires et les professionnels de santé. Les médicaments ne doivent pas être banalisés, au risque de laisser les EM se reproduire. Il est donc nécessaire d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge médicamenteuse des patients.

En ayant en tête le respect de la règle des 5B comme objectif final, qui consiste à : « administrer au Bon patient, le Bon médicament, à la Bonne dose, sur la Bonne voie d'administration et au Bon moment » (13) dans la **Figure 4**.

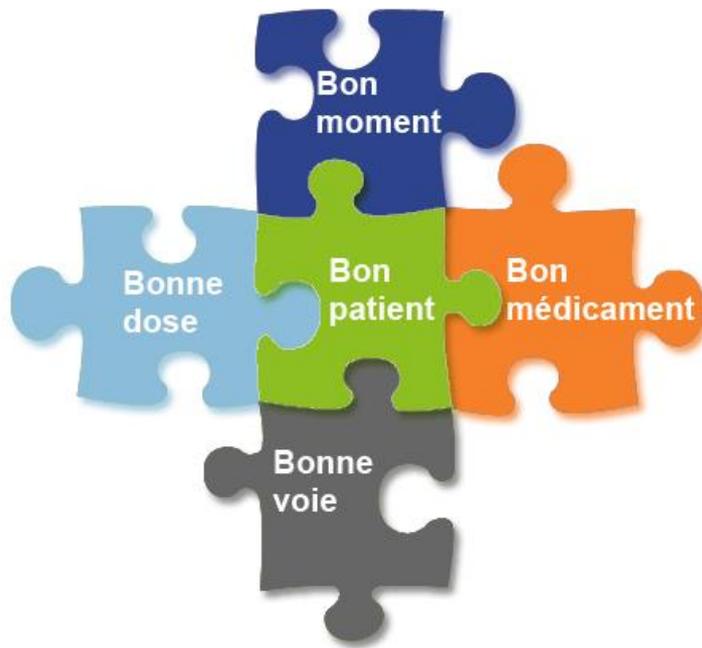


Figure 4 : Règle des 5B selon la HAS (13)

Pour atteindre cet objectif, une démarche de gestion des risques doit être mise en place.

2.2.2. La gestion des risques en pratique

Toute la démarche de gestion des risques repose sur le principe fondamental de l'amélioration continue de la qualité. En effet, selon le statisticien William Edwards Deming, la qualité s'acquière via une démarche dynamique reposant sur la méthode PDCA ou « roue de Deming » en quatre étapes (54) :

- **Plan** : préparer ce que l'on va réaliser.
- **Do** : réaliser et mettre en œuvre ce qui a été préparé au préalable.
- **Check** : vérifier et contrôler ce que l'on a réalisé.
- **Act** : réagir et améliorer ce que l'on a réalisé.

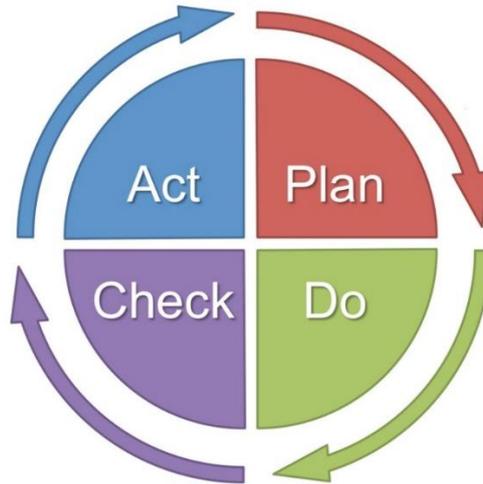


Figure 5 : Roue de Deming (54)

L'amélioration continue des pratiques permet d'une part de s'adapter aux évolutions constantes qui impactent le domaine de la santé et d'autre part de lutter contre les événements indésirables. Cette démarche est intégrée dans le mode de gestion global de l'établissement, mais également à chaque secteur d'activité qui le compose. Différentes décisions ont été prises par les autorités sanitaires afin d'améliorer les pratiques, dont voici des exemples.

- **La certification des établissements de santé :**

Depuis l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, la reconnaissance de la qualité des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, passe désormais par leur certification (55). Celle-ci promeut la qualité et la sécurité des prestations de soins proposées par l'établissement certifié. Il s'agit d'une procédure d'évaluation des pratiques hospitalières visant à faire valider leur conformité aux référentiels qualité reconnus. Cela est fait par un organisme externe agréé et indépendant. Cette certification est obligatoire et nécessite une réévaluation tous les quatre ans. Les patients ont ainsi l'assurance que l'établissement de santé répond bien aux exigences de qualité.

Cette certification s'appuie sur le manuel de certification qui a été révisé plusieurs fois afin de s'adapter au mieux au système français de santé, en constante évolution. C'est la première version du manuel en 1996 (V1) qui a initié la démarche d'amélioration continue de la qualité dans les établissements de santé. La deuxième version de 2007 (V2 ou V2007) a impulsé l'évaluation des pratiques professionnelles.

La troisième version du manuel en 2010 (V2010) a été simplifiée dans son organisation, pour ne contenir plus que deux chapitres : le management de l'établissement et la prise en charge du patient (56).

Nous nous intéressons plus spécifiquement à la référence 20 qui porte sur la prise en charge médicamenteuse du patient. Elle se décline en critère 20a et 20a bis (**Figure 6 et 7**).

Chaque critère est apprécié selon des éléments répondant à la démarche d'amélioration continue (Roue de Deming) : E1 (prévoir), E2 (mettre en œuvre) et E3 (évaluer et améliorer).

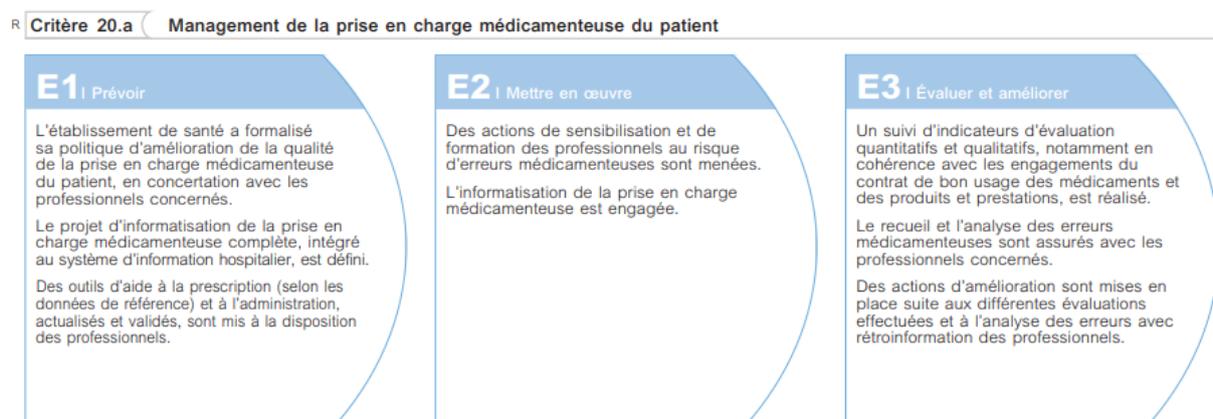


Figure 6 : Critère 20a du manuel de certification V2010 sur le management de la prise en charge médicamenteuse du patient (56)

Par conséquent, les EM sont au cœur du management de la prise en charge médicamenteuse : leur recueil et leur analyse sont primordiaux.

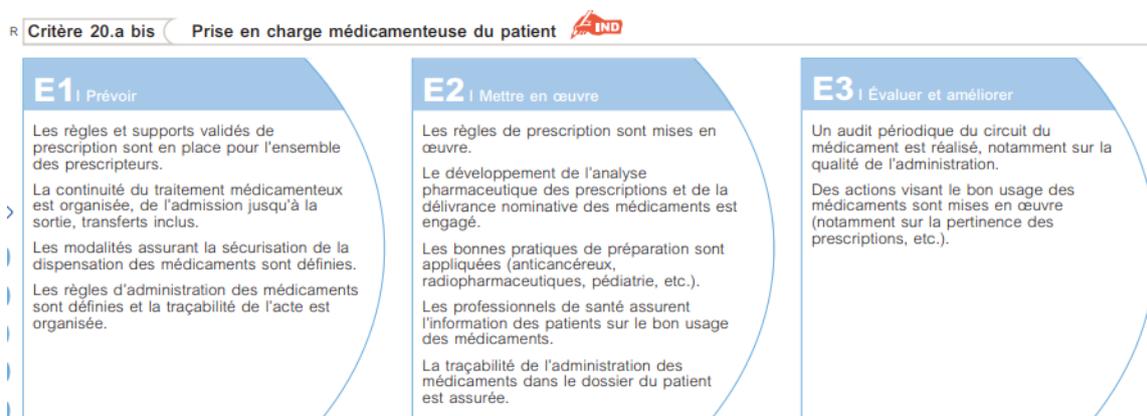


Figure 7 : Critère 20a bis du manuel de certification V2010 sur la prise en charge médicamenteuse du patient (56)

La continuité des soins est une des priorités de ce manuel de certification, notamment à l'interface « Ville-Hôpital », qui est très à risque iatrogène.

L'évaluation de cette démarche qualité est très présente dans la dernière version du manuel de 2014 (V2014). En effet, des audits de processus et des patients-traceur sont créés afin d'évaluer et améliorer les pratiques. Le suivi est renforcé au travers des comptes qualité, qui mettent en lien continu l'établissement de santé avec la HAS.

- **Le Contrat de Bon Usage (CBU) jusqu'en 2018 puis le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiences des Soins (CAQES) :**

Dans un objectif d'amélioration de la qualité de prise en charge médicamenteuse du patient, il a été mis en place un contrat tripartite conclu entre l'Agence Régionale de Santé (ARS), l'Assurance Maladie et l'établissement de santé (public et privé). Créé en 2005, le CBU avait pour objectif d'inciter les établissements de santé à améliorer et sécuriser le circuit des médicaments, produits et prestations. En fonction des objectifs atteints, le financement par l'Assurance Maladie était adapté. Il est remplacé en 2018 par le CAQES, contrat plus large, regroupant les objectifs du CBU, mais aussi ceux d'autres contrats (amélioration des pratiques, pertinence des soins, amélioration de la qualité et de l'organisation des soins).

- **Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et aux Dispositifs associés (REMEDI) :**

Après le recueil des EM, il est indispensable de les analyser afin qu'elles ne se répètent pas. A ce titre, la SFPC a élaboré la REMEDI, qui vise à identifier *a posteriori* les EM survenues en établissement de santé (57).

Il s'agit d'une démarche structurée d'analyse des EM, regroupant différentes étapes :

- Un temps de préparation afin de reconstituer les faits de manière chronologique et de caractériser l'EM survenue.
- Un temps de réunion pluridisciplinaire afin de valider les faits, d'élaborer le digramme des 7M (**Figure 8**) et ensuite de rechercher et suivre des actions d'amélioration des pratiques professionnelles.

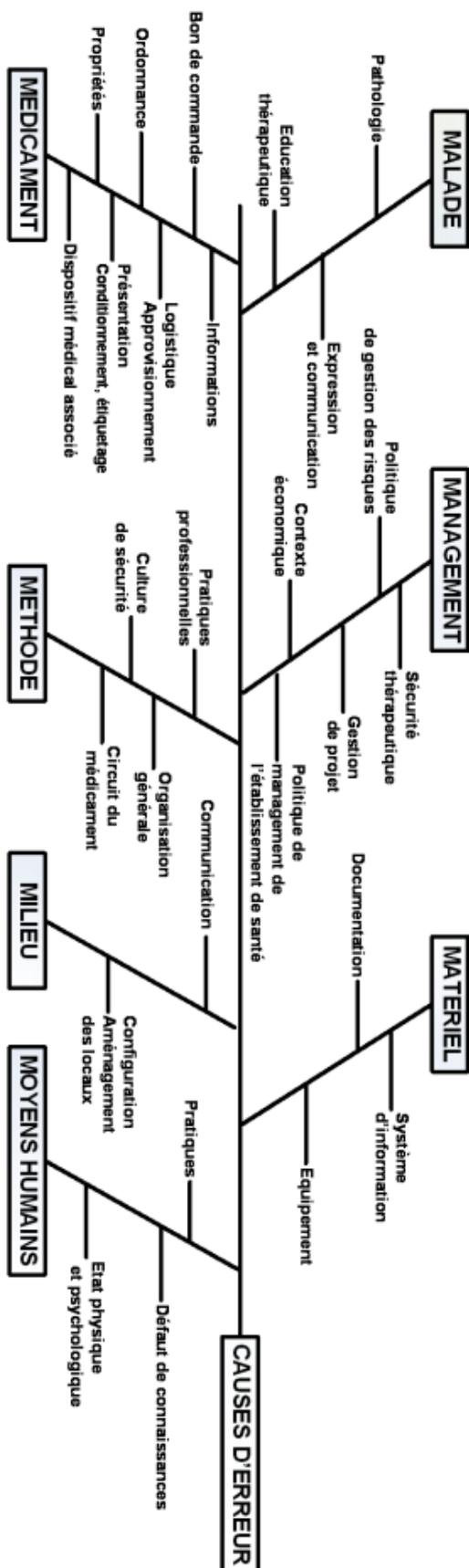


Figure 8 : Diagramme des 7M de la SFPC (57)

Cette revue a été évaluée et validée par l'étude MERVEIL menée en 2008-2009 sur 77 établissements de santé qui se sont portés volontaires. Il en est ressorti que les 3 branches les plus fréquemment impliquées dans les EM sont : les moyens humains (96%), les méthodes (87%) et le management (62%) (58). Des mesures de prévention adéquates sont nécessaires pour que ces évènements évitables ne se reproduisent plus.

La démarche de gestion des risques est un des moyens mis à disposition pour les établissements de santé pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse des patients. Dans cette même volonté, on assiste au déploiement des activités de pharmacie clinique, avec le pharmacien comme acteur clef dans la lutte contre les EM.

3. La pharmacie clinique pour lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse

Le concept de pharmacie clinique est né aux Etats-Unis au début des années 1960, avec Charles Walton. Pour ce pharmacien de l'Université du Kentucky, il s'agit de « l'utilisation optimale du jugement et des connaissances pharmaceutiques et biomédicales du pharmacien dans le but d'améliorer l'efficacité, la sécurité, l'économie et la précision selon lesquelles les médicaments doivent être utilisés dans le traitement des patients » (59). Tout ceci survient après de nombreux procès intentés par les patients aux médecins pour iatrogénie médicamenteuse. Rapidement, le concept se propage dans les pays anglo-saxons, puis en Europe.

En France, son développement débute en 1984, avec la mise en place de la 5^{ème} année Hospitalo-Universitaire (5AHU) dans les études de pharmacie. Ce stage pratique permet d'intégrer des externes en pharmacie dans les services de soins. D'ailleurs étymologiquement, il s'agit bien de « l'exercice de la pharmacie au lit du patient » (59). En 1986, cette spécialité pharmaceutique est reconnue par les universités pharmaceutiques, elle rend la formation moins axée sur la théorie. Néanmoins, le pharmacien doit respecter les activités propres au corps médical et au corps infirmier, sans s'y substituer. Il se situe comme collaborateur privilégié dans le domaine du médicament.

Selon la SFPC, le pharmacien clinicien est « en charge de la mise en place de la sécurisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux associés et de la stratégie thérapeutique efficiente et sûre définie par le médecin pour un patient donné » (59). La démarche qualité est un concept intégré aux fonctions du pharmacien clinicien.

Des rapports récents de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) souligne le fait que les pharmaciens doivent « sortir » de leurs pharmacies pour entrer en contact directement avec les patients (60,61).

La prévention de l'iatrogénie médicamenteuse et l'optimisation thérapeutique sont les raisons d'être de la pharmacie clinique. C'est aux travers de plusieurs activités reconnues, que la pharmacie clinique gère les risques médicamenteux (**Figure 9**).

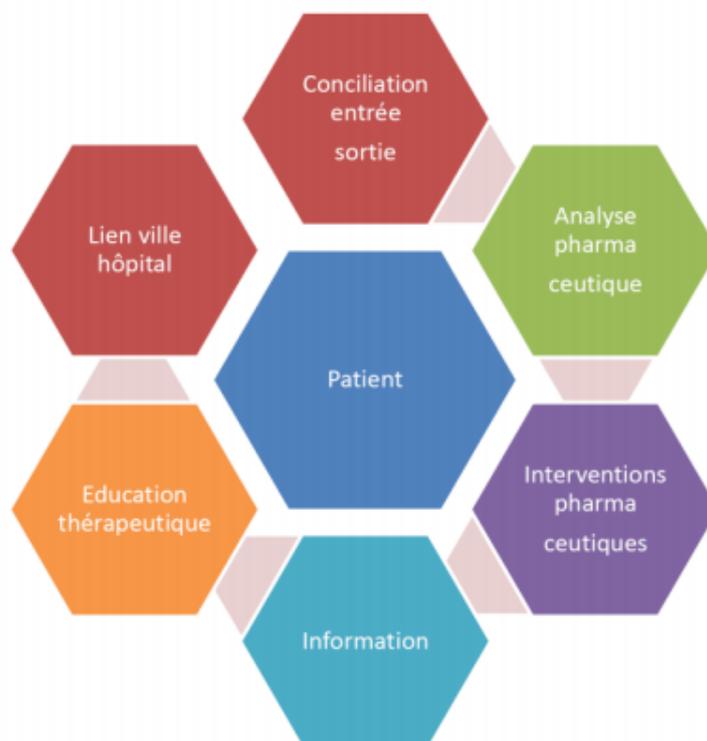


Figure 9 : Les différentes activités de pharmacie clinique (62)

Nous allons nous intéresser spécifiquement à trois activités de pharmacie clinique :

- **L'analyse pharmaceutique de prescription,**
- **L'éducation thérapeutique du patient,**
- **La conciliation des traitements médicamenteux.**

3.1. Analyse pharmaceutique de prescription

L'analyse de prescription est l'activité principale du pharmacien, elle a lieu lors de toute dispensation médicamenteuse. Elle se définit comme « une expertise structurée et continue des thérapeutiques du patient, de leurs modalités d'utilisation et des connaissances et pratiques du patient » (63). En effet, il s'agit d'une activité très réglementée (64), qui a pour objectifs l'efficacité et la sécurité des thérapeutiques, tout en minimisant les coûts.

Le concept des « soins pharmaceutiques » (pharmaceutical care) venu d'Amérique du Nord est intéressant. Nous pourrions le traduire par « la prise en charge pharmaceutique globale du patient » (65). Ce dernier sous-entend que la pratique de la pharmacie doit considérer le patient dans sa globalité, sans s'attacher uniquement à ses traitements médicamenteux. La relation qu'entretient le patient avec ses médicaments est également à prendre en compte lors de l'analyse pharmaceutique de sa prescription. Ce concept est détaillé dans la **partie 4** : Focus sur les entretiens pharmaceutiques.

Le processus d'analyse de prescription s'articule autour de plusieurs vérifications successives :

- **Analyse réglementaire :**

Le pharmacien contrôle la conformité réglementaire de la prescription : l'identification du prescripteur (parfois sa spécialité), l'identification du patient, la date et durée de la prescription. Tout cela est à réaliser systématiquement pour lutter contre les falsifications et/ou les abus.

Selon les traitements prescrits, la démarche à suivre peut varier comme par exemple avec les stupéfiants, les médicaments à prescription restreinte, les médicaments faisant l'objet d'une Autorisation Temporaire d'Utilisation....

- **Analyse pharmaco-thérapeutique :**

Le pharmacien analyse chaque ligne de traitement prescrit en se basant sur :

- Le respect des posologies vis-à-vis des RCP,
- La détection éventuelle des interactions médicamenteuses (selon leur gravité décroissante : contre-indications, associations déconseillées, précaution d'emploi et à prendre en compte),
- La vérification des indications,
- La connaissance des effets indésirables médicamenteux liés à leur effet pharmacologique.

Pour y parvenir, il s'appuie sur ses propres connaissances, mais aussi sur des bases de données médicamenteuses actualisées. La cohérence de la prescription doit être respectée. Il s'agit de l'étape la plus scientifique et technique.

Selon la SFPC, trois niveaux d'analyse existent en fonction des données dont dispose le pharmacien : revue des prescriptions, revue des thérapeutiques et suivi pharmaceutique (Figure 10).

Niveaux d'analyse pharmaceutique

Type	Contexte	Contenu	Éléments requis
Analyse niveau 1: Revue de prescription	Patient connu, sans point d'intérêt clinique nouveau	Choix et disponibilité des produits de santé, posologies, contre-indications et interactions principales.	Ensemble des prescriptions, renseignements de base sur le patient
Analyse niveau 2: Revue des thérapeutiques	Patient connu, situation en évolution	Choix et disponibilité des produits de santé, posologies, contre-indications et interactions principales. Adaptations posologiques, liens avec résultats biologiques, événements traceurs.	Ensemble des prescriptions, renseignements patient, données biologiques.
Analyse niveau 3: Suivi pharmaceutique	Nouvelle admission d'un patient, évolution en cours et issues non établies	Choix et disponibilité des produits de santé, posologies, contre-indications et interactions principales. Adaptations posologiques, liens avec résultats biologiques, événements traceurs. Respect des objectifs thérapeutiques, monitorage thérapeutique, observance. Liens avec conciliation, conseil et éducation thérapeutique.	Ensemble des prescriptions, renseignements et dossier patient, données biologiques, historique médicamenteux, objectifs thérapeutiques.

Figure 10 : Les niveaux d'analyse pharmaceutique selon les Recommandations de Bonnes Pratiques de Pharmacie Clinique (SFPC) (66)

Pour l'ensemble des patients, elle recommande le niveau 3 (suivi pharmaceutique), mais elle s'accorde pour dire que les niveaux inférieurs peuvent être requis pour des patients déjà connus et dont un suivi complet n'est pas nécessaire.

- **Analyse clinique :**

Le pharmacien évalue l'ensemble de la prescription qu'il met en parallèle avec les informations cliniques du patient pour s'assurer que tout est cohérent. Ceci suppose une connaissance suffisante du patient. Peut-on valider une prescription sans connaître le patient ? Cela semble impossible, car le pharmacien a besoin d'informations concrètes à son sujet. De plus, ses croyances, ses représentations, son état physiopathologique, son niveau socio-culturel sont à prendre en compte pour optimiser sa prise en charge. On s'apparente donc au concept de « soins pharmaceutiques ».

Les conséquences directes découlant de ces analyses sont :

- La délivrance des traitements prescrits,
- Le refus de délivrance de certains ou de tous les traitements prescrits.

En cas de problème médicamenteux détecté, le pharmacien peut émettre un avis, sous la forme d'une intervention pharmaceutique (IP) à l'intention du médecin prescripteur. Elle se définit par « toute proposition de modification de la prescription médicamenteuse initiée par le pharmacien » (67). Qu'elle soit acceptée ou refusée par le médecin prescripteur, elle doit être tracée dans le dossier médical du patient.

En 2011, Morice et al ont réalisé une revue de la littérature sur l'analyse de prescription et les IP générées dans les hôpitaux français entre 1995 et 2008 (68). Selon les études, le taux d'IP variait entre 1 et 36,7% et leur taux d'acceptation était entre 39 et 100%. Ils en ont conclu que la présence du pharmacien en service de soin augmentait le taux d'IP mais également leurs acceptations par les prescripteurs. En effet, l'accès aux données biologiques et cliniques des patients augmentait la pertinence des IP faites par les pharmaciens.

Un outil d'aide au recueil des IP a été créé en 2003 par la SFPC par le groupe de travail « standardisation et valorisation des activités de pharmacie clinique ». Il a été élaboré une fiche d'intervention pharmaceutique disponible sur la plateforme informatique Act-IP, qui permet la codification des IP (**Figure 10**). La traçabilité des IP relève de la démarche qualité et permet de valoriser le métier de pharmacien auprès des instances locales et nationales.

Grâce à cette codification, une analyse a pu être faite sur les 34 522 IP provenant d'Act-IP entre 2006 et 2009 (69). Les principaux problèmes médicamenteux signalés étaient des surdosages (20,6%), des voies ou administrations inappropriées (20,1%) et des non-conformités aux référentiels ou des contre-indications (17,6%). Les pharmaciens ont proposé des adaptations posologiques (24,5%), des arrêts de traitements (20,0%) et des substitutions (19,0%). Le taux d'acceptation des IP était de 67,8%.

FICHE D'INTERVENTION PHARMACEUTIQUE

📅 DATE : / / 📁 N° FICHE :

🏥 N° CENTRE :

IDENTITE PATIENT :

Nom :

Prénom :

Age : ans / Poids : Kg

Sexe : M F

1- PROBLEME (1 choix) :

- 1 Non conformité aux référentiels / contre-indication
- 2 Indication non traitée
- 3 Sous-dosage
- 4 Surdosage
- 5 Médicament non indiqué
- 6 Interaction
 - A prendre en compte
 - Précaution d'emploi
 - Association déconseillée
 - Association contre-indiquée
 - Publiée (= hors GTIAM de l'AFSSAPS)
- 7 Effet indésirable
- 8 Voie/administration inappropriée
- 9 Traitement non reçu
- 10 Monitoring à suivre

2- INTERVENTION (1 choix) :

- 1 Ajout (prescription nouvelle)
- 2 Arrêt
- 3 Substitution/Echange
- 4 Choix de la voie d'administration
- 5 Suivi thérapeutique
- 6 Optimisation modalités d'administration
- 7 Adaptation posologique

SERVICE D'HOSPITALISATION :

- Psychiatrie
- Séjour Court (MCO)
- Séjour Long
- Soins de Suite et Réadaptation

DCI MEDICAMENT :

3- FAMILLE MEDICAMENT (ATC) :

- A Voie digestives /Métabolisme
- B Sang /Organes hématopoïétiques
- C Système cardiovasculaire
- D Médicaments dermatologiques
- G Système génito-urinaire/Hormones Sex.
- H Hormones systémiques
- J Anti-infectieux systémiques
- L Antinéoplasiques/Immunomodulateurs
- M Muscle et squelette
- N Système nerveux
- P Antiparasitaires, insecticides
- R Système respiratoire
- S Organes sensoriels
- V Divers

4- DEVENIR DE L'INTERVENTION :

- Acceptée
- Non acceptée
- Non renseigné

DETAILS ⇒ S'il y a lieu, préciser : Dosage, posologie, rythme d'administration des médicaments ; Eléments pertinents en relation avec le problème dépisté ; Constantes biologiques perturbées ou concentration d'un médicament dans liquides biologiques (+ normales du laboratoires) ; Décrire précisément l'intervention pharmaceutique.

Contextes

Problème

Intervention

Figure 11 : Fiche d'intervention pharmaceutique (IP) élaboré par la SFPC (70)

Si l'analyse pharmaceutique des prescriptions est l'activité pilier du pharmacien clinicien. On constate aujourd'hui le développement d'autres activités dans l'objectif d'une prise en charge pharmaceutique globale du patient.

3.2. Education thérapeutique du patient (ETP)

Entre le comportement du patient et les recommandations faites par les professionnels de santé, il existe parfois un décalage. C'est ce décalage qui est en jeu dans l'observance thérapeutique du patient. Tout non-respect de la prescription (à moins de 80%) s'apparente à de la non-observance, qui est multifactorielle et souvent difficile à évaluer (71). Ceci peut avoir de nombreuses conséquences médicales (aggravation de la pathologie, prise en charge inefficace, apparition de complications) et psychosociales. L'OMS ajoute que « l'observance insuffisante diminue la qualité de vie des patients, augmente la probabilité de développer des pharmacorésistances et provoque un gaspillage des ressources » (71).

La posture paternaliste du professionnel de santé peut être remise en question dans la notion d'observance, car celle-ci place le patient dans une certaine passivité. C'est pourquoi, la notion d'adhésion thérapeutique est souvent privilégiée. Cette dernière encourage le patient à participer activement à sa prise en charge en collaborant avec l'équipe de soins.

Dans le cadre des maladies chroniques, l'OMS estime que seulement 51% des patients hypertendus, 40-70% des patients dépressifs, 37-83% des patients séropositifs ou encore 30-70% des patients asthmatiques sont observants (72). Le taux moyen de patients observants en France serait de 40% (71).

L'OMS considère que la non-observance « empêche les systèmes de santé d'atteindre leurs objectifs » (71). En effet, la non-observance a été estimée à 9,3 milliards d'euros chaque année, ce qui montre bien que l'observance thérapeutique est un enjeu de santé publique et un impératif budgétaire (71).

La démarche d'ETP trouve toute sa place dans la lutte contre la non-observance et d'une manière plus globale contre les erreurs médicamenteuses potentiellement dangereuses. Il s'agit d'un programme éducatif reconnu et centré sur le patient (attention portée sur la personne dans son ensemble, dans le respect de ses attentes, avec une prise de décision partagée) (73). Son cadre législatif a été mis en place par la loi HPST.

C'est un travail en réseau pluridisciplinaire, ayant préalablement reçu l'autorisation de l'ARS. Etymologiquement, « éduquer » signifie « conduire hors de », en définitif, l'ETP vise à « conduire le patient à grandir et à se dépasser » (74). C'est un accompagnement du patient.

Selon un rapport d'OMS-Europe, l'ETP « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique » (75). Elle s'adresse donc aux personnes atteintes de maladies chroniques ainsi qu'à leur entourage : par exemple l'insuffisance rénale chronique, la schizophrénie, le Virus de l'Immunodéficience Humaine... afin de les aider dans leur quotidien. Elle est basée sur le volontariat des patients, il est possible également d'inclure leur entourage s'ils le souhaitent.

Constituée de différentes activités organisées, l'ETP fait partie intégrante du parcours de soins, au moment jugé le plus adéquat pour le patient. L'éducation est un processus d'apprentissage actif qui a pour finalité l'acquisition et la mobilisation de compétences d'auto soins et d'adaptation. L'ETP ne se résume pas à la délivrance d'une simple information, même de qualité : des méta-analyses sur l'asthme, la polyarthrite rhumatoïde ou la prise d'AVK ont montré que l'information seule n'est pas suffisante pour aider les patients à gérer leur maladie au quotidien (76).

Tous les professionnels de santé peuvent participer à ces programmes, à la condition d'avoir bénéficié d'une formation initiale de 40 heures afin d'acquérir entre autres des techniques de communication et de pédagogie. Le fait que plusieurs professionnels collaborent ensemble apportent toute la richesse à cette activité. Chaque membre apporte sa propre compétence. Le pharmacien apporte toute son expertise sur le médicament. Il est plus particulièrement chargé d'accompagner les patients dans la compréhension, l'adhésion aux traitements prescrits, dans le respect des prises et dans le bon usage des médicaments.

En pratique, différents programmes d'ETP existent selon les pathologies chroniques visées. Ils se déroulent sous la forme de séances individuelles et/ou collectives selon les besoins. Beaucoup de programmes sont réalisés actuellement à l'hôpital car ce lieu rassemble déjà des acteurs de soin et les moyens logistiques sont plus faciles, mais la ville est aussi concernée. Un espace et un temps doivent être dédiés à cette activité.

Dans tous les cas, les programmes se composent de quatre étapes successives (75):

- Etape 1 : Elaborer un diagnostic éducatif. Cette étape permet la connaissance du patient par le soignant ainsi que l'identification de ses besoins, représentations, attentes et de sa réceptivité au programme.
- Etape 2 : Définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage. Pour y parvenir, le patient formule les compétences qu'il souhaite obtenir à la vue de son projet thérapeutique.
- Etape 3 : Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP.
- Etape 4 : Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme. Cette étape permet de faire le point sur les acquis et sur ce qui reste éventuellement à acquérir.

L'impact bénéfique de l'ETP sur la prise en charge des patients a été démontré au moyen d'évaluations de compétences acquises par les patients.

Dans la prévention et correction des EM, une autre activité de pharmacie clinique, émerge depuis quelques années en France : la Conciliation des Traitements Médicamenteux.

3.3. Conciliation des traitements médicamenteux (CTM)

Pour la HAS, la CTM, appelée couramment la conciliation médicamenteuse est « un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes des médicaments du patient entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts » (62). Elle permet donc d'établir une liste exhaustive des traitements médicamenteux pris par le patient. Le patient est un acteur à part entière dans ce processus puisqu'il est sollicité afin d'apporter les informations nécessaires sur ses médicaments réellement pris.

Son objectif majeur est de prévenir ou de corriger les EM en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes entre la ville et l'hôpital (62).

Activité lancée en 2006 par le projet international High'5s et son expérimentation Medication Reconciliation (Med'Rec), la CTM a pour objectif majeur de sécuriser la prise en charge thérapeutique des patients. Huit pays ont participé au projet avec comme objectif commun de sécuriser la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins. Les patients éligibles à la démarche étaient ceux âgés de 65 ans et plus, hospitalisés dans un service de court séjour après passage par les urgences (77). Des facteurs de risque iatrogène ont été identifiés : l'âge, le nombre de médicament pris à domicile, l'hospitalisation prévue ou non, le mode de vie à domicile (aide à domicile, institution) (62).

Les points de transition du parcours de soins sont des étapes à risque majeur d'iatrogénie médicamenteuse, c'est la raison pour laquelle la CTM a toute sa place pour une meilleure communication à l'interface « Ville-Hôpital ». Elle peut s'effectuer à l'admission du patient en service de soins et/ou à sa sortie.

Basée sur la coordination pluriprofessionnelle, la CTM constitue une étape essentielle dans la prise en charge médicamenteuse des patients, intégrée au continuum des activités de pharmacie clinique. Elle peut être considérée comme l'étape support avant de réaliser les autres activités cliniques (analyse de prescription et ETP).

La CTM se compose de quatre étapes successives (62):

- **La recherche active d'informations sur les produits de santé du patient**, qu'ils soient prescrits ou non (y compris l'automédication, les thérapeutiques alternatives complémentaires...):

Plusieurs sources d'informations peuvent être sollicitées : l'entretien direct avec le patient (ou avec ses proches), le contact téléphonique avec ses professionnels de santé de ville ou d'autres établissements de santé le cas échéant, le dossier pharmaceutique (DP), le dossier médical informatisé (DMI), les médicaments et les prescriptions apportés, les courriers de liaison, les comptes-rendus d'hospitalisation ou de consultation... Deux études ont comparé ces différentes sources et ont conclu que les plus contributives étaient le courrier de liaison de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), le DP, la prescription, le pharmacien d'officine et le médecin traitant (78,79).

Le problème de non-observance est également à évaluer afin d'établir la liste des médicaments réellement pris par le patient.

- **La réalisation d'un Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO) :**

Il s'agit de la formalisation de la liste des médicaments pris par le patient sous la forme d'un tableau récapitulatif avec le nom, le dosage, la posologie, la forme galénique, la voie d'administration de chacun d'entre eux.

Il est recommandé de croiser au moins trois sources d'informations distinctes pour être le plus pertinent possible. En effet, aucune source n'est à elle seule exhaustive.

- **La comparaison du BMO à la prescription hospitalière :**

A cette étape de comparaison, le BMO et la prescription hospitalière sont mis face à face. Chaque ligne de prescription est comparée et un statut lui est ensuite attribué : médicament poursuivi, arrêté, ajouté ou substitué. Dès le moment où une ligne diffère entre les deux, une divergence apparaît. Il s'agit d'un écart entre le BMO et la prescription hospitalière qui n'est pas mentionné dans le dossier du patient.

Ce BMO est ensuite validé par le pharmacien ou à défaut par un interne en pharmacie. Une analyse pharmaceutique est systématiquement effectuée dans le processus de CTM. D'éventuelles IP peuvent être générées.

- **L'actualisation de la prescription hospitalière et du dossier patient :**

Après discussion avec le médecin prescripteur, deux types de divergences sont à distinguer :

- Divergence intentionnelle (DI) : une modification volontaire du traitement dont les justifications sont documentées ou non.
- Divergence non intentionnelle (DNI) : une modification involontaire du traitement, qui s'apparente à une EM, susceptible de générer un événement indésirable chez le patient.

Les DI identifiées non documentées devraient faire l'objet d'une traçabilité dans le dossier patient. Quant aux DNI, elles devraient logiquement conduire à une correction de la prescription hospitalière.

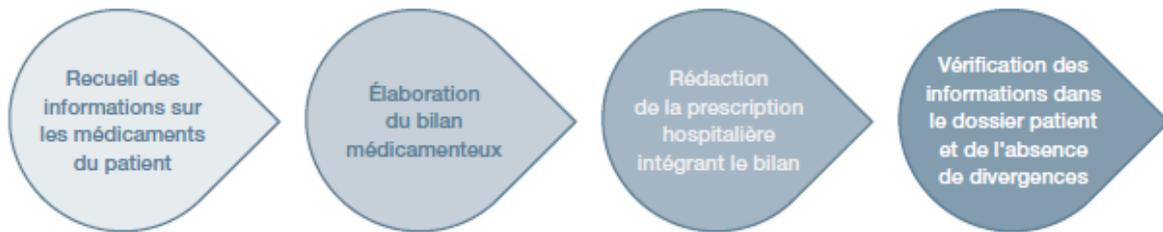


Figure 12 : Résumé des étapes de la CTM selon la HAS
 (CTM = *Conciliation des Traitements Médicamenteux*) (80)

Une méta-analyse de trente études a été faite en 2016 sur la CTM d'admission en France et à l'étranger. Il en ressort que le nombre de patients victimes d'au moins une EM à l'admission variait entre 8% et 97% (81). La CTM d'admission a permis de révéler et de solutionner ces EM. Son intérêt clinique n'est donc plus à démontrer. Quant à son intérêt économique, il existe par la diminution des coûts associés à l'iatrogénie.

Néanmoins, l'étape de recherche des informations sur les médicaments du patient nécessite un temps important (selon la situation/le nombre de sources utilisées). L'ensemble du processus de conciliation est chronophage : il peut nécessiter jusqu'à 66 minutes (77). Il peut donc être complexe à mettre en œuvre lorsque les ressources humaines sont rares. En compensation, la CTM priorise donc son activité sur les patients considérés comme le plus à risque iatrogène. Des limites apparaissent donc avec le processus complet de conciliation (limite de temps et limite sur le nombre de patients).

Il est également admis qu'au cours du processus de CTM, les patients représentent une source prioritaire d'informations médicamenteuses (77). C'est la raison pour laquelle, nous nous sommes focalisés pour la fin de cette partie bibliographique sur les entretiens pharmaceutiques.

Ces entretiens pharmaceutiques constitueront aussi la partie expérimentale de la thèse.

4. Focus sur les entretiens pharmaceutiques

Les activités de pharmacie clinique vues précédemment sont bien accueillies du côté des prescripteurs puisque selon une étude de 2016, 87% apprécient l'apport des compétences pharmaceutiques et 91% jugent pertinentes les informations transmises par les pharmaciens (82).

Au cœur de toutes ces activités cliniques, on retrouve les patients. Dans le contexte d'iatrogénie médicamenteuse, les entretiens pharmaceutiques avec les patients (ou leur entourage) constituent un moyen important pour sécuriser leur prise en charge médicamenteuse.

4.1. Méthodes pour conduire un entretien patient

Longtemps basé sur le modèle paternaliste, les entretiens avec les patients ont depuis évolués afin de rendre les patients acteurs de leur santé (10). Ils participent désormais aux décisions prises dans l'amélioration de leur santé. Il faut les considérer comme des partenaires pendant l'entretien.

Pour faire adhérer les patients au processus d'entretien, il faut s'intéresser à leur motivation. Selon Larousse, il s'agit de l'ensemble « des raisons, intérêts, éléments qui poussent quelqu'un dans son action » (83). Ces raisons peuvent être expliquées à la fois par des facteurs internes à l'individu et des facteurs externes (environnement), elles ont conduit à l'émergence de l'entretien motivationnel développé par deux psychologues dans les années 1980 (William R. Miller et Stephen Rollnick), comme nouvelle méthode de communication centrée sur les patients (84). Ce style d'entretien a d'abord été utilisé dans la lutte des addictions (alcoolisme), puis s'est généralisé à toutes les situations où un changement était nécessaire pour la santé du patient (85).

Trois valeurs interdépendantes résument cette méthode de communication :

- La collaboration entre les acteurs, où un partenariat est recherché.
- L'évocation du changement auprès du patient, afin d'encourager sa motivation, sans vouloir lui imposer son point de vue.
- Le respect de l'autonomie du patient, car celui-ci est libre de ses choix.

Selon la HAS : « L'entretien motivationnel est une façon d'être avec nos patients, particulièrement utile en médecine générale lorsqu'on veut aborder un changement de comportement influençant la santé (tabac, alcool, exercice physique, alimentation, prise de médicaments...). Il se base sur l'hypothèse que la plupart des patients qui arrivent en consultation ne sont pas nécessairement prêts à changer » (86). Il est basé sur l'empathie et l'écoute active des professionnels de santé vis-à-vis des patients. Ce type d'entretiens constitue un outil intéressant pour dialoguer avec les patients. Une formation des professionnels de santé est nécessaire car ces compétences ne sont pas innées.

Dans ces entretiens motivationnels, l'acronyme « OuVER » est à prendre en compte (85) :

- Ou pour questions Ouvertes, qui nécessitent des réponses plus élaborées que « oui » ou « non ». Elles commencent par exemple par « Comment... ? Qu'est-ce-que... ? De quelle manière... ? ... Elles encouragent la communication pendant l'entretien, puisqu'elles poussent le patient à développer ses idées. Il est recommandé de ne pas poser plus de trois questions ouvertes successivement.
- V pour Valorisation au travers d'interventions positives à l'égard des patients. L'intervenant reconnaît, soutient et encourage le patient dans ses efforts. Elle renforce l'estime de soi et augmente la confiance dans le changement.
- E pour Ecoute réflexive : l'intervenant écoute le discours du patient, le comprend et en retour, lui indique ce qu'il a compris de son discours. Il s'agit de la notion de feedback en communication. Ceci peut passer par la répétition des propos ou la reformulation. Elle permet de diriger l'entretien. Par ce biais, l'intervenant s'assure de sa bonne compréhension.
- R pour Résumé des propos énoncés, avant de conclure l'entretien ou de changer de sujet de communication.

Toutes ces techniques de communication combinées doivent encourager l'expression du patient. Ainsi, le temps de parole de chaque protagoniste doit être égal et même en faveur du patient.

Déjà utilisées dans l'ETP, il serait intéressant de reprendre quelques-unes de ces techniques pour mener à bien un entretien pharmaceutique d'admission (EPA).

L'HAS reprend que l'entretien motivationnel est « à la fois un esprit et une pratique de l'entretien, qui augmente, de façon bien démontrée, l'efficacité des pratiques de conseil, quelle que soit la nature du changement à opérer : modification d'une consommation, d'une prise de risque, observance thérapeutique... » (86).

De plus, une approche dite Calgary-Cambridge (CC) a été mise au point afin de structurer l'entrevue médicale (87). Certaines techniques de communication y sont reprises en plus d'une trame globale à suivre lors de ces entretiens (**Figure 13**). Dans le cadre des entretiens pharmaceutiques, l'étape de l'examen physique du patient n'est pas à prendre en compte, puisqu'elle relève de compétences médicales. A l'exception de quelques éléments spécifiques de la pratique médicale, cette approche CC semble néanmoins tout à fait adaptée pour reconstituer l'anamnèse médicamenteuse des patients à leur admission en service de soins.

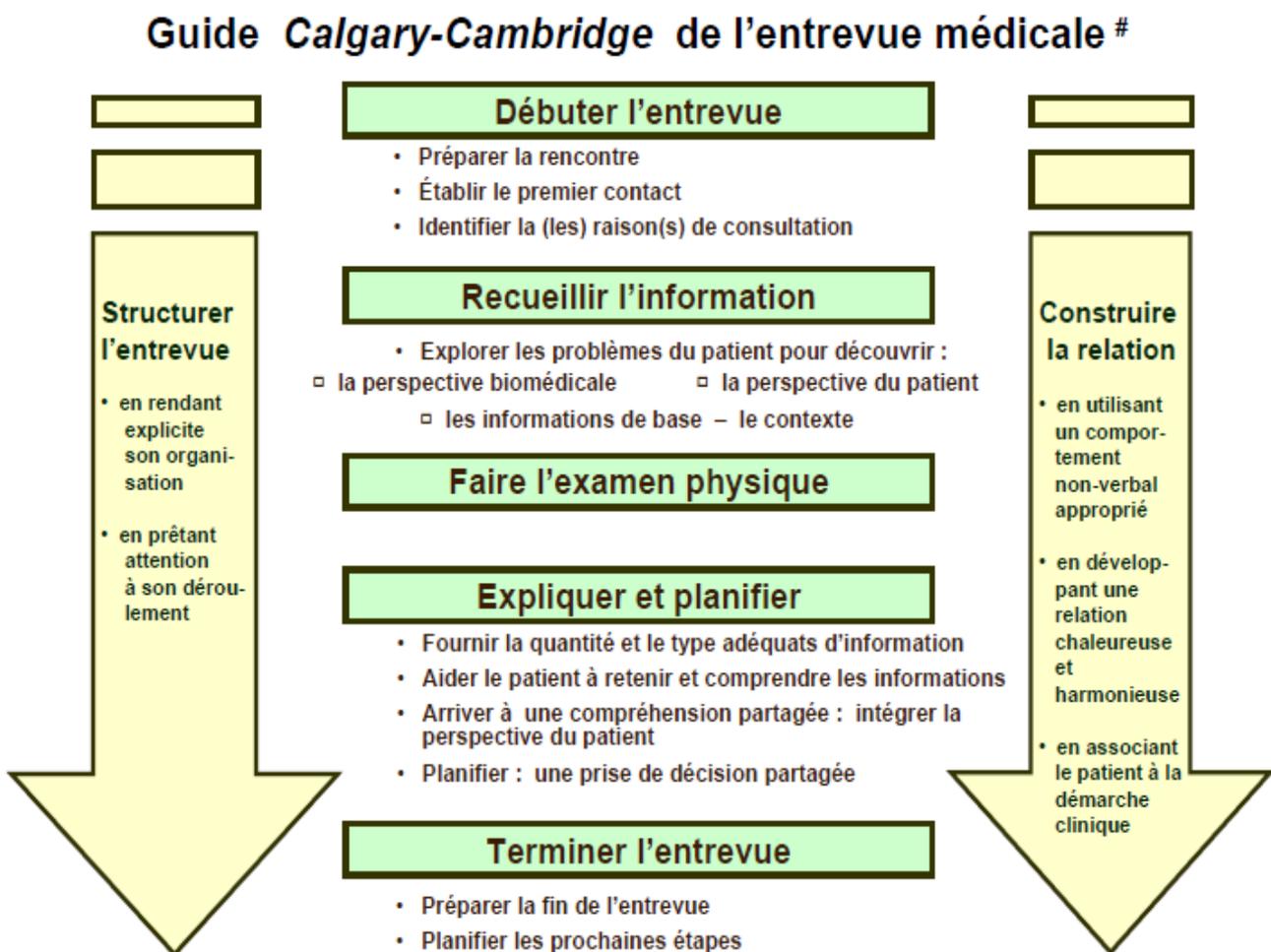


Figure 13 : Les étapes de l'entrevue médicale sur l'approche Calgary-Cambridge (87)

Cette approche permet de structurer l'entretien, tout en soulignant que la relation avec le patient est dynamique et se construit tout au long de l'entretien. En effet, le patient s'implique de plus en plus dans sa prise en charge médicamenteuse. Son ressenti est également à prendre en compte pour établir une relation de confiance.

Maintenant que les techniques de communication et une structuration possible des entretiens ont été posées, voyons les entretiens pharmaceutiques déjà réalisés.

4.2. Les entretiens pharmaceutiques dans la littérature

L'exercice pharmaceutique s'est éloigné de la simple délivrance de médicament pour se recentrer sur les patients et l'optimisation de leur prise en charge thérapeutique. Des compétences communicationnelles sont requises pour ces entretiens. Nous allons voir différents exemples concrets d'entretiens-patients à l'étranger tout d'abord puis en France.

4.2.1. A l'étranger

Pour rappel, le concept de « soins pharmaceutiques » venu d'Amérique du Nord désigne une prise en charge pharmaceutique globale du patient. Il s'agit d'une pratique de la pharmacie centrée sur le patient et s'articulant autour de rencontres successives du pharmacien avec le patient (entretiens pharmaceutiques). En plus de renforcer la relation de confiance entre eux, ces rencontres permettent au pharmacien de recueillir les informations essentielles auprès du patient et de s'y appuyer pour résoudre les problèmes liés aux médicaments (PLM) réels et/ou potentiels auxquels le patient a été confronté.

Parmi ces PLM, on retrouve principalement les catégories suivantes :

- PLM 1 : il a besoin d'une pharmacothérapie, mais ne la reçoit pas ;
- PLM 2 : il prend ou reçoit un médicament autre que celui qu'il lui faut ;
- PLM 3 : il prend ou reçoit le médicament correct, mais à une dose trop faible ;
- PLM 4 : il prend ou reçoit le médicament correct, mais à une dose trop forte ;
- PLM 5 : il présente une réaction médicamenteuse indésirable ;

- PLM 6 : il subit une interaction entre un médicament et un autre médicament, une réaction adverse avec une pathologie, un aliment ou un test biologique ;
- PLM 7 : il ne prend pas ou ne reçoit pas le médicament prescrit ;
- PLM 8 : il prend ou reçoit un médicament sans indication médicale validée.

Il semble donc que les patients soient les seuls en mesure de fournir ces informations.

Ces soins pharmaceutiques sont promulgués au niveau mondial par l’OMS et la Fédération Internationale Pharmaceutique (FIP), ils « consistent à fournir de manière responsable des médicaments dans le but d’obtenir des résultats précis qui améliorent la qualité de vie du patient » (88). La responsabilité du pharmacien est ainsi clairement énoncée.

Au niveau de l’organisation, ce processus est constitué par différentes étapes successives (**Figure 14**), reposant sur une bonne communication adéquate avec le patient et l’ensemble des professionnels de santé et sur la traçabilité dans le dossier-patient. Ensemble, un plan de soins est élaboré, adapté aux attentes spécifiques du patient. Le patient devient donc acteur de sa prise en charge médicamenteuse.

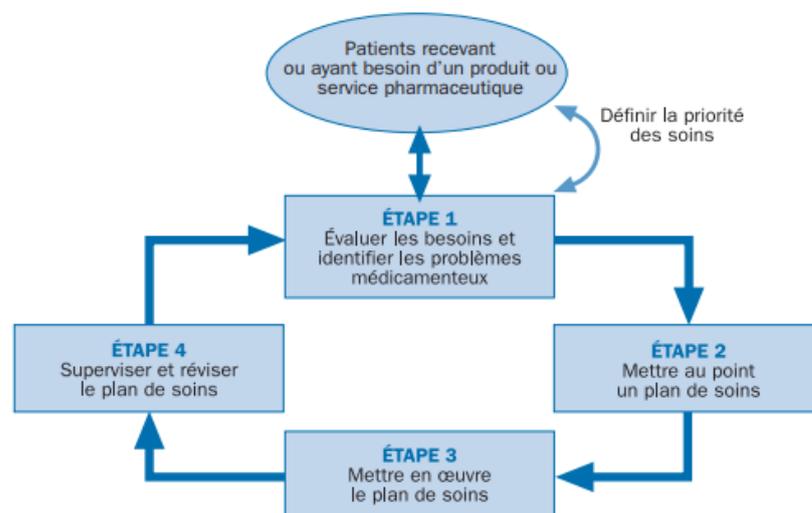


Figure 14 : Les différentes étapes du processus de soins pharmaceutiques (88)

Plusieurs pays ont mis en place ces soins pharmaceutiques dans leurs systèmes de santé, en prenant en compte leurs spécificités respectives, dont voici des exemples :

- **Au Québec :**

Dès les années 1990, l'Ordre des Pharmaciens québécois a mis en place les soins pharmaceutiques. Pour Hepler, les buts recherchés par la pharmacie clinique et les « soins pharmaceutiques » sont les mêmes : sécuriser la prise en charge des patients et assurer une qualité des soins (89). Ces soins englobent la consultation pharmaceutique, qui est l'entretien à proprement parlé avec le patient (avec toute la communication qui est nécessaire) (90). Sur rendez-vous, ces consultations permettent de réaliser un suivi adapté et régulier au patient.

- **En Belgique :**

Des projets pilotes débutent en 2008 dans les établissements de santé belges. Il s'agit de la mise en place d'un suivi pharmaceutique du patient « de l'admission à la sortie », en constituant notamment à l'admission « un document d'anamnèse pharmaceutique » (91). Ce dernier comprend l'historique médicamenteux, l'analyse de la médication par rapport à la raison d'hospitalisation, l'analyse de la thérapie médicamenteuse déjà entamée, la détection d'effets indésirables... En conclusion, les autorités ont reconnu ce suivi et promulguent le rôle du pharmacien hospitalier au moyen de lois et de projets.

Ces exemples nous montrent que les pharmaciens sont de plus en plus présents dans les services de soins en contact direct avec les patients.

Des entretiens-patients sont donc réalisés dans ce processus de « soins pharmaceutiques ».

4.2.2. En France

Les activités de pharmacie clinique se développent pleinement en France comme on l'a vu précédemment (analyse pharmaceutique, ETP, CTM). De plus, certains entretiens pharmaceutiques sont déjà menés à l'officine et à l'hôpital.

- **Entretiens pharmaceutiques à l'officine**

La loi HPST a élargi et valorisé les compétences du pharmacien d'officine, en l'octroyant de nouvelles missions de santé publique (10). Il devient donc un acteur à part entière dans le système de soins et dans l'accompagnement des patients.

La Convention nationale pharmaceutique du 4 avril 2012 reconnaît officiellement les entretiens pharmaceutiques. Cependant, il faudra attendre l'avenant n°1 (28 juin 2013) pour qu'ils se mettent réellement en place. Ces entretiens constituent « l'un des principaux moyens permettant aux pharmaciens d'assurer la prise en charge personnalisée et optimale du patient ». Ils permettent ainsi d'accompagner les patients chroniques de manière individuelle et de prévenir les risques iatrogènes.

« L'entretien doit notamment permettre :

- De renforcer les rôles de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien auprès des patients ;
- De valoriser l'expertise du pharmacien sur le médicament ;
- D'évaluer la connaissance par le patient de son traitement, de rechercher l'adhésion thérapeutique du patient et l'aider à s'approprier son traitement ;
- D'évaluer, à terme, l'appropriation par le patient de son traitement » (92).

Ces entretiens pointent un devoir d'information vis-à-vis du patient sur les traitements médicamenteux et leur bon usage, mais aussi un devoir de confidentialité. Pour mener un exercice professionnel de qualité, les pharmaciens doivent également se former et actualiser régulièrement leurs connaissances. Le patient est libre de participer à ces entretiens.

Néanmoins, ces entretiens rémunérés sont limités à certaines situations. Actuellement, seuls « les patients chroniques sous anticoagulants oraux » (AVK et anticoagulants oraux directs) et « les patients asthmatiques » peuvent bénéficier de ces entretiens. Ces catégories de patients sont considérées à fort risque iatrogène. Pour accompagner ces entretiens, des fiches supports ont été mises en place. On peut envisager à plus long terme, un élargissement de ces entretiens pharmaceutiques à d'autres types de prise en charge.

La rémunération forfaitaire est à hauteur de 40 euros par patient la première année, puis 30 euros les années suivantes. Par ce biais, les pharmaciens d'officine acquièrent de nouveaux modes de rémunérations, moins axés sur les boîtes de médicaments, ce qui valorise le métier.

Plus récemment (décret n°2011-375 du 5 avril 2011), les pharmaciens d'officine ont la possibilité de proposer au patient un bilan partagé de médication dans le cadre du protocole de soins afin d'évaluer « l'observance et la tolérance du traitement ainsi que tous les éléments prévus avec le médecin pour le suivi du protocole » (93). Ceci est réaffirmé dans l'arrêté du

28 novembre 2016 relatif aux Bonnes Pratiques de Dispensation des médicaments, qui permet aux pharmaciens d'officine de « proposer un rendez-vous pour une dispensation particulière ou un bilan de médication » (94). Néanmoins, il faudra attendre 2017 avec les avenants n°11 et 12 de la Convention pharmaceutique pour que leurs aspects pratiques et financiers soient abordés.

Les patients éligibles sont ceux âgés de 65 ans et plus en Affection Longue Durée ou ceux âgés de 75 ans et plus ayant au moins 5 traitements habituels à domicile (c'est-à-dire prescrits pour une durée consécutive supérieure ou égale à 6 mois). Ces bilans peuvent être réalisés à l'officine, mais aussi au domicile du patient ou en EHPAD.

D'autres pays ont déjà mis en place des bilans de médication depuis plusieurs années : Canada, Royaume-Uni, Pays-Bas, Royaume-Uni, Royaume-Uni et Suisse (95).

Au niveau des étapes de ces bilans, il y a la première année un entretien patient pour recueillir de manière exhaustive ses traitements, puis l'analyse pharmaceutique de ces traitements afin qu'ensuite des conseils sur leurs bon usage soient prodigués (**Figure 15**). La collaboration interprofessionnelle est indispensable afin que le médecin traitant en soit informé et participe au bilan partagé de médication.

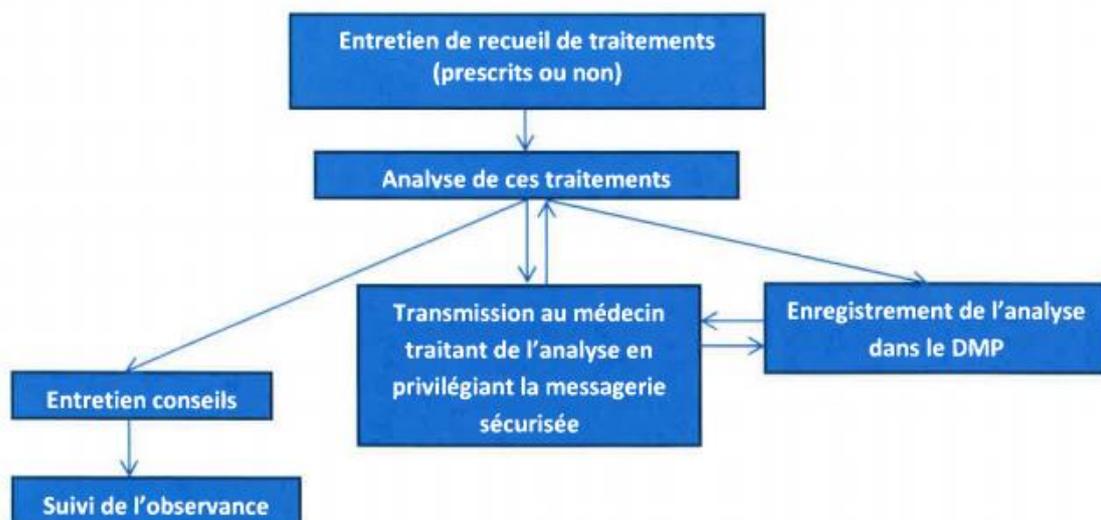


Figure 15 : Les différentes étapes au processus de Bilan Partagé de Médication selon la HAS (DMP : Dossier Médical Partagé) (96)

Les années suivantes :

- En cas de continuité des traitements prescrits, le pharmacien réalise au moins deux entretiens de suivi de l'observance.
- En cas de prescription de nouveau(x) médicament(s), il réalise une nouvelle analyse des traitements, un entretien conseils et un entretien d'observance.

Ces bilans sont rémunérés par l'Assurance Maladie à hauteur de 60 euros la première année par patient et 20-30 euros les années suivantes selon si les traitements ont changé ou non.

Une formation préalable des pharmaciens est fortement recommandée : elle regroupe une formation présentielle et un e-learning.

Ces entretiens-patients permettent une évolution significative de la pratique officinale, qui est de plus en plus tournée vers les patients. Etant un professionnel de santé de proximité, le pharmacien représente un maillon de premier recours dans notre système de santé.

A noter que la loi du 30 janvier 2007 a créé un outil professionnel qui est le Dossier Pharmaceutique (DP)(97). Sa consultation peut être intéressante pour préparer en amont l'entretien avec le patient. Ce DP recense tous les médicaments délivrés au cours des quatre derniers mois qu'ils soient prescrits ou non, après l'obtention du consentement du patient. Son objectif principal est la sécurisation de la dispensation des médicaments. Il est également depuis 2011 utilisable par les pharmaciens hospitaliers, afin d'optimiser les activités de pharmacie clinique et les échanges entre la ville et l'hôpital (98).

• **Entretiens pharmaceutiques à l'hôpital**

Les pharmaciens hospitaliers occupent également une place importante dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients : grâce notamment au déploiement des activités de pharmacie clinique dans les services de soins.

Les pharmaciens peuvent aujourd'hui participer aux visites médicales et accèdent facilement aux dossiers médicaux des patients hospitalisés. La proximité favorise donc la communication interprofessionnelle. Dans les soins intensifs, cette participation aux visites médicales permettrait de réduire le taux d'EM de 66% (99). En unité médicale, ce taux diminue de 78% grâce aux pharmaciens (100). L'impact des pharmaciens en service de soins est donc mis en évidence. De même, l'acceptation des interventions pharmaceutiques est meilleure quand il y a quotidiennement un pharmacien (101,102).

De plus, en oncologie, ils peuvent participer aux réunions de concertation pluridisciplinaires afin d'apporter des connaissances pharmaceutiques utiles à la prise en charge des patients.

Progressivement, les pharmaciens hospitaliers s'éloignent des pharmacies à usage intérieur (PUI) pour être au plus près des patients en services de soins (définition même de la pharmacie clinique). Ils sont tenus « de mener toute action de pharmacie clinique, à savoir de contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé, de concourir à la qualité des soins, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins, et en y associant le patient » (103). La collaboration interprofessionnelle et le dialogue avec le patient sont à favoriser dans l'exercice des pharmaciens hospitaliers.

En lien avec les soins pharmaceutiques, des consultations pharmaceutiques apparaissent de manière expérimentale dès les années 1990. Selon la SFPC, elles sont définies comme « un conseil donné à un patient dans le cadre de son traitement, que le patient soit hospitalisé, sortant ou ambulatoire ». « Elle doit être écrite, un commentaire verbal pouvant être utilement associé au document remis au patient » (104). Ce sont bien des entretiens pharmaceutiques avec les patients, avec la remise d'un support au patient.

En guise d'exemples, on retrouve des consultations pharmaceutiques lors de la dispensation des médicaments en services de rétrocession (105), concernant les chimiothérapie orale (106), les traitements immunosuppresseurs post greffe (107), concernant le traitement AVK etc..... Elles sont destinées à des patients ayant des prises en charges thérapeutiques particulières : médicaments avec des EI marqués, médicaments nécessitant une éducation du patient ou des médicaments suivant un plan de prise compliqué.

Avec la mise en place de la CTM d'admission, les pharmaciens (comme d'autres professionnels de santé) peuvent s'entretenir avec les patients (ou leur entourage) afin d'obtenir l'anamnèse des traitements pris par eux. A ce titre, la HAS a mis en place un guide d'entretien à l'admission en service de soins afin de structurer l'entretien et d'aborder tous les points souhaités : recueil des données par des questions ouvertes, ciblage sur les médicaments particuliers (antibiotiques, collyres, patchs, insuline, anticoagulants...)(77).

De même, la HAS propose des recommandations et des exemples de questions à poser aux patients (108) en fonction des étapes de leur prise en charge.

Par exemple, la **Figure 16** regroupe les questions types à poser pour recueillir la participation du patient à l'entretien et celles à poser sur sa prise en charge médicamenteuse. Ces questions sont en lien avec des critères provenant du manuel de certification des établissements de santé.

Étapes ou thèmes de la prise en charge	Exemples de questions	Liens avec les critères (Manuel de certification V2014)
Information du patient Consentement et participation du patient	Avez-vous été régulièrement informé sur votre maladie et son évolution, vos examens (la date prévue, et les résultats de ces examens), votre traitement ? Avez-vous toujours compris ce que l'on vous disait, avez-vous pu redemander des explications si nécessaire ? Saviez-vous à qui poser vos questions ? Vous a-t-on sollicité pour connaître votre avis, votre point de vue ? Avez-vous pu donner votre avis ? Avez-vous pu participer aux décisions qui vous concernaient ? Avez-vous été informé des complications possibles (bénéfices-risques) avant des examens dits « invasifs » ? Avez-vous eu accès pour votre information à des ressources extérieures (association de patients, d'usagers, de bénévoles, etc.) ? Souhaitiez-vous que votre entourage soit associé à votre prise en charge ? Si oui, vos proches ont-ils été informés de votre état de santé, de vos examens, de votre traitement ? Si oui, comment ont-ils été associés aux décisions concernant votre prise en charge (question pour les proches également) ? Y a-t-il eu un problème dans la réalisation de vos soins (recherche d'événement indésirable) ? Comment en avez-vous été informé ? Qu'est-ce qui vous en a été dit ?	11a
Prise en charge médicamenteuse	Concernant la prise des médicaments, y a-t-il des points particuliers que vous voudriez signaler ? Aviez-vous déjà des médicaments à prendre avant votre arrivée à l'hôpital ? Comment cela s'est-il passé ? Vous a-t-on demandé votre traitement personnel à l'entrée ? Vos ordonnances ? L'(les)avez-vous remis(ses) au personnel ? Avez-vous été informé sur les traitements médicamenteux, leurs effets, les modalités de prises, leurs effets indésirables potentiels ? Vous a-t-on informé lors de la modification de traitement ? Vous a-t-on aidé à la prise du médicament (si besoin) ?	Réf. 20

Figure 16 : Exemples de questions à poser lors de l'entretien avec le patient à son admission en établissement de santé selon la HAS (108)

Selon la SFPC, l'entretien d'admission doit être structuré et réalisé au plus tôt de l'arrivée du patient (109). Il est nécessaire au préalable pour le pharmacien d'avoir pris connaissance du dossier patient. L'entretien va permettre « le recueil des traitements prescrits, non prescrits (automédication, plantes, vitamines...), des effets indésirables, des allergies et des intolérances aux médicaments [...], le recueil aussi du comportement et des attentes du patient vis-à-vis de son traitement ». Toute information contributive pour la prise en charge du patient doit être communiquée à l'équipe médicale, afin de favoriser la collaboration interprofessionnelle.

Une évaluation de l'observance du patient doit être également réalisée pour objectiver les informations fournies par les patients. Plusieurs échelles validées sont mises à disposition : score de Morisky, score de Girerd, item de l'Echelle des activités instrumentales de la vie quotidienne de Lawton ou la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources).

Quelques études ont été menées sur les entretiens pharmaceutiques d'admission en établissements de santé seuls (c'est-à-dire sans le processus complet de conciliation médicamenteuse), dont voici des exemples :

- Selon une étude de Gizzi *et al* en 2010, les entretiens-patients ont permis de détecter une EM dans 80% des cas (110). En effet, ils ont contribué à une anamnèse médicamenteuse complète des traitements pris à domicile.
- En Suède, en 2012, ils ont permis de détecter 47% des EM (111).
- A Boston, en 2014, 30% des EM, dont la moitié avec un impact significatif ont été détectées (112). De plus, ces entretiens ont été réalisés par des étudiants en pharmacie sous la supervision de pharmacien senior.
- D'après une étude pilote française réalisée en 2017 sur différents services de soins : 27% des patients présentaient au moins une EM détectée par les entretiens pharmaceutiques seuls (113). Les patients inclus avaient 65 ans et plus et présentaient au moins quatre médicaments habituels. De plus, cette étude pilote comparait les entretiens seuls au processus complet de CTM d'admission, les résultats ont montré qu'autant d'EM à impact significatif étaient détectées et ce dans un temps plus acceptable.

Ces études justifient la mise en place des entretiens pharmaceutiques à l'admission dans la lutte des événements indésirables de type EM et dans la promotion de l'observance. Ces entretiens sont aussi le moyen d'assurer une prise en charge personnalisée et optimale du patient tant en valorisant les compétences du pharmacien.

PARTIE II : Expérimentale

La partie expérimentale sera présentée sous forme d'un article scientifique.

Mise en place et intérêt des entretiens pharmaceutiques d'admission en service de rhumatologie

Establishment and interest of pharmaceutical interviews for admission into service of rheumatology

L. Biry ^{a,b}, V. Godard ^{a,b}, C Estublier ^a, E Vignot ^a, A Fontana ^a, C Confavreux ^a, R
Chapurlat^a, A L Yailian^b, C De Bastiani^b, C. Pivot^b, A. Janoly-Dumenil^{b, c d*}

^a Service de Rhumatologie, Hôpital Edouard Herriot, 5 place d'Arsonval, 69003 Lyon, France

^b Service de pharmacie, Hôpital Edouard Herriot, 5 place d'Arsonval, 69003 Lyon, France

^c Laboratoire Parcours Santé Systémique , EA 4129 Faculté de Médecine Laënnec-Bât B
7-11 rue Guillaume Paradin. 69372 Lyon cedex 08, France

^d Université Lyon 1, Faculté de pharmacie ISPB, 8 avenue Rockefeller, 69008 Lyon, France

* Auteur correspondant. Adresse e-mail : audrey.janoly-dumenil@chu-lyon.fr

RESUME

Objectif. La conciliation des traitements médicamenteux à l'admission du patient à l'hôpital est un des moyens efficaces de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse. Néanmoins son caractère chronophage empêche de la développer pleinement. Aussi dans des situations ciblées, et comme le patient est considéré comme une source très contributive d'informations, il pourrait être intéressant de développer des entretiens patients à l'admission sans aller jusqu'à une conciliation complète. L'objectif est de décrire la mise en place d'entretiens pharmaceutiques à l'admission du patient et d'en évaluer l'intérêt.

Méthode. – Une analyse rétrospective des entretiens pharmaceutiques à l'admission conduits entre avril 2015 et juin 2017 en service de rhumatologie a été réalisée. Ces entretiens ciblaient les patients présentant au moins quatre médicaments habituels à l'admission. Les données analysées étaient : nombre d'entretiens avec au moins une information nouvelle transmise par le patient, nombre d'entretiens avec au moins une divergence non intentionnelle détectée, nombre d'entretiens ayant conduit à une modification de la prescription hospitalière.

Résultats. – Au total, 247 entretiens ont été conduits, dont 135 (55%) ont apporté des informations nouvelles concernant la prise en charge médicamenteuse du patient. Concernant les divergences non intentionnelles, 117 ont été recensées (soit 0.47 par patient). Sur les 76 entretiens présentant au moins une divergence non intentionnelle (31%), tous ont conduit à une modification de la prescription.

Conclusion. – Les entretiens ont permis de détecter un nombre important de divergences non intentionnelles, avec pour conséquence une modification de la prescription. L'absence de groupe comparateur ne permet pas de les évaluer par rapport à la conciliation. Il s'agit néanmoins d'une preuve de l'intérêt de ces entretiens.

Mots clés : Entretien pharmaceutique ; historique médicamenteux ; erreur médicamenteuse ; rhumatologie

1. Introduction

La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient est une préoccupation majeure en santé publique, comme l'attestent les décisions prises depuis plusieurs années par les autorités françaises [1–6].

Selon les Enquêtes Nationales sur les Evènements Indésirables associés aux Soins (ENEIS 1 et 2), plus de la moitié des évènements indésirables graves (EIG) liés aux médicaments seraient évitables [7]. Ainsi les erreurs médicamenteuses (EM), définies comme « un écart par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge médicamenteuse du patient » [8] représentent une part importante de l'iatrogénie médicamenteuse. Il est alors indispensable de mettre en place des moyens de prévention pour lutter contre la survenue de ces EM.

Les étapes de transition dans le parcours de soins des patients sont considérées à fort risque iatrogène : admissions dans l'établissement de soins, transferts (entre services ou centres de soins) et sorties d'hospitalisation. La principale raison est une communication insuffisante entre les différents professionnels de santé en ville et à l'hôpital [9,10]. Or, la prescription hospitalière d'admission, à l'interface même de la ville et de l'hôpital, représente une source importante d'EM [11–13]. Selon l'étude d'Hellström *et al*, 47% des prescriptions hospitalières à l'admission du patient comportent au moins une EM [14]. La sécurisation de l'interface « Ville-Hôpital » est aujourd'hui une mesure incontournable.

Le projet High 5S à l'initiative de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2006 marque le début en France de la conciliation des traitements médicamenteux (CTM), avec l'expérimentation Med'Rec [15]. La CTM (ou conciliation médicamenteuse) est une démarche qui permet de prévenir et d'intercepter les erreurs médicamenteuses. Elle a aujourd'hui largement montré son efficacité en termes de lutte contre l'iatrogénie, ainsi la certification des établissements de santé incite fortement son déploiement.

Néanmoins, le caractère chronophage du processus de CTM complet est souvent évoqué, ce qui constitue un frein à la généralisation de sa mise en place au sein des établissements. De plus, il est admis qu'au cours de la CTM, et lorsque l'entretien est possible, les patients représentent une source prioritaire d'informations médicamenteuses [15]. Dans ce sens, Cornish *et al* ont montré que des entretiens avec le patient aidaient à reconstituer l'historique médicamenteux et permettaient de détecter chez plus de la moitié des patients une ou plusieurs erreurs médicamenteuses [11].

Ainsi la mise en place d'entretiens pharmaceutiques d'admission (EPA) en service de soins et dans des situations définies pourrait être pertinente. Le dialogue avec les patients sur leurs traitements pris en ville permettrait d'optimiser la prescription hospitalière et plus globalement d'être un moyen supplémentaire de sécuriser l'interface « Ville-Hôpital ».

L'objectif de ce travail est de montrer la faisabilité et le bénéfice de la mise en place des EPA en service de rhumatologie.

2. Matériel et méthode

Population étudiée :

L'étude s'est déroulée du 01/04/2015 au 01/06/2017, en service de rhumatologie et pathologies osseuses. Ce service est constitué de 25 lits d'hospitalisation complète et de 13 lits d'hospitalisation de semaine. Les critères d'inclusions des patients dans l'étude étaient : patients présentant au moins quatre traitements habituels à l'admission (concernant la prise en charge d'une pathologie chronique) et bénéficiant d'une durée d'hospitalisation d'au-moins 48h. Les patients admis dans le service le vendredi après-midi ou le week-end pouvaient quand même bénéficier de ces entretiens le lundi suivant (si leur durée d'hospitalisation le permettait). Enfin, l'accord du médecin était sollicité à chaque fois.

Ont été exclus les patients présentant moins de quatre traitements habituels, des troubles cognitifs pour lesquels la communication rendait impossible l'entretien et les patients ne maîtrisant pas la langue française. Le consentement libre et oral du patient était requis. En tant qu'étude de faisabilité, aucun nombre minimum ou maximum d'inclusions n'était imposé.

Processus standardisé :

Les EPA ont été réalisés par des étudiants en 5^{ème} année de pharmacie hospitalo-universitaire ou des internes en pharmacie, formés au préalable, validés sur cette activité et encadrés par un pharmacien hospitalier senior. Leur présence dans le service était effective les matinées du lundi au vendredi. Les entretiens étaient réalisés en parallèle d'une analyse pharmaceutique de la prescription d'entrée réalisée par l'interne en pharmacie ou le pharmacien senior.

Méthodes :

Les étapes successives du processus d'EPA étaient :

1. Recherche des patients présentant au moins quatre médicaments habituels et bénéficiant qu'une hospitalisation d'au moins 48h, à l'aide du logiciel de prescription (CristalNet®) et du Dossier Médical Informatisé (DMI) disponible sur Easily®.
2. Vérification des autres critères d'inclusion.
3. Préparation de l'entretien, à l'aide d'une fiche de renseignement par patient à remplir (Annexe 1). Celle-ci reprenait entre autres le motif de prise en charge, les antécédents médicaux, chirurgicaux et médicamenteux, le statut socio-démographique. Le DMI, les ordonnances et/ou médicaments apportées par le patient à son admission, la prescription hospitalière, servaient de support pour renseigner la fiche. Avant toute intervention auprès du patient, l'accord du médecin était sollicité.
4. Réalisation de l'entretien à l'aide d'un guide spécifique (Annexe 2). Ce dernier abordait notamment : le nom du médecin traitant, de la pharmacie d'officine habituelle, les possibles allergies/intolérances médicamenteuses, l'autogestion du traitement. La liste des médicaments pris à domicile était ensuite complétée afin d'être la plus exhaustive possible ; elle était comparée à la prescription hospitalière d'admission. Une attention particulière était portée sur les traitements locaux (les collyres, les crèmes, les inhalateurs et les patches) et sur l'automédication. Si le patient gérait lui-même ses traitements à domicile, un questionnaire d'adhésion était effectué.
5. Retour de l'entretien à l'équipe médicale avec la transmission des informations nouvelles et des interrogations soulevées par le patient. Selon leur importance (au jugement du médecin), ces informations entraînaient ou non une modification de la prescription hospitalière.
6. Compte-rendu synthétique de l'entretien validé par le pharmacien hospitalier enregistré dans le DMI (Annexe 4).
7. Traçabilité de l'entretien sur une base de données Excel®: sexe, âge, service d'hospitalisation, date de l'entretien, apport (éventuel) d'information nouvelle et nature (médicament ou médecine alternative), modification (éventuelle) de la prescription hospitalière et type (ajout, adaptation de posologie, changement de médicament ou modification voie administration).

Analyse des résultats :

Les données ont été extraites du fichier Excel et analysées selon : le nombre total d'EPA réalisés ; le nombre total d'informations nouvelles apportées et le nombre total de DNI détectées ; le nombre d'EPA avec au moins une information nouvelle transmise par le patient ; avec au moins une divergence non intentionnelle détectée (DNI) ; avec au moins une DNI ayant conduit à une modification de la prescription hospitalière.

L'information nouvelle correspond à une donnée transmise par le patient au cours de l'entretien pharmaceutique et non connue au préalable. Celle-ci peut être une information sur les médicaments ou sur les médecines alternatives, ou sur des difficultés de prise de traitement, un défaut d'observance, un effet indésirable etc...

La DNI correspond à un écart entre la prescription hospitalière et le traitement habituel du patient, non voulue par le prescripteur, on l'apparente à une erreur médicamenteuse (EM). Elle est comptabilisée dans les informations nouvelles.

La durée des entretiens a été calculée sur un échantillon de patients inclus dans l'étude. Elle incluait la préparation en amont, la réalisation de l'entretien, l'échange avec le médecin à l'issue de l'entretien et la rédaction du compte-rendu.

3. Résultats

Description des patients de l'étude

Un total de 397 patients étaient éligibles à un EPA durant la période de l'étude. Parmi les patients éligibles, 247 ont finalement bénéficié d'un EPA (62%). Les principales raisons de non inclusion de patients éligibles étaient la non disponibilité de l'équipe pharmaceutique liée principalement à la présence uniquement le matin des étudiants en pharmacie, la non disponibilité du patient pendant son hospitalisation ou la sortie/mutation prématurée du patient, les avis médicaux parfois défavorables à la réalisation de l'entretien, le refus du patient (**Figure 17**).

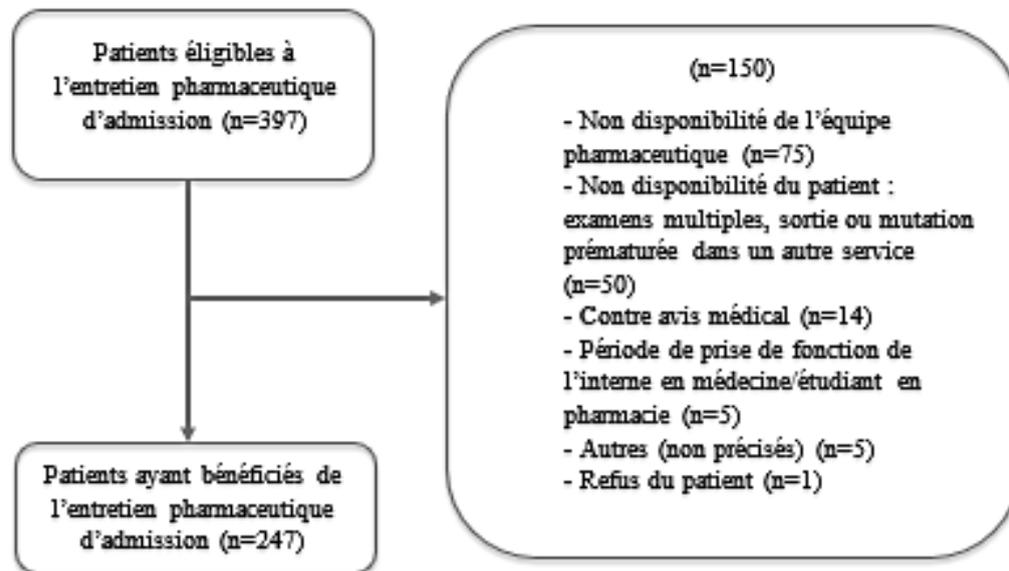


Figure 17: Patients éligibles et patients inclus dans l'étude

Les patients inclus, majoritairement des femmes (62%) présentaient un âge moyen de 65 ± 15 ans. Les patients étaient hospitalisés soit en service d'hospitalisation complète (61%), soit en service d'hospitalisation de semaine (39%). Le nombre moyen de médicaments pris à domicile par les patients avant leur hospitalisation étaient de 9 ± 4 (4 ; 20). La durée moyenne par entretien était de 33 ± 7 minutes. Elle comprenait : la préparation (11 minutes) ; l'entretien à proprement parlé (15 minutes) enfin l'échange avec le médecin, rédaction et enregistrement du compte-rendu (7 minutes).

L'évolution de 2015 à 2017 du nombre d'entretiens mensuels est présentée **Figure 18**. Les mois les moins productifs correspondent aux changements d'étudiants en pharmacie (formation lors du premier mois de la prise de fonction sans réalisation d'entretiens), ou aux périodes de congés des étudiants en pharmacie, ou aux périodes de fermeture du service d'hospitalisation de semaine.

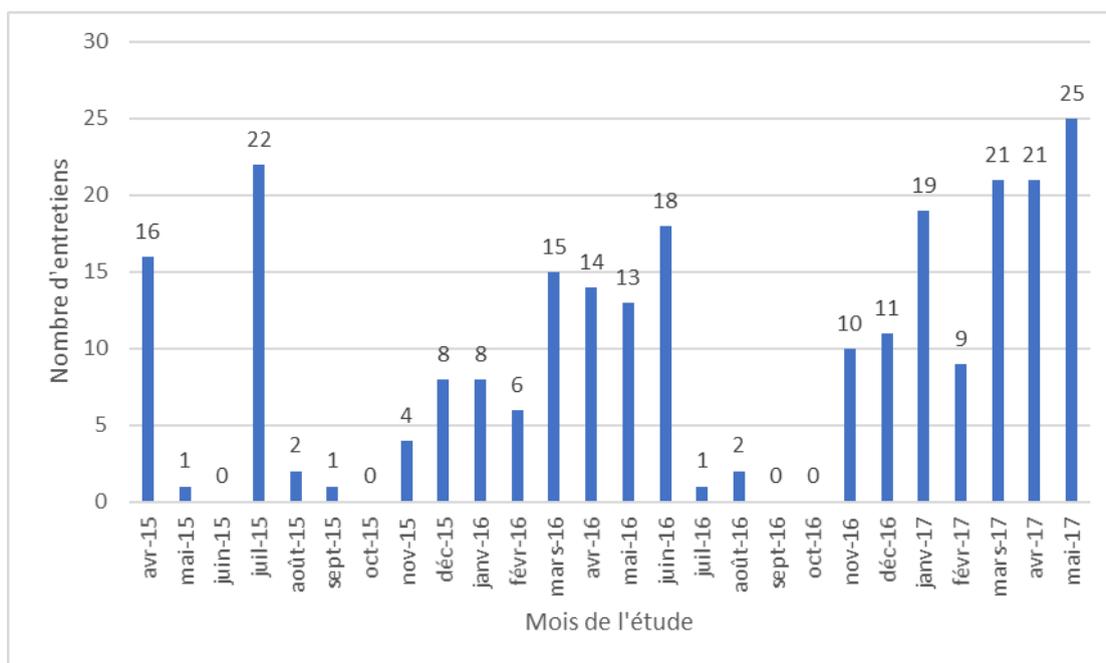


Figure 18 : Evolution du nombre d'entretiens mensuels réalisés durant la période de l'étude

Analyse du processus d'entretien pharmaceutiques à l'admission (EPA)

Parmi les 247 EPA, 135 ont été contributifs en informations nouvelles apportées par le patient, soit 55% des entretiens. Au total, 229 nouvelles informations ont été recueillies : principalement sur les traitements médicamenteux des patients (n=199) mais aussi sur les médecines alternatives (n=30). Dans médecine alternative, ont été comptabilisées la phytothérapie, l'homéopathie et l'aromathérapie. Ces thérapeutiques n'étant pas jugées indispensables lors de la prise en charge hospitalière du patient et n'étant pas référencées au livret thérapeutique, elles n'ont pas été prescrites.

Au total, 76 patients présentaient au moins une DNI, soit 31% des EPA réalisés. Chacune des DNI détectées a été transmise aux médecins prescripteurs. Toutes les DNI identifiées ont engendré une modification de la prescription hospitalière (**Tableau 6**).

	Nombre
<i>Nombre total d'entretiens pharmaceutiques d'admission (EPA)</i>	247
<i>Nombre d'EPA avec au moins une information nouvelle transmise par le patient</i>	135 (55%)
<i>Nombre total d'informations nouvelles</i>	229
Concernant un médicament	199
Concernant une médecine alternative	30
<i>Nombre d'EPA avec au moins une DNI</i>	76 (31%)
<i>Nombre d'EPA ayant conduit à une modification de la prescription hospitalière</i>	76 (31%)
<i>Nombre total de DNI</i>	117
<i>Nombre de DNI / patient</i>	0,47

Tableau 6 : Caractéristiques des entretiens pharmaceutiques d'admission (EPA) réalisés

Description des DNI détectées

La distribution des DNI met en évidence une part importante des médicaments du système nerveux (24%) et des voies digestives et métabolisme (18%), suivis ensuite du système cardiovasculaire (13%) (**Figure 19**).

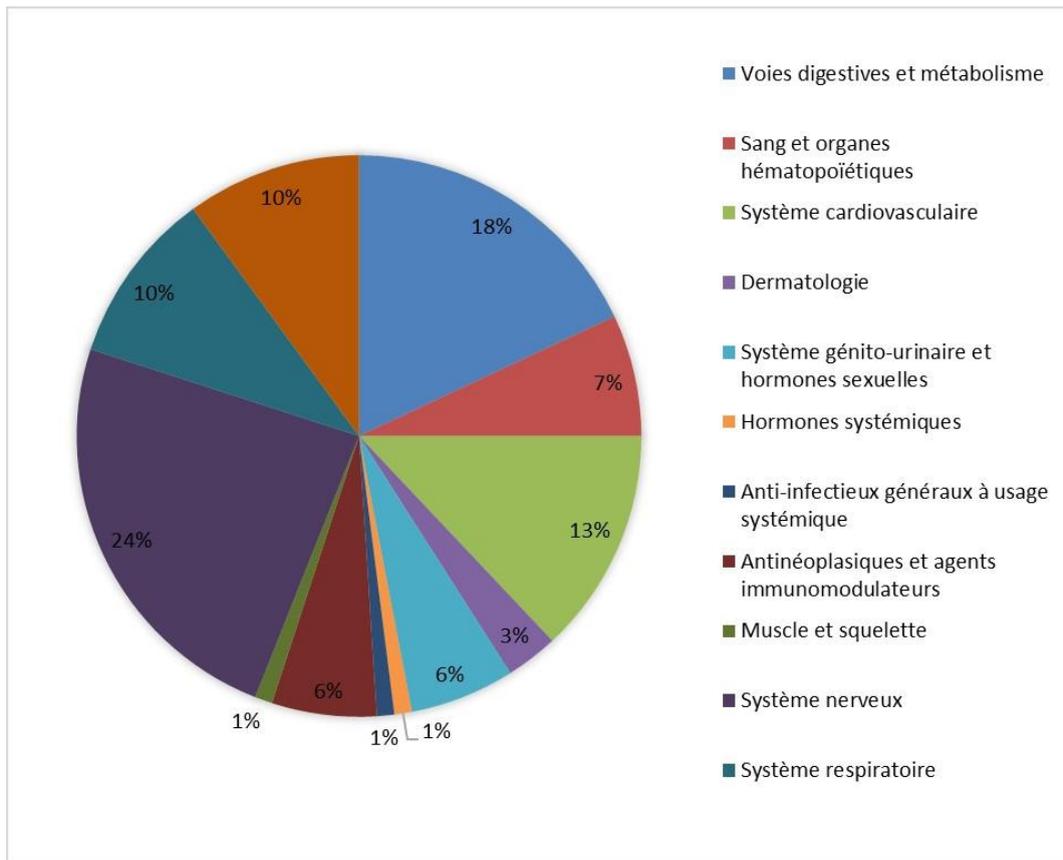


Figure 19 : Répartition des divergences non intentionnelles (DNI) selon la classe anatomique, thérapeutique et chimique

Les 76 DNI détectées ont conduit à des changements de prescription : ce sont principalement des ajouts sur la prescription en miroir d'un problème d'omission de médicament (**Tableau 7**).

Typologie des DNI	Nombre (%)	Exemples de médicaments concernés
<i>Omission de médicament</i>	75 (64%)	LEVOTHYROX (lévothyroxine) – VENTOLINE (salbutamol) – Méthotrexate
<i>Ajout de médicament</i>	21 (18%)	EUPANTOL (pantoprazole) – VASTEN (pravastatine)
<i>Erreur de posologie</i>	18 (15%)	Bisoprolol surdosé -Venlafaxine surdosé
<i>Erreur de voie d'administration</i>	2 (2%)	Méthotrexate à 2 reprises (forme injectable au lieu de per os)
<i>Erreur de médicament</i>	1 (1%)	Rosuvastatine au lieu d'atorvastatine

Tableau 7 : Typologie des divergences non intentionnelles (DNI)

4. Discussion

Notre étude montre la faisabilité et l'intérêt des entretiens pharmaceutiques d'admission en services de rhumatologie : d'une part le nombre d'entretiens mensuels réalisés sur la période de l'étude est important et se maintient voire augmente au cours du temps (cf figure 18), signant une bonne implémentation de l'activité ; d'autre part la détection importante de DNI ou EM montre l'impact positif de l'entretien avec le patient sur sa prise en charge médicamenteuse. En effet, près d'un tiers des patients présentent au moins une DNI (31% des patients).

L'expérimentation Med'Rec consistait en un processus complet de CTM. Les patients éligibles à la démarche étaient ceux âgés de 65 ans et plus, hospitalisés dans un service de court séjour après passage par les urgences. Elle rapporte entre 0.4 et 2.7 DNI par patient [15]. Dans notre étude, avec des entretiens non intégrés à une CTM complète, 0,47 DNI par patient sont détectées. La comparaison reste néanmoins délicate, car les critères d'éligibilité ne sont pas les mêmes et en conséquence les caractéristiques des patients inclus diffèrent : âge (plus jeunes dans notre étude), modalités d'admission (peu d'hospitalisation via les urgences dans notre étude), et nombre de médicaments habituels (7 en moyenne dans le rapport Med'Rec versus 9 dans notre étude).

Concernant plus spécifiquement la prise en charge de patients en service de rhumatologie, de précédentes études ont rapporté que la CTM à l'admission permettait de détecter entre 0.4 et 1.20 DNI par patient [16–19]. Les résultats de la présente étude issus d'entretiens à l'admission sont donc dans l'intervalle de ceux retrouvés avec un processus complet de CTM.

Concernant les entretiens d'admission, il existe assez peu d'études publiées, comparativement à la CTM. Néanmoins, quelques études se sont intéressées à l'impact des EPA. En 2005, Cornish *et al* ont rapporté que les entretiens permettaient de détecter une ou plusieurs EM chez 53,6% des patients [11]. Plus récemment, une étude conduite aux Etats-Unis (Boston) rapporte 30% d'EM détectées grâce aux entretiens [20] et un travail en Suède 47% d'EM détectées [14]. Ces résultats sont proches des 31% trouvés dans notre étude.

Concernant la durée du processus: une CTM complète varie de 26 à 66 minutes [15], notre étude révèle une durée diminuée de moitié (33 minutes) pour l'EPA.

En comparant à la CTM de l'expérimentation Med'Rec, nous n'avons pas de limite inférieure d'âge ni de sélection selon les modalités d'hospitalisation (via les urgences), les patients devaient par contre présenter au minimum quatre traitements habituels à l'admission dans le service. Ce critère a été choisi car le nombre de médicament pris à domicile constitue

un facteur de risque iatrogène identifié. Une étude de 2010 montre que le nombre de médicaments est significativement associé au taux d'EM [21] ; les résultats de Mongaret *et al* vont dans le même sens en rapportant un lien entre nombre de médicaments à l'admission et sévérité de l'EM [22]. Concernant l'âge, même s'il est reconnu comme contributif de l'iatrogénie [15,21], une étude récente rapporte des résultats contradictoires (avec plus de DNI chez des patients plus jeunes) [23].

Les médicaments impliqués dans les DNI correspondent principalement à ceux du système nerveux, des voies digestives et métabolisme et du système cardiovasculaire. Ceci est en accord avec l'étude de Cornish *et al* où 25.9% des DNI concernaient des médicaments du système nerveux [11]. L'étude conduite par Quélenec *et al* rapporte des résultats similaires [24]. L'omission d'un médicament est notre principale cause d'erreur de prescription (64%), comme souvent retrouvé dans la littérature [11,15,17,22,24,25].

Cette étude montre aussi que le patient constitue un acteur majeur de la sécurité de sa prise en charge médicamenteuse – il est d'autant plus précieux, dans un contexte actuel où l'utilisation du dossier pharmaceutique ou d'une messagerie interprofessionnelle sécurisée ne sont pas encore suffisamment développés ; alors que ces systèmes pourraient faciliter la transmission d'informations entre la ville et l'hôpital [26] et rendre la CTM moins chronophage.

Limites de l'étude :

Si les résultats tendent à montrer que pour les patients ciblés dans notre étude, les entretiens seuls sont déjà impactant en termes de détection d'EM, nous ne pouvons pas dire qu'ils sont aussi puissants que la CTM pour détecter les EM (pas de groupe comparateur). Il est probable qu'avec le processus plus complet de la CTM, davantage de DNI soient détectées chez ces patients, en particulier par le contact avec le pharmacien d'officine.

Une autre limite est la non-inclusion des patients ayant des troubles psychiatriques, or ils sont tout autant à risque de DNI que les autres, si ce n'est davantage [27]. De manière plus générale, dans les situations où l'entretien n'est pas possible ou insuffisamment contributif (patient âgé, présentant des troubles cognitifs, psychiatriques, barrière de la langue, situation clinique incompatible avec la conduite d'un entretien), une CTM complète doit être envisagée.

5. Conclusion

Cette étude révèle une bonne faisabilité et un réel intérêt des entretiens pharmaceutiques d'admission structurés, puisque 31% de ceux-ci ont permis d'identifier une ou plusieurs EM engendrant un changement de la prescription hospitalière.

Les patients sollicités permettent d'enrichir les connaissances sur leur traitement médicamenteux habituel et donc d'assurer une meilleure prise en charge médicamenteuse pendant leur hospitalisation.

Il serait intéressant de mener une étude comparative entre les entretiens pharmaceutiques d'admission versus une conciliation médicamenteuse d'admission complète selon les mêmes critères de sélection des patients. Pour cela, une étude au sein de notre centre hospitalo-universitaire est en cours de réalisation.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références de l'article

- [1] Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. n.d.
- [2] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST). n.d.
- [3] 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. n.d.
- [4] Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins - HAS. Manuel de certification des établissements de santé V2010 2009.
- [5] 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. n.d.
- [6] Décret n° 2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins. n.d.

- [7] Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA). Enquêtes Nationales sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins : Rapport final - Comparaison des deux études ENEIS 2004 et 2009. 2011.
- [8] Schmitt E, Antier D, Bernheim C, Dufay E, Husson M, Tissot E. Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse 2006.
- [9] Ong SW, Fernandes OA, Cesta A, Bajcar JM. Drug-Related Problems on Hospital Admission: Relationship to Medication Information Transfer. *Ann Pharmacother* 2006;40:408–13.
- [10] Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *JAMA* 2007;297:831–41.
- [11] 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* 2005;165:424–9.
- [12] Trivier J-M, Bonneau A, Carpentier I, Yilmaz M. Analyse descriptive des erreurs médicamenteuses survenues dans les établissements de santé du Nord-Pas-de-Calais et déclarées à l'OMÉDIT entre 2010 et 2012. *Pharm Hosp Clin* 2015;50:192–200.
- [13] 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. *Can Med Assoc J* 2005;173:510–5.
- [14] Hellström LM, Bondesson A, Höglund P, Eriksson T. Errors in medication history at hospital admission: prevalence and predicting factors. *BMC Clin Pharmacol* 2012;12:9.
- [15] HAS. Initiative des HIGH 5s Medication Reconciliation : Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français 2015.
- [16] Remetter É, Gourieux B, Levêque D, Javier R-M, Sordet C, Gottenberg J-É, et al. Étude de l'impact d'un processus de conciliation thérapeutique dans un service de rhumatologie hospitalo-universitaire : rôle et intérêt d'un pharmacien clinicien dans une équipe soignante. *Rev Rhum* 2015;82:402–7.
- [17] Boursier A, Mary A, Grados F, Desailly Henry I, Terrier Lenglet A, Fardellone P, et al. Détermination des caractéristiques des erreurs médicamenteuses détectées par la conciliation médicamenteuse en rhumatologie. *Rev Rhum* 2018;85:285–90.

- [18] Yailian A, Estublier C, Couturier M, Bonnet M, Vignot E, Fontana A, et al. Faisabilité et impact clinique d'un processus de conciliation des traitements médicamenteux à l'admission des patients en service de rhumatologie. *J Pharm Belg* 2018;26–37.
- [19] Bonnet M, Estublier C, Laloi L, Vignot E, Confavreux C, Fontana A, et al. Apport des soins pharmaceutiques pour améliorer la prise en charge médicamenteuse des patients atteints de rhumatisme inflammatoire chronique. *Rev Rhum* 2016;83:77.
- [20] Lancaster JW, Grgurich PE. Impact of Students Pharmacists on the Medication Reconciliation Process in High-Risk Hospitalized General Medicine Patients. *Am J Pharm Educ* 2014;78.
- [21] Gleason KM, McDaniel MR, Feinglass J, Baker DW, Lindquist L, Liss D, et al. Results of the Medications At Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) Study: An Analysis of Medication Reconciliation Errors and Risk Factors at Hospital Admission. *J Gen Intern Med* 2010;25:441–7.
- [22] Mongaret C, Quillet P, Vo T, Aubert L, Fourgeaud M, Michelet-Huot E, et al. Predictive factors for clinically significant pharmacist interventions at hospital admission. *Medicine (Baltimore)* 2018;97:9865.
- [23] Saint-Germain P, Ruelle M, Mary A, Sid Idris S, Hannat S, Pelloquin N, et al. Impact clinique des divergences de traitement constatées chez 200 patients conciliés dans un service de gériatrie aiguë. *Rev Médecine Interne* 2016;37:667–73.
- [24] Quélenec B, Beretz L, Paya D, Blicklé J, Gourieux B, Andrès E, et al. Potential clinical impact of medication discrepancies at hospital admission. *Eur J Intern Med* 2013;24:530–5.
- [25] Bourget S, Allenet B, Bedouch P, Bosson LJ, Calop J. Physicians' expectations towards pharmacy services on ward. *J Pharm Belg* 2007;62:130–4.
- [26] Donyai P, O'Grady K, Jacklin A, Barber N, Franklin BD. The effects of electronic prescribing on the quality of prescribing. *Br J Clin Pharmacol* 2008;65:230–7.
- [27] Bartlett G, Blais R, Tamblyn R, Clermont RJ, MacGibbon B. Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings. *Can Med Assoc J* 2008;178:1555–62.

CONCLUSIONS GENERALES

ISPB - FACULTE DE PHARMACIE

CONCLUSIONS

THESE SOUTENUE PAR : Mlle BIRY Laura

L'iatrogénie médicamenteuse est un véritable problème de santé publique : elle engendre d'importantes pertes humaines et économiques. Elle est constituée entre autres des erreurs médicamenteuses, qui sont par définition évitables et sur lesquelles des actions de lutte sont possibles.

Le parcours de soins des patients bien souvent complexe, entraîne des ruptures de soins qui favorisent l'iatrogénie. Le manque de communication est une des raisons majeures aux ruptures de soins. En particulier, le lien « Ville-Hôpital » est difficile à assurer.

Pour sécuriser le parcours de soins et assurer la continuité des soins, les autorités sanitaires et les professionnels de santé ont mis en place la démarche de gestion des risques dans les établissements de santé. Celle-ci passe notamment par leurs certifications. Dans ce contexte de gestion des risques, le pharmacien est un acteur incontournable de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse.

Son action pratique se déploie avec les soignants, au plus près et avec les patients: analyse de prescription avec l'émission si besoin d'intervention pharmaceutique, l'éducation thérapeutique des patients et la conciliation des traitements médicamenteux en sont des exemples. Il en ressort que le patient devient un acteur clef dans sa sécurisation de sa prise en charge médicamenteuse, c'est la raison pour laquelle nous avons ciblé plus spécifiquement notre travail expérimental sur les entretiens-patients à l'admission.

Les objectifs de notre travail étaient de décrire la mise en place des entretiens pharmaceutiques d'admission en service de soins et d'en évaluer l'intérêt.

L'étude, prospective s'est déroulée à l'Hôpital Edouard Herriot en services de rhumatologie et pathologies osseuses du 01/04/2015 au 01/06/2017. Les patients présentant au moins quatre traitements habituels à domicile et ayant une durée d'hospitalisation d'au-moins 48h étaient inclus. Ces entretiens-patients étaient réalisés par des étudiants en 5^{ème} année de pharmacie hospitalo-universitaire ou des internes en pharmacie, formés au préalable, validés sur cette activité et encadrés par un pharmacien hospitalier senior. Des supports spécifiques ont été créés pour accompagner les entretiens. En parallèle de ces entretiens, une analyse pharmaceutique de la prescription hospitalière était systématiquement réalisée. De plus, toute proposition d'entretien avec le patient était en accord avec le médecin prescripteur du service afin d'encourager la collaboration interprofessionnelle.

Les données recueillies ont été analysées selon : nombre d'entretiens avec une information nouvelle transmise par le patient (médicament habituel prescrit mais non pris, prise régulière de produits de phytothérapie ou homéopathie, prise régulière d'un médicament non prescrit sur la prescription hospitalière, allergie ou intolérance médicamenteuse...); nombre de divergences non intentionnelles (DNI) détectées, nombre d'entretiens avec au moins une DNI; nombre d'entretiens ayant conduit à une modification de la prescription hospitalière.

Au total, 247 patients ont bénéficié d'un entretien pharmaceutique d'admission sur la période de l'étude. Parmi eux, 135 ont été contributifs en information nouvelle apportées par le patient sur sa prise en charge thérapeutique (soit 55%). Concernant les DNI, 117 ont été recensées (soit 0.47 par patient). Sur les 76 entretiens présentant au moins une DNI, tous ont conduit à une modification de la prescription hospitalière. Il s'agissait surtout d'omissions de médicaments (64%), d'ajouts de médicaments (18%) et d'erreurs de posologie (15%). Le temps consacré à la préparation et à la réalisation de l'entretien était de 33 ± 8 minutes.

Un nombre important de DNI sont détectées et résolues par cette approche des entretiens d'admission, conduisant donc à une maîtrise des erreurs médicamenteuses.

La prise en compte par l'équipe médicale des DNI souligne la réceptivité des médecins prescripteurs à l'intervention pharmaceutique. L'absence de groupe comparateur ne permet pas d'évaluer son efficacité à détecter des DNI vis-à-vis d'une conciliation complète. Il s'agit néanmoins d'une preuve de l'intérêt de ce processus. De même, leur faisabilité a été démontrée, au vu du nombre d'entretiens menés sur la période de l'étude.

Cette étude semble en faveur d'un impact des entretiens pharmaceutiques d'admission sur la sécurisation de l'interface « Ville-Hôpital ». Il serait intéressant de promouvoir ces entretiens, en alternative de la conciliation médicamenteuse complète, et après ciblage des patients.

De manière plus générale cette étude souligne que le patient lui-même est un acteur important de la maîtrise du risque iatrogène et qu'il faut le prendre en compte.

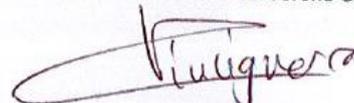
Le Président de la thèse,
Nom : ADJANI

Signature :



Vu et permis d'imprimer, Lyon, le 24 MAI 2018
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

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche signalétique patient

FICHE PATIENT



Date :

Nom

Prénom

Service :

Date de naissance :

Age :

Numéro lit / chambre :

Jour d'admission :

Lieu de résidence : (Domicile/EHPAD) :

Motif d'hospitalisation : (préciser si hospitalisation programmée ou non et par quel médecin / service le patient a été adressé)

Antécédents médicaux / chirurgicaux/allergies médicamenteuses :

Objectifs de la prise en charge thérapeutique :

DFG (CKD-EPI) :
INR :
Kaliémie :
Autre :

Autres informations utiles : noms et coordonnées des professionnels de santé, ressource, famille ...) :

Pharmacie - Hôpital E Herriot - V2 le 01/06/2017

Entretien réalisé par :

Annexe 2 : Guide d'entretien pharmaceutique d'admission



Date :

Nom Prénom :

Date de naissance :

Bonjour Madame, Monsieur

Vérification du nom du patient

Temps préparation (minutes)	Temps entretien (minutes)	Temps compte rendu (minutes)

1 - Se présenter

2 - Introduction à l'entretien

A votre entrée à l'Hôpital Edouard Herriot, nous sommes amenés à faire le point avec vous sur vos traitements habituels (pris avant l'hospitalisation).

L'objectif étant de s'assurer que vos traitements sont bien pris en compte pendant votre hospitalisation.

Vous avez sûrement déjà discuté avec l'interne ou l'externe du service concernant votre traitement. Cependant, et avec leur accord je vous propose un nouvel entretien rapide de 15-20 min pour faire le point. *(A moduler selon les cas)*

Etes-vous d'accord pour me consacrer quelques minutes ? oui non

Si non, ne pas poursuivre l'entretien et le noter sur la fiche signalétique du patient

3 - Entretien

- Quel est votre médecin traitant et votre pharmacien d'officine habituel ?
.....
.....
.....
- Souffrez-vous d'éventuelles allergies, intolérances médicamenteuses ?
.....
- Qui s'occupe de vos médicaments à la maison ?
.....
- Pouvez-vous me citer les médicaments que vous prenez à la maison et à quoi ils servent ? *Si le patient n'est pas capable de citer ses médicaments de mémoire, énumérer les noms des médicaments indiqués par les différentes sources.*

- Utilisez-vous des collyres, des médicaments sous forme de crème, pommade ou des médicaments en automédication ?

.....

Penser à regarder dans la chambre (table de nuit etc...) les éventuels médicaments présents.

- Voici un questionnaire court concernant la manière dont vous gérez vos médicaments à la maison

Remettre le questionnaire d'évaluation de l'adhésion au traitement MMAS- 8 ; laisser le patient renseigner seul

- Avez-vous apporté vos médicaments ou une ordonnance ?

.....

Comme vous l'avez certainement remarqué, vos médicaments sont récupérés à votre entrée à l'hôpital.

Pourquoi cette mesure ?

Ceci est fait pour éviter tout risque d'erreur ou de mélange entre vos médicaments habituels et ceux prescrits par les médecins de l'hôpital. Il s'agit surtout d'une mesure de sécurité.

De plus, si la pharmacie de l'hôpital ne dispose pas des traitements que vous prenez habituellement, vos boîtes personnelles peuvent être utilisées, le temps que la pharmacie de l'hôpital les commande.

Il est recommandé de s'appuyer sur la plaquette « MES MEDICAMENTS A L'HOPITAL »

- Avez-vous apporté votre cahier de glycémie ou carnet AVK ? *en cas de diabète insulino-dépendant, d'ACFA ou EP*

.....

Nombre d'ordonnances récupérées :

4- Conclure l'entretien

Remercier le patient en fin d'entretien

Remarques :

Annexe 3 : Entretien pharmaceutique d'admission, compte-rendu Easily®

Patient (NOM- Prénom) :
Date de naissance :
Date de l'entretien :
Intervenant : (étudiant)



Entretien pharmaceutique d'admission

Le patient a bénéficié d'un entretien pharmaceutique à l'admission dans le service. Ci-dessous une synthèse des points clefs de cet entretien.

	Oui	Non
Allergie ou intolérance médicamenteuse : Si oui lesquelles ?		
Le patient gère seul son traitement à la maison : Si non, qui gère ?		
Lors l'entretien, le patient a communiqué des informations nouvelles /celles déjà connues sur son traitement habituel (prescrit) : Si oui lesquelles ?		
Lors l'entretien, le patient a communiqué des informations nouvelles /celles déjà connues sur son traitement habituel (non prescrit) : Si oui lesquelles ?		
Lors de l'entretien, le patient a évoqué des effets indésirables Si oui lesquels ?		
Evaluation de l'observance : Si oui, score de Morisky : <i>Un score ≥ 6 correspond à une bonne observance</i>		

Remarque : /

(Etudiant) – Audrey Janoly-Dumenill (pharmacien)

REFERENCES

1. Calop J, Bontemps H, Grain F. Préparation à l'accréditation du circuit du médicament. Dans: Assurance qualité et prévention de l'iatropathologie médicamenteuse et des mésaventures médicamenteuses. Paris : Collection Les Essentiels APHIF; 1999.
2. Garros B. Contribution du Haut Comité de la Santé Publique aux réflexions sur la lutte contre l'iatrogénie. 1998;(n°25 décembre 1998):9-12.
3. [En ligne]. Association de Pharmacie Hospitalière région Nord et Pas-de-Calais (APHNEP). L'iatrogénie médicamenteuse; 2012 [cité le 3 mars 2018]. Disponible: <http://www.aphnep.org/pdf/Journee/2012/8iatrogenie.pdf>
4. Schmitt E, Antier D, Bernheim C, Dufay E, Husson M, Tissot E. Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse. Société Française de Pharmacie Clinique; 2006.
5. Bedouch P, Bardet J, Calop J, Allenet B. L'iatrogenèse médicamenteuse : quels enjeux pour la pharmacie clinique ? Dans: Pharmacie Clinique et Thérapeutique. Paris : Elsevier Masson; 2012.
6. Décret n° 95-278 du 13 mars 1995 relatif à la pharmacovigilance et modifiant le code de la santé publique - Article R. 5144-4.
7. Code de la Santé Publique - Article R5121-152 [En ligne]. Code de la Santé Publique. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006689867>
8. Code de la Santé Publique - Article L5111-1 [En ligne]. Code de la Santé Publique. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006689867>
9. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Glossaire des vigilances. 2011.
10. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST).
11. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Guichet Erreurs Médicamenteuses : Présentation et bilan depuis la mise en place. 2009.
12. Buonsignori C. Les erreurs médicamenteuses et le circuit du médicament. Rennes; 2003.
13. HAS. Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments. 2013.
14. Morimoto T, Gandhi TK, Seger AC, Hsieh TC, Bates DW. Adverse drug events and medication errors: detection and classification methods. *BMJ Qual Saf.* Aout 2004;13(4):306-14.

15. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients. *N Engl J Med.* févr 1991;324(6):370-6.
16. McGuire HH, Horsley JS, Salter DR, Sobel M. Measuring and managing quality of surgery. Statistical vs incidental approaches. *Arch Surg Chic Ill* 1960. juin 1992;127(6):733-8.
17. Wilson R, Harrison B, W Gibberd R, D Hamilton J. An analysis of the causes of adverse events from the Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust.* juin 1999;170:411-5.
18. Thomas EJ, Studdert DM, Newhouse JP, Zbar BIW, Howard KM, Williams EJ, et al. Costs of medical injuries in Utah and Colorado. *Inquiry.* sept 1999;36(3):255-64.
19. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ.* mars 2001;322(7285):517-9.
20. Schioler T, Lipczak H, L Pedersen B, Mogensen T, B Bech K, Stockmarr A, et al. Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records. *Ugeskr Laeger.* oct 2001;163:5370-8.
21. Davies P, Mcarthur C, Newby L, Lay-Yee R, Brown P, Briant R. Cost of medical injury in New Zealand: A retrospective cohort study. *J Health Serv Res Policy.* juill 2002;7(1_suppl):29-34.
22. Gurwitz M, Jerry H, Terry S, Field D, Leslie R, Harrold M. Incidence and Preventability of Adverse Drug Events Among Older Persons in the Ambulatory Setting. *JAMA;* 2003.
23. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 25 mai 2004;170(11):1678-86.
24. Zegers M, Bruijne M, Wagner C, Hoonhout L, Waaijman R, Smits M, et al. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals. *Quality and Safety in Health Care;* 2009.
25. Soop M, Fryksmark U, Köster M, Haglund B. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: A retrospective medical record review study. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care ISQua.* 1 juin 2009;21:285-91.
26. Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Nunes C, Leite ES. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. *BMC Health Serv Res.* 18 juill 2014;14:311.
27. Institute of Medicine. *To Err is Human : Building a safer Health System.* Washington DC : National Academy Press; 2000.
28. Bates DW, Spell N, Cullen DJ, Burdick E, Laird N, Petersen LA, et al. The costs of adverse drug events in hospitalized patients. Adverse Drug Events Prevention Study Group. *JAMA.* janv 1997;277(4):307-11.

29. Evans R, Classen D, Stevens L, Burke J. Using a hospital information system to assess the effects of adverse drug events. *Clinical Epidemiology, Medical Informatics, and Pharmacy*; 1994.
30. Senst BL, Ahusim LE, Genest RP, Cosentino LA, Ford CC, Little JA, et al. Practical approach to determining costs and frequency of adverse drug events in a health care network. *Am J Health Syst Pharm*. juin 2001;58(12):1126-32.
31. Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical Pharmacy Services and Hospital Mortality Rates. *Pharmacother J Hum Pharmacol Drug Ther*. mai 1999;19(5):556-64.
32. Queneau P, Chabot J, Rajaona H. Iatrogénie observée en milieu hospitalier. A propos de 109 cas corrigés à partir d'une enquête transversale de l'Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique (APNET). *Bulletin Académique Nationale de Médecine*. 1992;511-29.
33. Queneau P. L'iatrogénie médicamenteuse et sa prévention : rapport au Secrétaire d'Etat à la santé, Bernard Kouchner. 1998.
34. Conférence Nationale de Santé. Diminuer l'incidence des affections iatrogènes et des infections nosocomiales. 1998.
35. Michel P, Minodier C, Lahelize M, Moty-Monnereau C, Domecq S, Chaleix M. Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé : Résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004. . *Dossiers Solidarité et Santé*. 2010;1-18.
36. Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA). Enquêtes Nationales sur les Evènements Indésirables graves associés aux Soins : Rapport final - Comparaison des deux études ENEIS 2004 et 2009. mars 2011.
37. Castot A, Haramburu F, Kreft-Jais C. EMIR : Effets indésirables des Médicaments : Incidence et Risque, sur les hospitalisations liées à un effet indésirable médicamenteux. *Les rendez-vous Presse de l'AFSSAPS*; 2007.
38. Pouyanne P, Haramburu F, Imbs J, Bégau B, The French Pharmacovigilance Centres. Hospitalisations due to adverse drug reactions : a cross sectional study in medical departments. . *BMJ*. 2000;1036.
39. HAS. Prise en charge des surdosages en antivitamines K, des situations à risque hémorragiques et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines K en ville et en milieu hospitalier. 2008.
40. ANSM. Bon usage des médicaments antivitamine K (AVK). 2012.
41. Michel P, Quenon J, Djihoud A, Bru Sonnet R. EVISA : Les évènements indésirables liés aux soins extra-hospitaliers : fréquence et analyse approfondie des causes. Comité de Coordination et de l'Evaluation Clinique en Aquitaine. Bordeaux; 2011;
42. Hureau J, Queneau P. Sécurisation du circuit du médicament dans les établissements de soins. 2009.

43. Cubaynes M, Noury D, Dahan M, Falip E. Le circuit du médicament à l'hôpital : Inspection Générale des Affaires Sociales. 2011.
44. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: Implications for prevention. ADE Prevention Study Group . JAMA. juill 1995;29-34.
45. Bernheim C, Schmitt E, Dufay E. Iatrogénie médicamenteuse nosocomiale et gestion des risques d'erreur médicamenteuse : à propos de l'analyse des notifications du réseau REEM. Dans: Springer; 2005. p. 104-19. (Oncologie; vol. 7).
46. ARS. Parcours de soins - parcours de santé - parcours de vie : lexique des parcours de A à Z. 2016.
47. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
48. [En ligne]. HAS. Promouvoir les parcours de soins personnalisés pour les malades chroniques; mai 2012 [cité le 4 mars 2018]. Disponible: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1247611/fr/promouvoir-les-parcours-de-soins-personnalisés-pour-les-malades-chroniques
49. [En ligne]. Santé publique. Qualité des soins : définition; avr 2013 [cité le 11 mars 2018]. Disponible: <http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/>
50. HAS. Définir ensemble les nouveaux horizons de la qualité en santé - Pour un débat public. 2007.
51. HAS. La sécurité des patients : Mettre en oeuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. 2012.
52. Reason J. Understanding adverse events: human factors. Qual Health Care. juin 1995;4(2):80-9.
53. Reason J. L'erreur humaine. Paris : Presses universitaires de France; 1993.
54. [En ligne]. Ooreka. Roue de Deming : tout sur la méthode PDCA - Plan/Do/Check/Act; [cité le 15 mars 2018]. Disponible: <https://qualite.ooreka.fr/comprendre/roue-deming-pdca>
55. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
56. Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins - HAS. Manuel de certification des établissements de santé V2010. 2009.
57. SFPC. La REMED : La revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs associés : Une méthode d'amélioration de la qualité des soins (version 2.0). 2013.
58. Schmitt E. Résultats de l'étude MERVEIL : ses 295 erreurs médicamenteuses. 2012.
59. Calop J, Bedouch P, Allenet B. Définition de la Pharmacie Clinique. Dans: Pharmacie Clinique et Thérapeutique. Paris : Elsevier Masson; 2012. p. 3-8.

60. Dahan M, Sauret J. Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) : Le circuit du médicament à l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (RM 2010-09P). 2010.
61. Cubaynes M, Noury D, Dahan M, Falip E. Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) : Le circuit du médicament à l'hôpital (RM 2011-063P). 2011.
62. SFPC. Fiche mémo : Préconisations pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux. 2015.
63. Rose FX. Analyse pharmaceutique et iatrogénie : présentation dans le cadre du groupe de travail SFPC « standardisation et valorisation des activités de pharmacie clinique ». 2012.
64. 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.
65. Calop J, Bedouch P, Allenet B. La validation d'ordonnance. Dans: Pharmacie Clinique et Thérapeutique. Paris : Elsevier Masson; 2012.
66. SFPC. Recommandation de Bonne Pratique en Pharmacie Clinique. 2012.
67. A Nurgat Z, Al-Jazairi A, Abu-Shraie N, Al-Jedai A. Documenting clinical pharmacist intervention before and after the introduction of a web-based tool. *Int J Clin Pharm.* 1 avr 2011;33:200-7.
68. Morice E, Gabriel-Bordenave C, Auclair V, Juste M, Roberge C. Évaluation de la pratique d'analyse d'ordonnance dans les hôpitaux français. *Pharm Hosp Clin.* 1 sept 2011;46(3):146-55.
69. Bedouch P, Sylvoz N, Charpiat B, Juste M, Renaud R, Rose F, et al. Trends in pharmacists' medication order review in French hospitals from 2006 to 2009 : Analysis of pharmacists' interventions from the Act-IP© website observatory. *J Clin Pharm Ther.* 10 oct 2014;40.
70. SFPC. Fiche d'Intervention Pharmaceutique - Groupe de travail « Standardisation et valorisation des activités de Pharmacie Clinique ». 2004.
71. IMS health, Centre de réflexion de l'industrie pharmaceutique. Améliorer l'observance - Traiter mieux et moins cher. 2014.
72. World Health Organization. Adherence to Long-Term Therapies : Evidence for Action. 2003.
73. HAS, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Guide méthodologique : Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. 2007.
74. Baudrant M, Calop N, Lehmann A, Certain A, Trout H, Allenet B. Education thérapeutique du patient : contexte, concepts et méthodes. Dans: Pharmacie Clinique et Thérapeutique. Paris : Elsevier Masson; 2012.

75. HAS. Recommandations - Education thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation. 2007.
76. [En ligne]. HAS. Dossier d'information pour le patient : Education thérapeutique du patient (ETP); nov 2017 [cité le 6 mai 2018]. Disponible: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp#toc_1
77. HAS. Initiative des HIGH 5s Medication Reconciliation : Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français. 2015.
78. Bonhomme J, Dony A, Baum T. La juste liste des médicaments à l'admission du patient hospitalisé. De la fiabilité des sources d'information. *Risque Qual.* 2013;10.
79. Gérard M, Baudouin A, Malet D. Pour une conciliation optimale, soyons efficace! Quelles sources d'informations privilégier pour réaliser la conciliation médicamenteuse? Congrès SNPHPU; 2015.
80. HAS. Mettre en oeuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé - Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins. 2018.
81. Couturier M. Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission du patient : résultats d'une étude pilote en service de rhumatologie [Thèse de doctorat]. Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1; 2016.
82. Jennings P, Lotito A, Baysson H, Pineau-Blondel E, Berlioz J. La pharmacie clinique en milieu hospitalier : une enquête de satisfaction auprès des prescripteurs. *Ann Pharm Fr.* mars 2017;75(2):144-51.
83. Le Petit Larousse Illustré. Paris : Larousse; 2003.
84. Miller W, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York : Guilford Press; 1991.
85. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing, Second Edition: Preparing People for Change. Guilford Publications; 2002. 456 p.
86. HAS. Mémo : L'entretien motivationnel. 2008.
87. Richard C, Lussier M, Kurtz S. Une présentation de l'approche Calgary-Cambridge. Dans: *La communication professionnelle en santé.* Pearson Education; 2005. p. 291-324.
88. Wiedenmayer K, Summers R, Mackie C, Gous A, Everard M. Developing pharmacy practice - A focus on patient care. 2006.
89. Mailhot C, Mallet L. Concept des soins pharmaceutiques (pharmaceutical care) au Québec - Une approche systématique du suivi du patient. Dans: *Pharmacie Clinique et Thérapeutique.* Elsevier Masson; 2012. p. 1245-55.
90. Ordre des pharmaciens du Québec. Comprendre et faire comprendre - Guide pratique de la communication pharmacien - patient. 1998.

91. Spinewine A, Tulkens P, Lacour V. Soins pharmaceutiques en Belgique. Dans: Pharmacie Clinique et Thérapeutique. Elsevier Masson; 2012. p. 1267-75.
92. Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens d'officine et l'assurance maladie.
93. Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants.
94. Arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières, mentionnées à l'article L. 5121-5 du code de la santé publique.
95. [En ligne]. Ordre National des Pharmaciens. Bilans partagés de médication, c'est parti ! - Communications; mars 2018 [cité le 6 mai 2018]. Disponible: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Bilans-partages-de-medication-c-est-parti>
96. HAS. Guide d'accompagnement des patients - Le bilan partagé de médication chez le patient âgé. 2018.
97. Loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique (Titre résultant de la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007).
98. Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. 2011-2012 29 déc 2011.
99. Leape L, Cullen D, Clapp M, Burdick E, Demonaco H. Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. JAMA; 1999.
100. Kucukarslan SN, Peters M, Mlynarek M, Nafziger DA. Pharmacists on Rounding Teams Reduce Preventable Adverse Drug Events in Hospital General Medicine Units. Arch Intern Med. sept 2003;163(17):2014-8.
101. Grain F, Brudieu E, Guimier C, Calop J. Analyse des erreurs de prescription et de l'activité de pharmacie clinique dans une unité de soins informatisée. J Pharm Clin; 1999.
102. Bedouch P, Allenet B, Labarere J, Brudieu E, Chen C, Chevrot D. Diffusion des opinions pharmaceutiques dans le cadre d'une activité de pharmacie clinique en unités de soins. Thérapie. 2005;60(5).
103. Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur.
104. Petit-jean E, Prébay D. Consultation pharmaceutique et éducation thérapeutique des patientes. 2014.

105. Pourcelot C, Peter V, Alpy-Girard M, Barnoux M. Mise en place d'une consultation pharmaceutique lors de la dispensation des médicaments en rétrocession. *Pharm Hosp Clin*. 1 mars 2017;52(1):e26.
106. Laugueux A, Legendre P, Fétique L, Bellay R, Menard P, Harry M. Consultations pharmaceutiques chez des patients traités par chimiothérapie orale. *J Pharm Clin*; 2016.
107. Brandon M, Charpiat B. La consultation pharmaceutique en transplantation hépatique : une contribution à l'éducation thérapeutique des patients. *Ann Pharm Fr*. janv 2009;67(1):41-53.
108. HAS. Le patient-traceur en établissement de santé - Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins - Guide méthodologique. 2014.
109. Roux-Marson C, Pourrat X. Pratique des entretiens pharmaceutiques et de la conciliation médicamenteuse. *Pharm Hosp Clin*. oct 2016;
110. Gizzi LA, Slain D, Hare JT, Sager R, Briggs F, Palmer CH. Assessment of a safety enhancement to the hospital medication reconciliation process for elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother*. avr 2010;8(2):127-35.
111. Hellström LM, Bondesson A, Höglund P, Eriksson T. Errors in medication history at hospital admission: prevalence and predicting factors. *BMC Clin Pharmacol*. avr 2012;12(1):9.
112. Lancaster JW, Grgurich PE. Impact of Students Pharmacists on the Medication Reconciliation Process in High-Risk Hospitalized General Medicine Patients. *Am J Pharm Educ*. mars 2014;78(2).
113. De Bastiani C, Jolivot A, Proriol M, Vignot E, Marquet A, Delhens C, et al. Détection des erreurs médicamenteuses : Entretien pharmaceutique à l'admission des patients vs conciliation médicamenteuse complète, résultats d'une étude pilote. Lille; 2018.

SERMENT DES PHARMACIENS

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

- *D'honorer ceux qui m'ont instruite dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances ;*
- *D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;*
- *De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité ;*
- *En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels ;*
- *De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession ;*
- *De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens ;*
- *De coopérer avec les autres professionnels de santé.*

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

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.

BIRY Laura

Mise en place et intérêt des entretiens pharmaceutiques d'admission en service de rhumatologie

Th. D. Pharm., Lyon 1, 2018, 104p.

RESUME

La lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse est une priorité de santé publique : elle passe entre autres par l'amélioration de la transmission des informations entre la ville et l'hôpital. L'activité de conciliation des traitements médicamenteux à l'admission du patient a fait ses preuves en termes de lutte. Néanmoins, son caractère chronophage empêche de la développer pleinement en établissements de santé. Dans le processus de conciliation, le patient est reconnu comme un acteur clef dans la sécurisation de sa prise en charge médicamenteuse : c'est la raison pour laquelle nous avons ciblé plus spécifiquement notre travail expérimental sur les entretiens-patients à l'admission.

Les objectifs étaient de décrire la mise en place des entretiens pharmaceutiques d'admission en service de rhumatologie et d'en évaluer l'intérêt. Ils ciblaient les patients présentant au moins quatre médicaments habituels à domicile. Des supports spécifiques étaient créés afin d'accompagner les étudiants en 5ème année de pharmacie hospitalo-universitaire ou les internes en pharmacie à les réaliser (sous la responsabilité d'un pharmacien hospitalier senior). En parallèle, une analyse pharmaceutique de la prescription hospitalière était systématiquement réalisée. Les données recueillies étaient analysées selon : nombre d'entretiens avec une information nouvelle transmise pas le patient ; nombre de divergences non intentionnelles (DNI) détectées, nombre d'entretiens avec au moins une DNI ; nombre d'entretiens ayant conduit à une modification de la prescription hospitalière.

Au total, 247 entretiens-patients ont été réalisés sur la période de l'étude. Des informations nouvelles concernant les traitements médicamenteux ont été rapportées pour 135 entretiens (55%). Concernant les DNI, 117 ont été recensées (soit 0.47 par patient). Sur les 76 entretiens présentant au moins une DNI, tous ont conduit à une modification de la prescription hospitalière. Le temps consacré à la préparation et à la réalisation de l'entretien était de 33 ± 8 minutes.

Il s'agit d'un processus moins complet mais aussi moins long qu'une conciliation estimée jusqu'à 60 minutes dans la littérature. Un nombre important de DNI sont détectées et résolues par cette approche, conduisant donc à une maîtrise du risque iatrogène. L'absence de groupe comparateur ne permet pas d'évaluer l'efficacité par rapport à une conciliation complète. Il s'agit néanmoins d'une preuve de l'intérêt de ce processus dans la sécurisation de l'interface « Ville-Hôpital ».

MOTS CLES

Entretien pharmaceutique
Historique médicamenteux
Erreur médicamenteuse
Rhumatologie

JURY

Mme FERDJAOUI-MOUMJID Nora, Maître de Conférences
Mme JANOLY-DUMENIL Audrey, Maître de Conférences, Praticien hospitalier
Mme FONTANA Aurélie, Rhumatologue, Praticien hospitalier
Mme MENA Cécile, Docteur en Pharmacie, Praticien officinal
Mme GRAND-PERRET Sophie, Docteur en Pharmacie, Responsable de formation

DATE DE SOUTENANCE

8 Juin 2018

ADRESSE DE L'AUTEUR

6, impasse Berchet 69008 Lyon