



BU bibliothèque Lyon 1

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

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 5 septembre 2017 par

Mme BELLETON Raphaëlle

Née le 3 juin 1993

à Ecully

**DEPLOIEMENT DE LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX A L'ENTREE
CHEZ LE SUJET AGE ATTEINT DE CANCER: RETOUR APRES CINQ MOIS
D'EXPERIMENTATION AU CENTRE LEON BERARD**

JURY

M. GUITTON Jérôme, Professeur

Mme MOUCHOUX Christelle, Maître de Conférences

M. LATOUR Jean-François, Docteur en Pharmacie

Mme AITICHOU Myriam, Docteur en Pharmacie

M. HEUDEL Pierre-Etienne, Docteur en Médecine

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

- Président de l'Université M. Frédéric FLEURY
- Présidence du Conseil Académique M. Hamda BEN HADID
- Vice-Président du Conseil d'Administration M. Didier REVEL
- Vice-Président de la Commission Recherche M. Fabrice VALLEE
- Vice-Président de la Formation et de la Vie Universitaire M. Philippe CHEVALIER

COMPOSANTES DE L'UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

SANTE

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

SCIENCES ET TECHNOLOGIES

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

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)

• 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)
MadameGhania HAMDID-DEGOBERT (MCU-HDR)
Monsieur Plamen KIRILOV (MCU)
Madame Giovanna LOLLO (MCU)
Monsieur Damien SALMON (AHU)

• BIOPHYSIQUE

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

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE PHARMACEUTIQUE DE SANTE PUBLIQUE

• DROIT DE LA SANTE

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

• ECONOMIE DE LA SANTE

Madame Nora FERDJAOUI 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 DISPOSITIFSMEDICAUX

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

• QUALITOLOGIE – MANAGEMENT DE LA QUALITE

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

• **MATHEMATIQUES – STATISTIQUES**

Madame Claire BARDEL-DANJEAN (MCU-PH)

Madame Marie-Aimée DRONNE (MCU)

Madame Marie-Paule GUSTIN (MCU - HDR)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE SCIENCES DUMEDICAMENT

• **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)

• **CHIMIETHERAPEUTIQUE**

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 DUMEDICAMENT**

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-SPANO (MCU)

Madame Florence RANCHON (MCU-PH)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE PHARMACOLOGIE, PHYSIOLOGIE ET TOXICOLOGIE

• **TOXICOLOGIE**

Monsieur Jérôme GUITTON (PU – PH)

Madame Léa PAYEN (PU-PH)

Monsieur Bruno FOUILLET (MCU)

Monsieur Sylvain GOUTELLE (MCU-PH)

• **PHYSIOLOGIE**

Monsieur Christian BARRES (Pr)

Madame Kiao Ling LIU (MCU)

Monsieur Ming LO (MCU - HDR)

• **PHARMACOLOGIE**

Monsieur Michel TOD (PU – PH)

Monsieur Luc ZIMMER (PU – PH)

Monsieur Roger BESANCON (MCU)

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

• **COMMUNICATION**

Monsieur Ronald GUILLOUX (MCU)

• **ENSEIGNANTS ASSOCIES TEMPORAIRES**

Monsieur Olivier CATALA (Pr-PAST)
Madame Corinne FEUTRIER (MCU-PAST)
Madame Mélanie THUDEROZ (MCU-PAST)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DES SCIENCES BIOMEDICALES A

• **IMMUNOLOGIE**

Monsieur Guillaume MONNERET (PU-PH)
Madame Cécile BALTER-VEYSSEYRE (MCU - HDR)
Madame Morgane GOSSEZ (AHU)
Monsieur Sébastien VIEL (AHU)

• **HEMATOLOGIE ET CYTOLOGIE**

Madame Christine VINCIGUERRA (PU - PH)
Madame Brigitte DURAND (MCU - PH)
Monsieur Yohann JOURDY (AHU)

• **MICROBIOLOGIE ET MYCOLOGIE FONDAMENTALE ET APPLIQUEE AUX BIOTECHNOLOGIE INDUSTRIELLES**

Monsieur Patrick BOIRON (Pr)
Monsieur Jean FRENEY (PU – PH)
Monsieur Frédéric LAURENT (PU-PH-HDR)
Madame Florence MORFIN (PU – PH)
Monsieur Didier BLAHA (MCU)
Madame Ghislaine DESCOURS (MCU-PH)
Madame Anne DOLEANS JORDHEIM (MCU-PH)
Madame Emilie FROBERT (MCU - PH)
Madame Véronica RODRIGUEZ-NAVA (MCU-HDR)

• **PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE MEDICALE**

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

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DES SCIENCES BIOMEDICALES B

• **BIOCHIMIE – BIOLOGIE MOLECULAIRE - BIOTECHNOLOGIE**

Madame Pascale COHEN (Pr)
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)

• **BIOLOGIECELLULAIRE**

Madame Bénédicte COUPAT-GOUTALAND (MCU)

Monsieur Michel PELANDAKIS (MCU - HDR)

• **INSTITUT DE PHARMACIE INDUSTRIELLE DE LYON**

Madame Marie-Alexandrine BOLZINGER (Pr)

Monsieur Daniel HARTMANN (Pr)

Monsieur Philippe LAWTON (Pr)

Madame Sandrine BOURGEOIS (MCU)

Madame Marie-Emmanuelle MILLION (MCU)

Madame Alexandra MONTEBAULT (MCU)

Madame Angélique MULARONI (MCU)

Madame Valérie VOIRON (MCU - PAST)

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

Monsieur Alexandre JANIN

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

Monsieur Karim MILADI (85ème section)

Monsieur Antoine ZILLER (87ème section)

Pr : Professeur

PU-PH : Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

MCU : Maître de Conférences des Universités

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier

HDR : Habilitation à Diriger des Recherches

AHU : Assistant Hospitalier Universitaire

PAST : Personnel Associé Temps Partiel

REMERCIEMENTS

A Mr Guitton, Président du jury, pour l'honneur que vous me faites de présider cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Mr Latour, directeur de thèse, de m'avoir encadrée pendant ma cinquième année hospitalo-universitaire et de m'avoir donné ce sujet de travail, un grand merci pour vos conseils et votre soutien.

A Mme Mouchoux et Monsieur Heudel de m'avoir fait l'honneur de faire partie de mon jury de thèse.

A Myriam Aitichou, un immense merci ! Sans toi ce travail aurait été impossible : tu as toujours été là pour moi, merci pour ta patience, ton aide et tes conseils. J'ai adoré collaborer avec toi !

A mes parents, je vous remercie de m'avoir tant encouragée pendant ces 6 années d'études. Merci d'être à mes côtés depuis toujours.

Merci papa pour m'avoir toujours aidée à surmonter le stress des examens et merci maman pour le temps passé à la relecture de ce travail !

A ma sœur, je suis si fière de toi docteur ! A mon beau-frère Clément, merci pour ton aide précieuse. Vous êtes géniaux tous les deux, je vous aime !

A mes meilleures amies Joan et Marie, à mes côtés depuis tant d'années ! Je vous aime très fort !

A « la team du cha » pour les longues journées de travail qui auraient été insupportables sans votre compagnie et surtout nos fous rires durant nos pauses si attendues !!

A mes amies de fac, Bertille, Rebecca, Carolina, Cordelia et Meryl : grâce à vous, ces six années d'études sont passées beaucoup trop vite ! Ca y est, on a réussi, nous sommes pharmaciennes !!

A mon meilleur ami et binôme de TP Benjamin, merci d'être toujours là pour moi ! Merci pour ton aide si précieuse, tes encouragements et surtout ces journées à la fac en ta compagnie qui resteront sans aucun doute les meilleurs souvenirs de mes études.

Enfin une pensée à mes quatre grands parents qui seraient fiers de leur petite fille. Ma grand-mère Charlotte, je regrette tant ton absence.

Je dédie cette thèse à ma cousine Sandrine

Table des matières

| | |
|--|----|
| REMERCIEMENTS..... | 7 |
| LISTE DES TABLEAUX..... | 11 |
| LISTE DES FIGURES..... | 13 |
| LISTE DES ANNEXES..... | 15 |
| LISTE DES ABREVIATIONS..... | 16 |
| INTRODUCTION..... | 18 |
| PARTIE 1 : LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX..... | 20 |
| 1. Risques d’erreurs lors de la prise en charge médicamenteuse des patients en établissement de santé..... | 20 |
| 1.1 Les erreurs médicamenteuses..... | 20 |
| 1.2 La personne âgée, une personne à risques d’erreurs médicamenteuses..... | 22 |
| 1.3 Transition ville-hôpital..... | 23 |
| 1.3.1 Le dossier médical personnel (DMP)..... | 24 |
| 1.3.2 Le Dossier patient partagé et réparti (DPPR)..... | 24 |
| 2. La CTM : un moyen de diminution des erreurs médicamenteuses dans les établissements de santé..... | 25 |
| 2.1 Historique de sa mise en place..... | 25 |
| 2.1.1 La mise en place de la CTM aux Etats-Unis et au Canada..... | 25 |
| 2.1.2 Projets pilotes en France..... | 26 |
| 2.1.3 États des lieux pour une mise en place de la CTM..... | 27 |
| 2.2 La conciliation médicamenteuse en France..... | 27 |
| 2.2.1 Définition..... | 27 |
| 2.2.2 La conciliation médicamenteuse à l’admission ou « à l’entrée »..... | 28 |
| 2.2.3 La conciliation médicamenteuse à la sortie..... | 30 |
| 2.2.4 Cadre réglementaire..... | 31 |
| 3. Mise en place de la CTM au Centre Léon Bérard :..... | 32 |
| 3.1 Procédures mises en place avant la CTM par le CLB..... | 33 |
| 3.1.1 Gestion de la validation pharmaceutique..... | 33 |
| 3.1.2 Procédure de gestion des traitements personnels..... | 35 |
| 3.1.3 Dispositifs de partage d’informations..... | 36 |
| 3.1.4 Réunion de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse..... | 38 |
| 3.2 Étude pilote de 2015 : un premier pas vers la CTM..... | 38 |
| 3.3 Étude de faisabilité de la mise en place de la CTM en 2016..... | 39 |

| | | |
|--------------------------------------|---|----|
| 4. | Littérature sur le sujet | 40 |
| 4.1 | Études publiées de CTM chez la personne âgée dans un centre de cancérologie | 40 |
| 4.2 | Implication du pharmacien dans la CTM | 40 |
| PARTIE 2 : PATIENTS ET METHODE | | 42 |
| 1. | Contexte de l'étude..... | 42 |
| 2. | Objectifs de l'étude..... | 42 |
| 2.1 | Objectif principal..... | 42 |
| 2.2 | Objectifs secondaires | 42 |
| 2.3 | Type d'étude | 43 |
| 2.3.1 | Population de l'étude | 43 |
| 2.3.2 | Durée de l'étude | 44 |
| 2.3.3 | Justification du choix du site de l'étude | 44 |
| 3. | Descriptif du processus de CTM..... | 44 |
| 3.1 | Processus de conciliation médicamenteuse (CTM)..... | 44 |
| 3.1.1 | Acteurs du processus | 45 |
| 3.1.2 | Chronologie de la démarche de conciliation | 45 |
| 4. | Méthodologie du recueil des données | 46 |
| 4.1 | Données recueillies | 46 |
| 4.1.1 | Données administratives | 47 |
| 4.1.2 | Données portant sur les traitements médicamenteux..... | 47 |
| 4.1.3 | Données concernant l'état physiopathologique du patient..... | 48 |
| 4.1.4 | Automédication | 48 |
| 4.1.5 | Gestion traitement personnel | 48 |
| 4.1.6 | Adhésion médicamenteuse | 49 |
| 4.1.7 | Connaissances du patient sur les médicaments à risque | 49 |
| 4.1.8 | Temps dédié à l'activité de CTM..... | 50 |
| 5. | Tableau de synthèse..... | 50 |
| 6. | Critères d'évaluation..... | 50 |
| 6.1 | Critère de temps | 51 |
| 6.2 | Taux de conciliation | 51 |
| 6.3 | Taux d'intervention | 51 |
| 6.4 | Interventions pharmaceutiques | 51 |
| 6.4.1 | Analyse des interventions pharmaceutiques | 51 |
| 6.5 | Observance | 52 |
| 7. | Questionnaire médecins/soignants..... | 52 |

| | |
|---|-----|
| PARTIE 3 : RESULTATS..... | 53 |
| 1. Taux de patients conciliés | 53 |
| 2. Temps moyen de la conciliation par patient..... | 54 |
| 3. Sources d'information..... | 55 |
| 4. Interventions pharmaceutiques (IP) | 55 |
| 4.1 Interventions pharmaceutiques non acceptées | 57 |
| 4.1.2 Classes thérapeutiques des médicaments concernés | 60 |
| 4.2 Interventions pharmaceutiques acceptées | 64 |
| 4.2.2 Classes thérapeutiques des médicaments concernés | 66 |
| 5. Gestion du traitement personnel | 71 |
| 6. Connaissance des médicaments à risque | 72 |
| 7. Automédication | 73 |
| 7.1 Homéopathie | 74 |
| 7.2 Phytothérapie | 74 |
| 7.3 Allopathie..... | 75 |
| 8. Observance | 76 |
| 9. Questionnaire soignants | 77 |
| PARTIE 4 : DISCUSSION | 84 |
| 1. Limites méthodologiques de notre étude | 84 |
| 1.1 Choix de la population d'étude..... | 84 |
| 1.2 Choix de l'approche rétroactive | 84 |
| 2. Rappel des principaux résultats et comparaison aux données de la littérature | 85 |
| CONCLUSIONS..... | 98 |
| REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... | 101 |
| ANNEXES | 107 |

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n° 1 : Liste des médicaments à risques pour les patients âgés (p. 34)

Tableau n° 2 : Evolution de la durée de la CTM au cours du temps par mois (p. 54)

Tableau n° 3 : Descriptif des interventions pharmaceutiques réalisées (p. 56)

Tableau n° 4 : Interventions Pharmaceutiques non acceptées (p. 58)

Tableau n° 5 : Classe des médicaments omis mais dont l'IP qui en résulte n'est pas acceptée (p. 60)

Tableau n° 6 : Classe des médicaments surdosés mais dont l'IP qui en résulte n'est pas acceptée (p. 61)

Tableau n° 7 : Classe des médicaments dont la voie d'administration présente un problème mais dont l'IP qui en résulte n'est pas acceptée (p. 61)

Tableau n° 8 : Classe des médicaments dont l'indication n'est pas documentée mais dont l'IP qui en résulte n'est pas acceptée (p. 62)

Tableau n° 9 : Classe des médicaments présentant un problème mais dont l'IP qui en résulte n'est pas acceptée (p. 62)

Tableau n° 10 : Classe des médicaments sous dosés mais dont l'IP qui en résulte n'est pas acceptée (p. 62)

Tableau n° 11 : Classe des médicaments présentant une nécessité de réévaluation mais dont l'IP qui en résulte n'est pas acceptée (p. 63)

Tableau n° 12 : Classe des médicaments présentant un problème de durée ou de moment d'administrations mais dont l'IP qui en résulte n'est pas acceptée (p. 63)

Tableau n° 13 : Interventions pharmaceutiques acceptées (p. 64)

Tableau n° 14: Classe des médicaments omis dont l'IP qui en résulte est acceptée (p. 67)

Tableau n° 15 : Classe des médicaments présentant une interaction médicamenteuse et dont l'IP qui en résulte est acceptée (p. 68)

Tableau n° 16 : Classe des médicaments dont l'indication n'est pas documentée et dont l'IP qui en résulte est acceptée (p. 68)

Tableau n° 17 : Classe des médicaments nécessitant un bilan biologique et dont l'IP qui en résulte est acceptée (p. 69)

Tableau n° 18: Classe des médicaments présentant un problème de galénique dont l'IP qui en résulte est acceptée (p. 69)

Tableau n° 19 : Classe des médicaments surdosés dont l'IP qui en résulte est acceptée (p. 69)

Tableau n° 20 : Classe des médicaments sous dosés dont l'IP qui en résulte est acceptée (p. 70)

Tableau n° 21 : Classe des médicaments devant être réévalués dont l'IP qui en résulte est acceptée (p. 70)

Tableau n° 22 : Allopathie dans l'automédication (p. 75)

Tableau n° 23 : Réponses obtenues à la question 1 (p. 77)

Tableau n° 24 : Réponses obtenues à la question 2 (p. 78)

Tableau n° 25 : Réponses générales obtenues à la question 3 (p. 79)

Tableau n° 26 : Réponses obtenues à la question 4 (p. 80)

Tableau n° 27 : Réponses obtenues à la question 5 (p. 81)

Tableau n° 28 : Réponses obtenues à la question 6 (p. 82)

Tableau n° 29 : Réponses obtenues à la question 7 (p.83)

LISTE DES FIGURES

Figure n° 1: Modalités de gestion du traitement personnel du patient hospitalisé (p. 35)

Figure n° 2: Transmission d'informations via DPPR/ZEPRA (p. 37)

Figure n° 3 : Evolution de la durée de la CTM au cours du temps par mois (p. 54)

Figure n° 4 : Descriptif des interventions pharmaceutiques réalisées (p. 57)

Figure n° 5 : Interventions pharmaceutiques non acceptées (p. 59)

Figure n° 6 : Interventions pharmaceutiques acceptées (p. 65)

Figure n° 7 : Gestion du traitement personnel des patients conciliés (p. 71)

Figure n° 8 : Connaissance des traitements à risques (p. 73)

Figure n° 9 : Automédication (p. 74)

Figure n° 10 : Automédication : focus sur l'allopathie (p. 76)

Figure n° 11 : Observance des patients conciliés (p. 76)

Figure n° 12 : Réponses générales obtenues à la question 1 (p. 77)

Figure n° 13 : Réponses par soignants obtenues à la question 1 (p. 77)

Figure n° 14 : Réponses générales obtenues à la question 2 (p. 78)

Figure n° 15 : Réponses par soignants obtenues à la question 2 (p. 78)

Figure n° 16 : Réponses générales obtenues à la question 3 (p. 79)

Figure n° 17 : Réponses par soignants obtenues à la question 3 (p. 79)

Figure n° 18 : Réponses générales obtenues à la question 4 (p. 80)

Figure n° 19 : Réponses par soignants obtenues à la question 4 (p. 80)

Figure n° 20 : Réponses générales obtenues à la question 5 (p. 81)

Figure n° 21 : Réponses par soignants obtenues à la question 5 (p. 81)

Figure n° 22 : Réponses générales obtenues à la question 6 (p. 82)

Figure n° 23 : Réponses par soignants obtenues à la question 6 (p. 82)

Figure n° 24 : Réponses générales obtenues à la question 7 (p. 83)

Figure n° 25 : Réponses par soignant obtenues à la question 7 (p. 83)

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Modalités de gestion des traitements personnels des patients hospitalisés (p. 107)

Annexes 2 et 3 : Processus de conciliation médicamenteuse (p. 110 et 112)

Annexe 4 : Grille de recueil (p. 115)

Annexe 5 : Tableau de synthèse (p. 116)

Annexe 6 : Questionnaire soignants (p. 117)

LISTE DES ABREVIATIONS

AHU : Année Hospitalo-Universitaire

BCM : Bilan Comparatif Médicamenteux

BMO : Bilan Médicamenteux Optimisé

BO : Bon Observant

CLB : Centre Léon Bérard

CPS : Carte de Professionnel de Santé

CSSC : Congrès des Soins de Support en Cancérologie

CTM : Conciliation des Traitements Médicamenteux

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DMP : Dossier Médical Personnel

DI : Divergences Intentionnelles

DNI : Divergences Non Intentionnelles

DP : Dossier Pharmaceutique

DPI : Dossier Patient Informatisé

DPPR : Dossier Patient Partagé et Réparti

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EIM : Evénement Iatrogène Médicamenteux

EM : Erreur Médicamenteuse

EIG : Effet Indésirable Grave

ENEIS : Evénements Indésirables Graves Liés aux Soins

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HBPM : Héparine de Bas Poids Moléculaire

HPST : Hôpital, Patient, Santé et Territoires

IDE : Infirmier Diplômée d'Etat

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IEC : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion

IP : Intervention Pharmaceutique

IPP : Inhibiteur de la Pompe à Protons

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

NO: Non Observant

OMA: Ordonnance des Médicaments prescrits à l'Admission

OM : Observant Mineur

OMEDIT: Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation
Thérapeutique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PPS : Plan Personnalisé de Soins

RGO : Reflux Gastro -Œsophagien

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

SOP : Standard Operating Protocols

SPECM : Les réunions de Sécurisation de la Prise en Charge Médicamenteuse

ZEPR : Zéro Echange Papier en Rhône-Alpes

INTRODUCTION

Le 29 mars 2017, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a inauguré une initiative mondiale afin de réduire de 50 % les effets graves évitables des erreurs de médication dans tous les pays au cours des cinq prochaines années.

Cette problématique fait l'objet d'un défi mondial afin de lutter contre les erreurs médicamenteuses, événements considérés comme évitables et faiblesse des systèmes de santé quel que soit le niveau de richesse des différents pays.

L'objectif de l'Organisation Mondiale de la Santé est de diminuer ces erreurs, responsables de préjudices divers chez 1,3 millions de personnes aux Etats-Unis chaque année et représentant un coût annuel estimé à 42 milliards de dollars à travers le monde.

Dans son rapport (1), l'OMS déclare que *« la plupart des erreurs médicamenteuses résultent de failles dans l'organisation et la coordination des soins, surtout lorsque les soignants sont nombreux à intervenir dans la prise en charge d'un patient. Une culture institutionnelle fondée sur le respect systématique des bonnes pratiques et l'absence de réprobation quand des erreurs sont commises offre les meilleures conditions pour sécuriser les soins. »*

La conciliation des traitements médicamenteux (CTM) représente un moyen de lutter contre ces erreurs médicamenteuses, potentiellement présentes dans toutes les prescriptions. Cette activité, encouragée par les autorités de santé, se développe au sein des structures hospitalières afin de répondre au mieux à cette problématique.

Les points de transitions tels que l'admission ou la sortie des patients de l'hôpital peuvent être à risque d'erreurs médicamenteuses : les lacunes de transmission d'information durant le parcours de soins, notamment entre la prise en charge par les praticiens libéraux et la prise en charge hospitalière peuvent être à l'origine d'erreurs lors de la reconduite de médicaments pris quotidiennement par les patients durant l'hospitalisation et à l'issue de celle-ci.

La conciliation constitue une approche pluridisciplinaire, basée sur la communication interprofessionnelle d'informations sur les traitements médicamenteux des patients à l'entrée et la sortie de l'hôpital.

Le Centre Léon Bérard (CLB) a initié depuis deux ans la mise en place de la conciliation des traitements médicamenteux à l'entrée, ciblant la population âgée, au sein de trois services.

Une étude menée en 2015 a permis d'établir un état des lieux dans le but de déployer l'activité, suivie en 2016 d'une seconde étude pilote de faisabilité portant cette fois sur la réalisation de conciliations de traitements médicamenteux. Celle-ci a permis de mettre en place la méthodologie de la procédure de conciliation au Centre Léon Bérard.

La démarche de ce présent travail est la réalisation de conciliation de traitements médicamenteux à plus grande échelle sur un nombre de patients plus important, dans le but d'une mise en place en routine de cette activité au sein du Centre Léon Bérard pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse des patients âgés atteints de cancer.

PARTIE 1 : LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

1. Risques d'erreurs lors de la prise en charge médicamenteuse des patients en établissement de santé.

1.1 Les erreurs médicamenteuses

L'iatrogénie est une problématique majeure dans le parcours de soins médicamenteux des patients : en effet les événements iatrogènes médicamenteux (EIM) seraient responsables d'environ un événement iatrogène sur cinq (2).

On peut définir une EIM comme toute situation présentant un effet délétère associé à l'utilisation d'un médicament. Cela inclut donc à la fois des événements qui sont malheureusement non évitables, tels les effets indésirables propres à chaque médicament mais également des événements évitables, les erreurs médicamenteuses (EM). L'erreur médicamenteuse est définie par la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) comme « un écart par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient ». Cet écart relatif peut alors être à l'origine d'un risque voire même de la survenue d'un événement indésirable pour le patient (3).

L'erreur médicamenteuse peut être évitée car elle est la conséquence d'une défaillance lors de la prise en charge.

Les Etats-Unis ont été les premiers à soulever cette problématique : des études intitulées "adverse drug event " se sont intéressées à leur incidence dès la fin des années 1990. The US Institute of Medicine, a publié en 1999 que la mort de 44 000 à 98 000 patients pourraient être imputables aux erreurs médicamenteuses (4).

En France, les premières études menées se sont intéressées à l'occurrence des événements iatrogènes en milieu hospitalier :

En 2004, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de la Santé, a réalisé une étude nationale qui s'intéresse aux Evénements Indésirables Graves Liés aux Soins (ENEIS). Pour la première fois, les Evènements Indésirables Graves (EIG) qui apparaissent chez des patients hospitalisés ont pu être quantifiés. L'étude s'est également intéressée à la part d'évitabilité de ces EIG, soulevant ainsi la problématique de l'iatrogénie médicamenteuse provenant directement d'une erreur commise lors de la prise en charge médicamenteuse.

La DREES a décidé de renouveler cette étude en 2009 afin d'approfondir ce sujet : 374 EIG ont été identifiés, dont 214 sont survenus au cours de l'hospitalisation et 160 sont à l'origine d'une hospitalisation. De plus, cette étude a démontré que les médicaments sont la cause de 42% des EIG qui ont entraîné une hospitalisation, et parmi ces EIG, 58 étaient évitables. Parmi les patients victimes d'évènements iatrogènes, 26% des EIG étaient liés aux médicaments et 43% jugés évitables (5).

En 2009, l'Institut National de Veille Sanitaire a réalisé une expérimentation pendant 18 mois basée sur la déclaration des EIG liés aux soins en établissements de santé. Celle-ci s'est déroulée dans quatre régions de France (Aquitaine, Franche Comté, Ile-de-France et Rhône-Alpes). Au final, 250 EIG ont été déclarés, et parmi eux 11% étaient attribués à des erreurs médicamenteuses (6).

Ces évènements évitables posent donc la problématique de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse au sein des établissements de santé. Si l'on ne peut agir malheureusement sur l'iatrogénie non évitable, il est nécessaire de mettre en place des actions dans le but de diminuer le nombre d'erreurs médicamenteuses qui peuvent être évitées.

1.2 La personne âgée, une personne à risques d'erreurs médicamenteuses

À partir de 75 ans, la présence simultanée d'au moins deux maladies chroniques est très fréquente. Aux risques liés à la polypathologie, s'ajoutent ceux liés à la polymédication et à la multiplicité de prescripteurs. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), l'âge et la polypathologie majorent les risques d'iatrogénie médicamenteuse et de faible observance (7).

Le risque médicamenteux est plus important chez la personne âgée : Il est généralement associé à un effet indésirable.

Les effets indésirables sont deux fois plus fréquents après 65 ans qu'avant ; 10 à 20 % de ces effets indésirables conduisent à une hospitalisation. Entre 4 et 17 % des admissions des personnes de plus de 65 ans en milieu hospitalier sont liées à un effet indésirable d'un médicament. 20 % des hospitalisations des plus de 80 ans sont en relation avec un effet médicamenteux (8).

L'étude de 2004 menée par la DRESS (5) indique également que la fragilité du patient (notamment l'âge) est associée à plus de 80 % des EIG identifiés pendant l'hospitalisation. En effet la survenue d'erreur médicamenteuse chez la population âgée aura des conséquences plus graves du fait de capacités biologiques réduites, de polypathologies généralement associées ou encore d'un ajout de survenue d'effets indésirables médicamenteux par une polymédication : la prise de nombreux traitements est, là encore, un facteur de risque supplémentaire d'erreur médicamenteuse lors de la prescription et de la gestion des traitements au sein des milieux hospitaliers.

La HAS a émis des recommandations afin d'améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments dans cette population (9). On retrouve dans ce document, parmi les différentes situations à risque d'EIM, les transitions d'un secteur sanitaire à l'autre ou les changements thérapeutiques récents. Pour lutter contre les événements iatrogènes chez le sujet âgé, il faut « établir la liste complète et actualisée des médicaments pris, ou arrêtés, y compris en automédication, et les analyser ». Elle insiste également sur la

nécessité de la collaboration interprofessionnelle et du rôle du pharmacien dans l'analyse de la prescription.

Au sein du Centre Léon Bérard, la population âgée atteinte de cancer est encore plus à risque du fait de traitements lourds associés, notamment des anticancéreux.

Le risque d'iatrogénie médicamenteuse de cette catégorie de patients doit donc faire l'objet d'une sécurisation supplémentaire lors de la prise en charge.

1.3 Transition ville-hôpital

Durant le parcours de soin patient au sein d'un établissement de santé, certains « points de transition » sont à risque d'erreur médicamenteuse tels que l'entrée et la sortie ou encore les différents transferts. Aucun processus formalisé et réalisé en systématique n'existe à ce jour afin de dresser une liste exhaustive des traitements médicamenteux pris en ambulatoire par les patients. Cette liste est pourtant capitale en vue de reconduire les traitements chroniques des patients lors de leur hospitalisation : elle constitue un moyen efficace de lutter contre le risque d'erreurs médicamenteuses.

En 2005, Tam et al. réalisent une étude qui démontre que parmi les patients hospitalisés, au moins 10 à 67 % sont victimes au minimum d'une erreur dans leur prescription d'entrée en comparaison à leur traitement habituel (10). On retrouve un taux de 53,6% de patients dont l'ordonnance d'entrée comporte au moins une erreur dans une autre étude (11).

Vira et al., dans une étude de 2006 indiquent, quant à eux, que 38% des patients ont une ordonnance d'entrée à l'hôpital présentant au moins une divergence avec leur traitement pris à leur domicile avant l'hospitalisation. Cette étude s'intéresse également aux ordonnances de sortie de l'hôpital, avec 41% des ordonnances de sortie comportant au moins une erreur (12).

Ce manque de transmission d'information entre les prescriptions des praticiens libéraux et praticiens hospitaliers pose donc un problème en termes de prise en charge dans les établissements de santé : les patients se retrouvent exposés à un risque d'erreur

médicamenteuse dont les conséquences peuvent parfois être lourdes. Dans le but d'assurer la continuité de la prise en charge du patient, différents dispositifs de partage d'informations ont été créés, avec des résultats contrastés.

1.3.1 Le dossier médical personnel (DMP)

Le Dossier médical personnel (DMP) est un dossier médical informatisé disponible sur internet. Il a été créé en 2004 des suites du projet de loi n° 2004-810 du 13 août 2004 (13). Il s'agit d'un partage d'informations par les professionnels de santé pour la prise en charge d'un patient. Cependant, en 2015, seuls 579 352 dossiers étaient créés, les coûts étant trop importants. C'est pourquoi le DMP a été rediscuté dans le projet de loi santé 2015 et rebaptisé « dossier médical partagé » avec une création qui se fait par les assurés eux-mêmes via leur compte Ameli. Il sera alors alimenté par les données relatives aux remboursements des douze derniers mois.

1.3.2 Le Dossier patient partagé et réparti (DPPR)

Le DPPR a été instauré en 2005 par le groupement de coopération sanitaire d'information en santé en Rhône Alpes. Ce dossier a pour but également un partage d'informations médicales sécurisées. En effet, seuls des professionnels habilités peuvent le consulter en s'identifiant avec leur CPS (14).

Dix ans après, 2,4 millions de DPPR sont créés. Le médicament reste le « maillon faible » de ce dossier, en raison de la non structuration informatique des données le concernant à l'intérieur d'un document électronique très riche en informations médicales très diverses. Seuls des fichiers « texte » ou des images d'ordonnances manuscrites sont consultables.

Afin de pallier ce manque d'échanges d'informations et de lutter contre le risque d'erreurs médicamenteuses qui peut en découler, de plus en plus d'actions sont déployées dans les établissements de santé. Parmi elles, on retrouve la conciliation médicamenteuse qui a pour

objectif de diminuer les erreurs médicamenteuses. Elle s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, en favorisant la transmission d'informations médicamenteuses entre professionnels de santé (15).

2. La CTM : un moyen de diminution des erreurs médicamenteuses dans les établissements de santé.

2.1 Historique de sa mise en place

2.1.1 La mise en place de la CTM aux Etats-Unis et au Canada

La CTM est née en Amérique. Elle est même devenue une activité nécessaire à la certification des établissements de santé au Canada mais également aux Etats-Unis.

C'est en 2005 que la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), la commission d'accréditation américaine a mis en place cette activité nommée « medication reconciliation » afin de sécuriser les points de transition du parcours du patient jugé à risque d'erreur médicamenteuse. La JCAHO explique que cette activité doit permettre d'établir une liste exhaustive des traitements pris habituellement par un patient. Il s'agit ensuite de comparer cette liste aux médicaments effectivement donnés lors de l'hospitalisation. La liste établie doit faire l'objet d'une diffusion auprès de l'ensemble des acteurs de la prise en charge du patient (16).

Au Canada, toujours en 2005, l'Institut Canadien pour la Sécurité des Patients met en place une campagne « Soins de santé plus sécuritaire maintenant ! » qui instaure alors la CTM. En effet, une procédure est mise en place afin d'obtenir le « bilan comparatif médicamenteux » (BCM). Celui-ci permet d'acquérir de façon précise, et avec l'aide des patients et de leur entourage, les informations sur les traitements pris en ambulatoire afin d'éviter des erreurs de prescriptions hospitalières.

Depuis 2006, le BCM est une pratique requise pour l'agrémentation de structure de santé par les organismes d'agrémentation au Canada (17).

2.1.2 Projets pilotes en France

En France, l'activité de conciliation des traitements médicamenteux est apparue en 2006 avec le lancement d'un projet par l'Organisation Mondiale de la Santé. Il s'agit du projet High'5s/MedRec réunissant huit pays : l'Australie, l'Allemagne, Singapour, les Pays Bas, le Canada, les Etats-Unis, la République de Trinité et Tobago et la France.

L'objectif général de ce projet est d'évaluer la faisabilité ainsi que l'impact de solutions standardisées (« Standard Operating Protocols », SOP) déployées dans les établissements de santé et visant à réduire les problèmes majeurs en terme de sécurité de la prise en charge des patients.

Cette étude s'est déroulée sur cinq ans au sein des huit pays participants.

La France s'est engagée en 2009 dans ce projet avec deux actions prioritaires :

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

Ce projet MedRec s'intéresse aux patients de plus de 65 ans admis au service des urgences et hospitalisés ensuite dans un service de court séjour parmi 9 établissements de santé (18).

Les données et résultats ont été recueillis durant cinq années, ce qui a abouti à la publication d'un Rapport d'expérimentation en septembre 2015. Celui-ci présente les résultats obtenus dans les neuf établissements de santé français participants et ainsi que les moyens nécessaires pour la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse. Des fiches pratiques ont été élaborées à la suite de cette étude afin de promouvoir le développement de cette activité dans l'ensemble des établissements Français.

2.1.3 États des lieux pour une mise en place de la CTM

En 2015, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a mis en place une enquête auprès des établissements de santé publics, privés à but lucratif, et privés d'intérêt collectif, visant à établir un état des lieux de la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse (secteurs, cibles, ressources, difficultés, indicateurs) et à identifier les besoins des acteurs pour impulser sa mise en œuvre (19).

2.2 La conciliation médicamenteuse en France

2.2.1 Définition

La conciliation des traitements médicamenteux (CTM) permet une sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient. En effet, la mise en place de cette activité a pour but de détecter et corriger les erreurs médicamenteuses (20).

Il s'agit « d'un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. La CTM associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé, aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts. » (21).

Le collège de la HAS a donné une définition de la conciliation des traitements médicamenteux en mars 2015, afin de clarifier l'activité. Par la suite, un guide a été rédigé en décembre 2016 par un collège de professionnels mais également de patients.

Ce guide intitulé « Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé » a pour but d'aider les professionnels de santé à appréhender, comprendre et mettre en œuvre l'activité dans leur établissement (22).

2.2.2 La conciliation médicamenteuse à l'admission ou « à l'entrée »

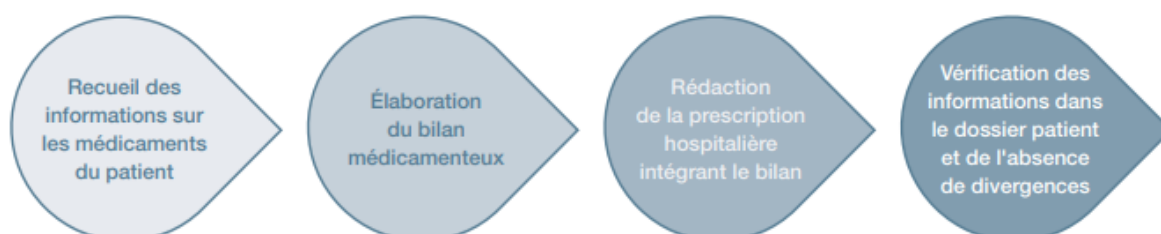
A l'entrée dans un établissement de santé, la conciliation médicamenteuse a pour vocation de garantir la continuité des soins en intégrant à une nouvelle prescription les traitements en cours du patient (23).

La conciliation médicamenteuse est une activité comportant différentes étapes. Il s'agit tout d'abord de mener une recherche rigoureuse afin d'obtenir un maximum d'informations sur les traitements pris par le patient à son domicile. Ces médicaments peuvent être prescrits par des médecins libéraux ou hospitaliers mais également pris en automédication. Certaines médications peuvent également relever de médecines complémentaires ou alternatives.

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

- La conciliation est dite « proactive » lorsque le recueil du traitement habituel du patient est réalisé avant la rédaction de la prescription d'entrée.

Les différentes étapes de la conciliation proactive du guide de la HAS (22) sont détaillées ci-après :



- On parle de conciliation « rétroactive » lorsque la prescription d'admission est faite avant d'avoir obtenu le traitement habituel du patient.

Les différentes étapes de la conciliation rétroactive du guide de la HAS (22) sont détaillées ci-après :

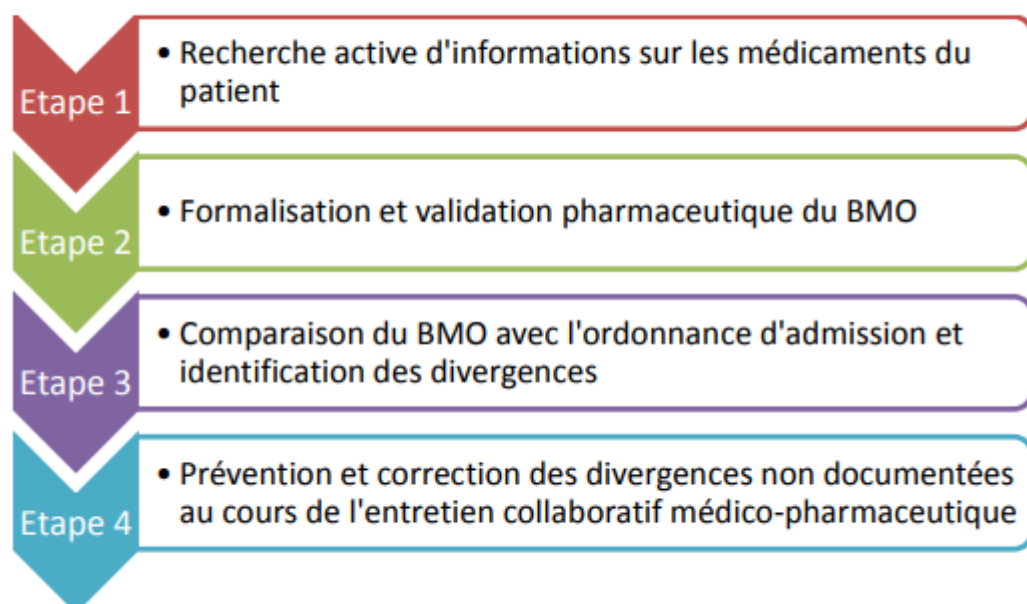


Selon la SFPC, il est nécessaire de croiser trois sources minimum afin que les résultats de la recherche soient le plus fiable possible (24). Ces différentes sources peuvent être : l'entretien avec le patient (et/ou l'aidant familial), la consultation des ordonnances et/ou des boîtes de médicaments, le Dossier Patient Informatisé (DPI), le Dossier Pharmaceutique (DP), la pharmacie d'officine, le médecin traitant, ou encore d'autres professionnels libéraux.

Une fois les sources consultées et croisées, une liste de médicaments pris par le patient est alors obtenue : Il s'agit du bilan médicamenteux optimisé ou encore BMO. Ce dernier détaille de manière exhaustive les traitements pris par le patient.

Après validation par le pharmacien, le BMO permet de mettre en avant des potentielles discordances avec la prescription hospitalière. Les « divergences » devront être analysées pour savoir s'il s'agit de divergences intentionnelles documentées, intentionnelles non documentées (défaut de traçabilité) ou non intentionnelles (erreur médicamenteuse). Cette étape nécessite une discussion entre le médecin et le pharmacien afin de pouvoir corriger les divergences qui sont non intentionnelles (21).

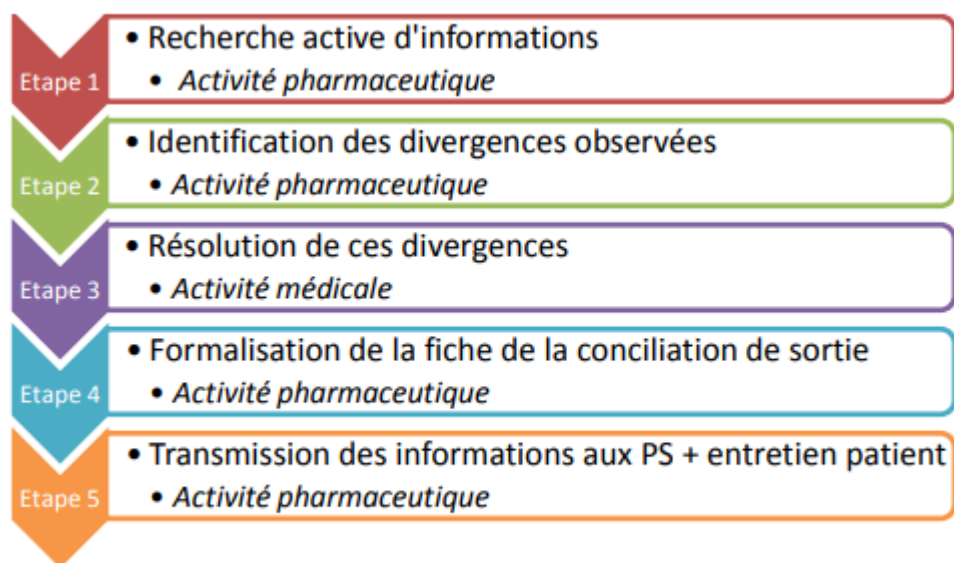
Les différentes étapes de la conciliation médicamenteuse, « Standard Operating Protocols » (SOP), sont résumées ci-après.



2.2.3 La conciliation médicamenteuse à la sortie

La sortie de l'hôpital constitue également un point de transition critique dans le risque d'erreur médicamenteuse lors de la prescription de l'ordonnance de sortie. La CTM de sortie permet également une continuité de soins avec les acteurs de santé de ville et notamment le lien avec le médecin généraliste et la pharmacie d'officine en transmettant les potentielles modifications apportées aux traitements du patient suite à son hospitalisation.

La conciliation médicamenteuse à la sortie d'hospitalisation n'a pas fait l'objet d'une étude dans le cadre du projet MedRec, cependant cinq étapes sont décrites par Baum T. ; un processus rigoureux permet la réalisation de la conciliation des traitements médicamenteux lors de la sortie de l'hôpital et le retour au domicile des patients (25) :



2.2.4 Cadre réglementaire

Actuellement la CTM n'est pas imposée dans les textes en vigueur. Cependant, ces dernières années, est menée une politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient et notamment la sécurité de celle-ci. La CTM trouve donc sa place parmi cette dynamique et serait un moyen supplémentaire pour les établissements de santé d'améliorer la qualité de la prise en charge du patient en luttant contre les erreurs médicamenteuses.

Par conséquent, l'activité de CTM se justifie dans des textes réglementaires : la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique énumère plusieurs points dans un objectif de réduction des effets indésirables graves associés aux soins (26).

Par ailleurs en 2009 la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPTS), rend obligatoire dans les hôpitaux la mise en œuvre d'une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leur activité (27). L'activité de conciliation entre également dans l'objectif d'amélioration de la continuité des soins ville/hôpital que prône cette loi.

Un arrêté du 6 avril 2011 impose aux établissements de santé la mise en place d'un système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse au sein des établissements de santé français. Le but de ce texte est de « s'assurer que la prescription est conforme aux données de références et qu'elle permet de garantir la continuité et la qualité de la prise en charge médicamenteuse à l'admission jusqu'à la sortie du patient » (28).

L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) émet un rapport en mai 2011 relatif à la continuité de la prise en charge des patients et notamment aux différents points de transition. Ce dernier préconise notamment la réalisation de CTM à l'entrée des patients au sein des établissements de santé (29).

Enfin la CTM entre également en compte dans la certification avec la mise en place du management de la prise en charge médicamenteuse. Le manuel de certification des établissements de santé V2010 de janvier 2014 stipule l'établissement de la continuité de la prise en charge et mentionne la nécessité de prendre en compte le traitement personnel du patient à l'admission et de documenter la liste du médicament établie aux différents transferts (30).

La CTM est un moyen de répondre à la politique de santé en termes de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) en lien avec la HAS en ont d'ailleurs fait l'un des thèmes lors de la semaine de la sécurité des patients en novembre 2015 : « la sécurité des patients aux points de transition de leur parcours de soins ». La CTM a été alors présentée comme une solution efficace d'amélioration de la sécurisation de la prise en charge patient (31).

3. Mise en place de la CTM au Centre Léon Bérard :

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

Dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des patients, différents moyens sont mis en place par le CLB pour assurer une sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients du Centre.

3.1 Procédures mises en place avant la CTM par le CLB

3.1.1 Gestion de la validation pharmaceutique

La validation des prescriptions sur le logiciel de l'hôpital « Cristal Net » par les pharmaciens du Centre Léon Bérard fait l'objet d'une procédure.

Cette procédure distingue deux niveaux de validation pharmaceutique : le premier niveau concerne l'ensemble des patients et permet une détection par le pharmacien de problèmes tels que des contre-indications, des interactions ou encore des problèmes de posologies.

Le deuxième niveau de validation pharmaceutique est mis en place pour les patients jugés à risques c'est-à-dire âgés de plus de 75 ans et ayant dans leur prescription au moins un médicament à risque (héparine de bas poids moléculaire [HBPM] ou benzodiazépine à demi-vie longue) ainsi que les patients ayant une chimiothérapie orale ou du potassium injectable. En plus de la validation pharmaceutique de niveau 1 de la prescription, les paramètres biologiques et les caractéristiques cliniques des sujets âgés sont pris en compte.

Dès lors qu'un médicament considéré « à risque » est présent sur une prescription d'une personne âgée, une attention particulière est alors portée par le pharmacien responsable de la validation de la prescription.

La liste des médicaments à risque pour les patients âgés retenue au CLB est présentée ci-dessous.

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

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

A la suite de son analyse pharmaceutique de la prescription, le pharmacien peut alors :

- valider la prescription
- valider sous réserve la prescription avec une annotation au prescripteur
- refuser la validation en cas de contre-indication absolue ou de risque vital. Le prescripteur est alors contacté par le pharmacien.

Chaque remarque faite par le pharmacien est tracée sur le logiciel, qui dispose de différents onglets d'annotations : adaptation de posologie, substitution, suivi thérapeutique, voie d'administration, arrêt.

La conciliation médicamenteuse permet d'expérimenter un niveau de validation supérieur, à savoir un niveau 3 de validation des ordonnances.

3.1.2 Procédure de gestion des traitements personnels

Afin de sécuriser la prise en charge médicamenteuse au sein du Centre, une procédure est mise en place lors de l'admission des patients à l'hôpital (annexe 1). Le personnel soignant doit récupérer les médicaments éventuellement apportés par les patients lors de leur hospitalisation.

Le Centre gère en effet toutes les administrations de médicaments ; c'est la pharmacie de l'hôpital qui fournit les médicaments prescrits par les médecins du Centre pour chaque patient hospitalisé. Cette procédure est mise en place afin, tout d'abord, de s'assurer de la bonne prise des médicaments par les patients mais également d'éviter un surdosage par la prise concomitante de ces traitements personnels : ceux-ci, prescrits sur « cristal net » par le médecin du CLB seront redonnés par les infirmières, qui n'ont alors pas connaissance de leur présence dans la chambre du patient.

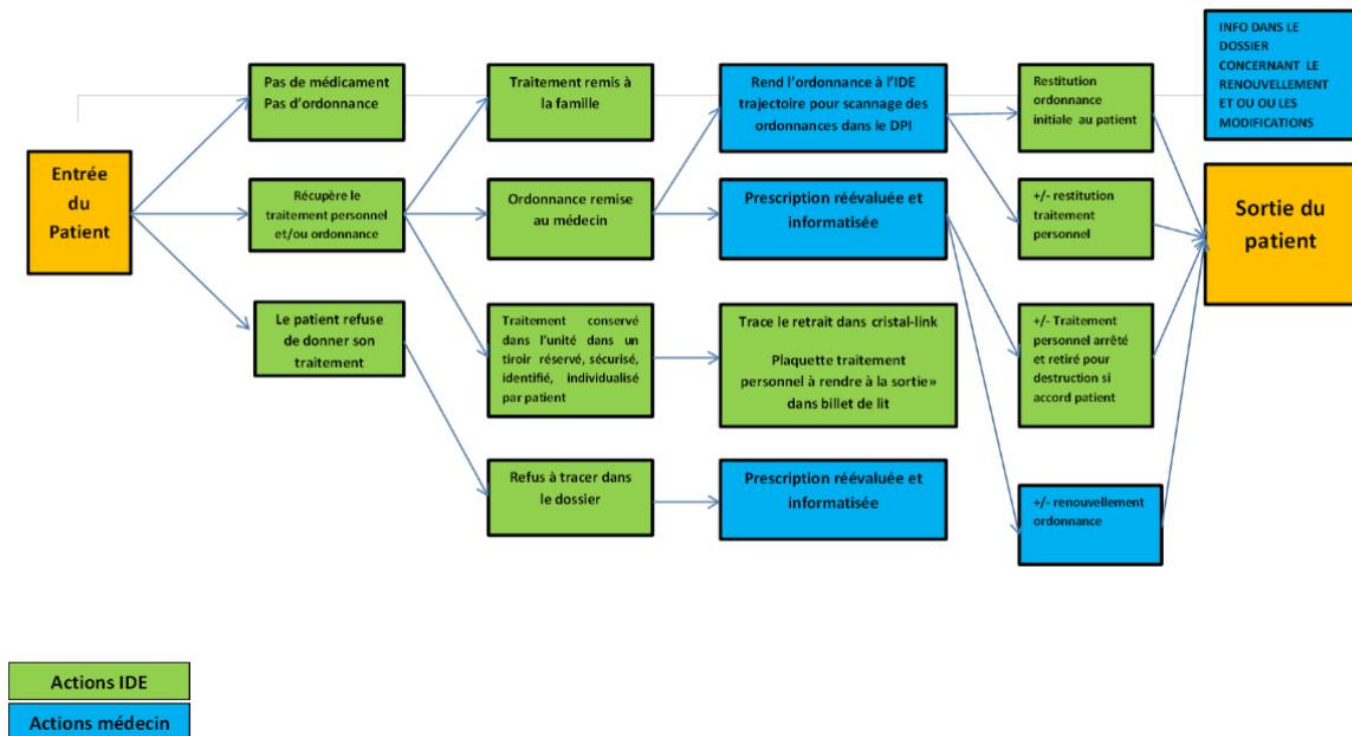


Figure 1: Modalités de gestion du traitement personnel du patient hospitalisé

Une plaquette d'information est diffusée à tous les patients hospitalisés afin d'expliquer cette procédure de gestion des traitements.

3.1.3 Dispositifs de partage d'informations

Actuellement, le dossier pharmaceutique (DP) n'est pas consultable au niveau du CLB, ce qui constitue à l'évidence un frein. Quelques établissements hospitaliers mènent actuellement une expérience de consultation du DP ; au CLB un tel choix n'a pas été fait car c'est un logiciel qu'il est impossible d'interfacer en l'état avec un environnement informatique médical local à la fois très large et très intégré.

Un outil, le zéro échange papier en Rhône Alpes (ZEPPRA) (33), intégré au logiciel interne du Centre est en cours de mise en place. Il permet des échanges d'informations sur la prise en charge du patient au sein du Centre et ne peut se faire qu'avec l'accord préalable du patient. Les coordonnées et les adresses mails de l'immense majorité des praticiens libéraux (médecins et pharmaciens) étant enregistrées, ceci permet de transmettre directement aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge d'un patient, de recevoir les comptes rendus d'hospitalisations, les ordonnances de sortie, les programmes personnalisés de soins (PPS), ainsi que des mots libres. Le PPS est élaboré au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire, puis proposé au patient lors d'une consultation spécifique dans le cadre du dispositif d'annonce. A l'issue de cette consultation, le médecin remet au patient ce PPS qui indique le ou les traitement(s) à réaliser, leur durée, le lieu et les dates prévisibles auxquelles ils doivent se dérouler. Le PPS est adapté ou interrompu en fonction du déroulement des traitements, de leur efficacité, de l'évolution de la maladie. De même, par ce même système, le pharmacien peut remettre au patient et transmettre en temps réel au pharmacien d'officine, ce qui s'apparente à un « PPS médicament », à savoir des conseils particuliers sur le ou les médicament(s) rétrocedé(s) (principalement nouveaux anti-cancéreux oraux).

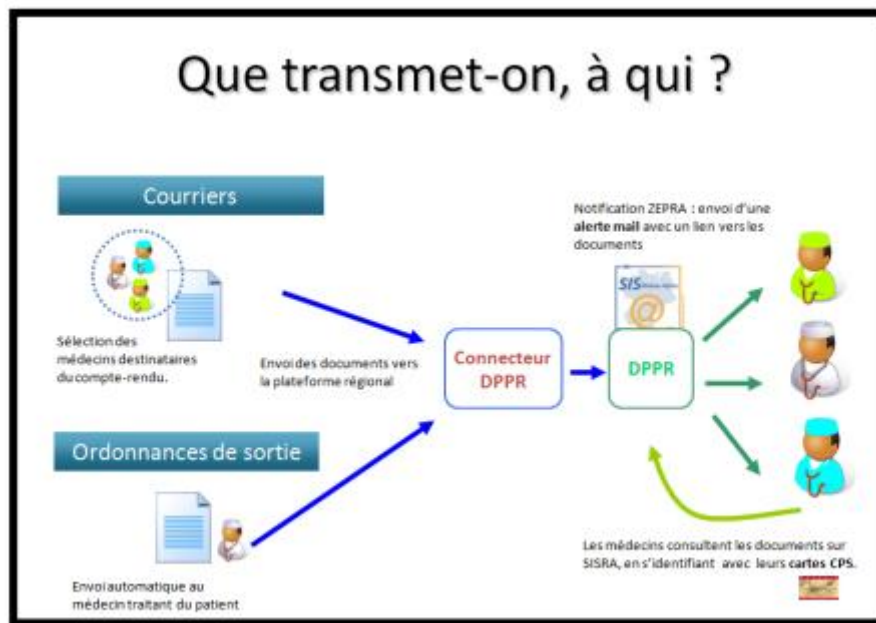


Figure 2: Transmission d'informations via DPPR/ZEPRA (Source: Sisra)

En évolution de ZEPRA, « MonSisra », un système de messagerie, a été mis en place, et permet aux acteurs de santé de ville d'échanger de façon simple, rapide et gratuite des informations médicales, en conformité avec la réglementation. Il permet notamment de consulter les messages ZEPRA adressés par les différents professionnels de santé quotidiennement, d'écrire des nouveaux messages sécurisés, et d'intégrer des documents du logiciel patient.

Cette messagerie est de plus en plus utilisée au CLB avec les coordonnées de 80 % des officines lyonnaises répertoriées : elle permet la communication d'ordonnances ou encore de PPS aux pharmacies d'officine.

3.1.4 Réunion de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse

Les réunions de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse (SPECM) sont mises en place de façon institutionnelle au Centre Léon Bérard en lien avec la direction de l'établissement, selon la méthodologie préconisée par l'Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT) régional. Ce sont des réunions dirigées par un médecin du CLB, dans le but de sécuriser des points précis de prise en charge médicamenteuse des patients.

Ces réunions sont pluridisciplinaires (avec la présence de pharmaciens, médecins et cadres responsables des services concernés) et ont pour but la mise en place d'actions afin de pallier le risque d'erreur médicamenteuse.

3.2 Étude pilote de 2015 : un premier pas vers la CTM

Dans un objectif d'amélioration continue de la prise en charge médicamenteuse du patient hospitalisé, la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse a été discutée par les pharmaciens du CLB en 2014.

En 2015, l'étudiant réalisant sa cinquième année hospitalo-universitaire (5 AHU) a établi les besoins en termes de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse au sein du Centre. L'étude s'est focalisée sur les omissions de traitements, cause la plus fréquente d'erreurs médicamenteuses, détectées par la conciliation médicamenteuse, selon la littérature. Il a été mis en évidence un manque de communication concernant la prise en charge médicamenteuse des patients entre le CLB et les praticiens libéraux de ville à l'origine d'erreur de prescriptions à l'hôpital (34).

Cette étude a donc permis d'évaluer les paramètres à prendre en compte lors de la mise en place d'une étude de conciliation et a montré l'intérêt de déployer la conciliation médicamenteuse afin de sécuriser d'avantage cette interface ville-hôpital .

3.3 Étude de faisabilité de la mise en place de la CTM en 2016

Du fait de son caractère chronophage, de l'absence de moyens humains dédiés pour mettre en place une démarche de conciliation au sein du Centre, et du fait de la non prise en charge tarifaire de cette activité, il a été proposé la réalisation d'une étude d'analyse de la mise en place de l'activité de conciliation au sein du Centre.

Un travail a donc été élaboré dans le but cette fois d'étudier la faisabilité de la conciliation des traitements médicamenteux au sein de trois services du CLB.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la possibilité de mettre en place une démarche de conciliation des traitements médicamenteux au sein de la structure du CLB, de tester les organisations, d'identifier les freins à cette démarche et d'adapter les outils.

Cette étude de faisabilité a été menée par l'étudiant de 5^{ème} AHU en 2016 durant 2 mois.

Il a été décidé de concilier les traitements lors de l'entrée en hospitalisation des personnes âgées de plus de 75 ans dans deux services de médecine, les services 3BN et 3BS ainsi que le service de curiethérapie.

Ce travail a donc permis de mettre en place une méthodologie rigoureuse afin de pouvoir déployer l'activité à plus grande échelle et sa possible mise en place en routine.

Cette étude a recensé les différents protagonistes impliqués, les supports de recueil des informations ainsi que la déclinaison organisationnelle pour la mise en place de la CTM.

Ce premier retour d'expérience sur la mise en place de cette activité au sein des établissements de la région Rhône-Alpes a été présenté en réunion SPECM. Cette thématique de travail s'intègre dans le projet du Département de Pharmacie Oncologique.

4. Littérature sur le sujet

4.1 Études publiées de CTM chez la personne âgée dans un centre de cancérologie

En gériatrie, différentes études démontrent le rôle primordial du pharmacien dans la prise en charge médicamenteuse du patient âgé.

Dans une étude de 2015 publiée dans le American Society of Clinical Oncology, Hajjar et al. démontrent l'importance d'intégrer les pharmaciens dans les modèles de soins en équipe notamment en gériatrie et en oncologie. Il s'agit d'une solution sous-utilisée mais efficiente pour optimiser l'utilisation des médicaments et sécuriser la prise en charge médicamenteuse avec les risques liés à une poly-médication chez la personne âgée (35).

Stuart M. explique, quant à lui, dans un article l'importance de faire évoluer la prise en charge des patients atteints de cancer. En effet selon lui, ces patients sont généralement âgés et il faut donc adapter la prise en charge de cette catégorie de patients, avec notamment un accent mis sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. Il prend notamment en compte les effets indésirables, plus fréquents et importants chez le sujet âgé, et avertit sur la nécessité de réévaluer les médicaments afin qu'ils soient mieux adaptés aux différents facteurs physiologiques, souvent modifiés chez cette catégorie de patients (36).

4.2 Implication du pharmacien dans la CTM

Si les objectifs et les grandes lignes directrices de la conciliation médicamenteuse sont établis, aucune instance ne spécifie qui doit être l'acteur de cette activité. Le pharmacien, du fait de ces connaissances et en tant qu'expert du médicament, se place d'emblée comme un acteur principal de cette activité de conciliation.

Plusieurs études mettent en avant le rôle primordial du pharmacien.

Une étude menée aux Etats-Unis en 2008 a comparé le travail de recherche des historiques médicamenteux d'un service de médecine interne selon qu'il soit mené par un pharmacien ou par un médecin. Les entretiens menés auprès des patients dans les 24h suivant leur hospitalisation ont permis au pharmacien d'identifier 614 médicaments contre 556 pour le médecin. Le pharmacien est également allé plus loin dans la démarche en relevant des informations concernant les dosages et les posologies. L'historique obtenu par le pharmacien était alors plus complet (37).

Le pharmacien hospitalier semble donc le plus à même à piloter cette activité du fait de ses connaissances : la CTM doit cependant être pluri-professionnelle et il est nécessaire qu'une équipe multidisciplinaire se crée autour d'elle. En France, l'enquête menée par la DGOS en 2015 rapporte que médecins, pharmaciens, infirmiers et préparateurs doivent participer à cette activité afin que celle-ci soit pérenne. Cependant, si tous participent au recueil des informations, la gestion des divergences se fait principalement par le médecin et le pharmacien qui doivent travailler dans ce cadre en étroite collaboration (38).

PARTIE 2 : PATIENTS ET METHODE

1. Contexte de l'étude

Rappelons que notre travail fait suite à une première étude dont l'objectif était d'évaluer, au sein de notre établissement, la faisabilité de l'activité de conciliation médicamenteuse à l'admission lorsqu'elle est couplée à l'analyse pharmaceutique.

2. Objectifs de l'étude

2.1 Objectif principal

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer le taux d'interventions pharmaceutiques (IP) par patient concilié suite à la démarche de conciliation médicamenteuse réalisée à l'admission.

2.2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont :

- Evaluer le taux de patients conciliés.
- Décrire les IP pertinentes. Les IP jugées pertinentes sont les IP à l'origine d'une modification de traitement pendant l'hospitalisation ou la demande de réalisation d'un bilan biologique complémentaire à la prise d'un médicament.
- Evaluer le temps pharmaceutique, médical et soignant dédié à cette activité.
- Evaluer la satisfaction des médecins et infirmiers ayant participé à l'étude.

- Evaluer l'adhésion des patients ayant fait l'objet d'une conciliation médicamenteuse.
- Evaluer le taux de patients ayant conservé le traitement personnel en chambre.
- Evaluer la connaissance des patients (indication, effets indésirables majeurs,...) vis-à-vis de leur traitement pour trois classes thérapeutiques jugées à risque au sein du CLB : HBPM, anticancéreux oraux, Benzodiazépine de demi-vie longue.

2.3 Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective monocentrique, sur un mode rétroactif, qui porte sur l'évaluation de la CTM à l'admission, pratique réalisée en soins courants.

2.3.1 Population de l'étude

La population-cible correspond aux patients :

- atteints de cancer, âgés de 75 ans ou plus,
- pris en charge dans l'un des services de soins suivants : 3BN, 3BS, curiethérapie,
- hospitalisés depuis moins de 72 heures, dont la durée d'hospitalisation totale est d'au moins 6 jours.

Le choix de la population d'étude repose sur les recommandations de la Société Française de Pharmacie Clinique qui préconise, en l'absence de moyens dédiés (financiers, humains ou encore organisationnels), de cibler les populations à risque tels par exemple les patients âgés de plus de 75 ans. Le choix de ces services est fondé sur la file active importante de patients de 75 ans et plus.

2.3.2 Durée de l'étude

La durée de l'étude est fixée a priori à 5 mois, soit du 1^{er} mai au 31 septembre 2016.

Ce choix repose sur la nécessité de disposer d'une cohorte de patients suffisamment importante, sur la base d'une activité de 2 patients conciliés chaque matin au sein de l'établissement.

L'évaluation de l'activité a été réalisée les jours de présence de l'étudiant de 5^{ème} année hospitalo-universitaire (5-AHU), soit tous les matins entre 9h et 12h30. L'activité de CTM n'était pas réalisée lors des périodes de congés de l'étudiant en pharmacie ou du pharmacien responsable de l'activité.

2.3.3 Justification du choix du site de l'étude

Le choix du site est basé sur la file active importante de patients âgés atteints de cancer au sein des trois services de l'établissement.

3. Descriptif du processus de CTM

Le processus de CTM fait suite à l'étude de faisabilité préalable, et a été présenté et validé en réunion institutionnelle (Sécurisation de la Prise en Charge Médicamenteuse).

3.1 Processus de conciliation médicamenteuse (CTM)

Le processus est détaillé dans les annexes 2 et 3 (processus de conciliation).

3.1.1 Acteurs du processus

Les acteurs identifiés au sein du processus de CTM sont :

- l'étudiant de 5 AHU
- les infirmiers et cadres infirmiers des services : infirmiers cadres, trajectoires, cliniciens
- l'équipe médicale : médecins séniors et internes en médecine
- le pharmacien référent CTM
- les professionnels de ville tels que les pharmaciens d'officine, les médecins traitants, les infirmiers à domicile, l'HAD, ou encore les médecins spécialistes participent eux aussi à l'activité
- l'aidant ou la famille peuvent eux aussi intervenir comme source dans cette démarche.

3.1.2 Chronologie de la démarche de conciliation

La démarche de CTM se déroule en 10 étapes :

- Identification des patients éligibles à l'activité de CTM : consiste à chercher dans la liste des patients hospitalisés dans les 3 services ceux éligibles à la conciliation à partir de leur date de naissance et de l'historique des précédentes hospitalisations.
- Identification de « l'ordonnance des médicaments prescrits à l'admission » (OMA) prescrite sur le logiciel de l'hôpital « cristal net » et report sur la grille de recueil (annexe 4).
- Consultation du Dossier Patient Informatisé (DPI) : ensemble des prescriptions médicales, antécédents du patient, comptes rendus de consultations, documents provenant de médecins et d'établissements extérieurs, relèves.

- Entretien avec le patient à l'aide d'une grille d'entretien standardisée (cf. annexe 4).
- Contact des différentes sources d'information : pharmacien d'officine, médecin traitant, Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) à domicile, HAD, spécialistes, aidants.
- Identification du « bilan médicamenteux optimisé » (BMO) : identification des médicaments délivrés par le pharmacien d'officine, et prescrits par le médecin traitant.
- Comparaison de l'OMA et du BMO : lors de la réalisation de ces deux listes de médicaments (BMO et OMA), les divergences sont identifiées par l'étudiant en pharmacie.
- Analyse pharmaceutique de la prescription.
- Un retour écrit et oral de la conciliation et de l'analyse pharmaceutique est fait aux médecins prescripteurs de l'hôpital ainsi qu'aux infirmières trajectoires ou cliniciennes.
- Identification des interventions pharmaceutiques pertinentes : le lendemain matin, l'étudiant de 5-AHU recherche et trace sur la grille de recueil les interventions ayant entraîné une modification de prescription.

4. Méthodologie du recueil des données

4.1 Données recueillies

Les données recueillies ont été anonymisées et saisies dans une base de données Excel afin d'en permettre l'analyse. Il s'agit d'une grille de recueil standardisée présentée en Annexe 4 : la grille de recueil de l'étude de faisabilité a été utilisée. Elle a été enrichie de certains

items afin d'améliorer la qualité des informations obtenues. Les caractéristiques physiopathologiques et médicamenteuses ont également été recueillies.

4.1.1 Données administratives

Les informations médico-administratives du patient sont recueillies à partir du dossier patient informatisé (DPI). Il est consultable par l'ensemble des soignants du Centre et permet une traçabilité de tous des actes réalisés au CLB mais également des actes provenant de praticiens ou d'autres établissements de santé : il s'agit de bilans, comptes rendus et prescriptions. Les données suivantes sont recueillies sur la grille de CTM (annexe 4) :

- Nom
- Prénom
- Date de naissance
- Numéro de dossier
- Service d'hospitalisation et numéro de chambre.
- Coordonnées des médecins traitants ou des spécialistes

4.1.2 Données portant sur les traitements médicamenteux

Concernant les traitements médicamenteux, les éléments suivants sont recueillis :

- Traitement habituel, posologie, voie d'administration
- Traitement prescrit en cours d'hospitalisation
- Possible chimiothérapie cancéreuse
- Les sources d'information consultées pour chaque traitement accompagnées des dates de prescriptions des différents traitements
- Identification des prescripteurs
- Identification des divergences

On réalise ainsi facilement la comparaison du BMO et de l'OMA. La comparaison des deux listes médicamenteuses est réalisée, et l'identification des divergences est faite. Ces divergences peuvent concerner l'ajout ou le retrait d'un médicament, une différence de molécule, de posologie, de dosage, de galénique, de moment ou de durée d'administration. Il s'agit ensuite d'interroger les prescripteurs sur ces divergences afin de déterminer si elles sont intentionnelles (DI) ou non intentionnelles (DNI).

4.1.3 Données concernant l'état physiopathologique du patient

- pathologie cancéreuse
- antécédents personnels
- Fonction rénale

Ces données sont nécessaires à l'analyse pharmaceutique des médicaments prescrits à l'issue de la conciliation.

4.1.4 Automédication

Lors de l'entretien patient, les éléments suivants sont recueillis :

- nature des traitements pris en automédication (allopathique ou phytothérapie)
- les différentes formes galéniques de ces thérapeutiques

Les notions des habitudes alimentaires (prise de pamplemousse, millepertuis) permettent de révéler une possible interaction avec des thérapeutiques, notamment des chimiothérapies prises par voie orale.

4.1.5 Gestion traitement personnel

Lors de l'étude faisabilité, il a été décidé de questionner le patient sur sa gestion de son traitement personnel en formulant des questions simples : « avez-vous apporté vos propres

médicaments personnels à l'hôpital ? », « les avez-vous conservés avec vous ? » et « continuez- vous de les prendre ? ».

4.1.6 Adhésion médicamenteuse

L'adhésion médicamenteuse est déterminée grâce au test de GIRERD modifié (annexe 4).

L'utilisation de ce questionnaire a été décidée lors de la mise en place de l'étude préalable de faisabilité.

Il s'agit de quantifier le nombre de "oui" et de "non" obtenus en questionnant le patient avec six questions fermées sur ses habitudes de prise de médicament à son domicile.

Un patient est classé comme bon observant (BO) si on obtient des réponses négatives à l'ensemble des questions, observant mineur (OM) pour des réponses positives à une ou deux questions et enfin non observant (NO) pour plus de trois « oui » obtenus aux différentes questions posées.

4.1.7 Connaissances du patient sur les médicaments à risque

Au sein du CLB, certains médicaments considérés à risque chez les plus de 75 ans ont été identifiés dans le classeur pharmacie Certification HAS V2014 :

Il s'agit des HBPM, des anti-cancéreux oraux et des Benzodiazépines à demi-vie longue, ce choix se basant sur les données de la littérature.

La connaissance des médicaments à risque est évaluée grâce à un questionnaire comprenant six questions à réponse fermée auxquelles le patient, lors de l'entretien, répond par oui ou par non.

On comptabilise le nombre de « oui » et de « non » obtenus à la fin du questionnaire : un plus grand nombre de "oui" obtenus aux différentes questions désigne un patient qui connaît son traitement à risque. A l'inverse un grand nombre de "non" désigne un patient présentant des lacunes en terme de connaissance de son traitement.

4.1.8 Temps dédié à l'activité de CTM

Le temps dédié à l'activité de CTM par les intervenants suivants a été recueilli :

- Infirmier
- Pharmacien
- Etudiant en pharmacie
- Médecin

5. Tableau de synthèse

Le tableau Excel de synthèse des résultats utilisé est celui établi lors de l'étude-pilote de faisabilité. Celui-ci est présenté en annexe 5. Il a pour but de synthétiser les données de la grille de conciliation obtenues pour chaque patient, ceci dans l'objectif de comptabiliser les résultats et par la suite les analyser.

Lors de notre étude, une ligne a été ajoutée pour les classes des thérapeutiques concernées par les interventions pharmaceutiques, et si celles-ci ont été acceptées ou non.

Les interventions pharmaceutiques sont considérées comme acceptées et pertinentes si elles entraînent une modification de la prescription.

6. Critères d'évaluation

Les différents indicateurs ont été construits lors de l'étude de faisabilité, dans le but d'analyser les résultats obtenus lors de cette étude-pilote.

Ces indicateurs ont été repris dans notre étude.

6.1 Critère de temps

Le temps moyen de conciliation par patient correspond au temps passé par l'étudiant en pharmacie pour colliger les données à partir du DPI, de l'entretien IDE, de l'entretien patient et de l'échange pharmacien / médecin.

6.2 Taux de conciliation

Les patients dont le traitement médicamenteux est concilié seront appelés dans notre étude « patients conciliés ».

- Taux de patients conciliés = Nombre de patients conciliés / Nombre de patients éligibles

6.3 Taux d'intervention

L'étude de faisabilité s'est intéressée au taux d'intervention.

- Taux d'intervention = Nombre de divergences non intentionnelles observées / nombre de patients conciliés

6.4 Interventions pharmaceutiques

6.4.1 Analyse des interventions pharmaceutiques

Dans le cadre de notre étude, les indicateurs suivants sont calculés :

- taux d'intervention pharmaceutique par patient : nombre d'interventions pharmaceutiques / nombre de patients conciliés

- taux et nature des interventions pharmaceutiques au total (acceptées et non acceptées)
- taux et nature des interventions pharmaceutiques non acceptées
- taux et nature des interventions pharmaceutiques acceptées
- classes des thérapeutiques des interventions, acceptées ou non.

Par la suite, nous analysons les classes thérapeutiques des interventions pharmaceutiques acceptées, dans le but d'obtenir un indicateur sur l'impact et d'analyser les pertinences de nos interventions pharmaceutiques.

6.5 Observance

Le taux de patient « bon observant » (BO), « non observant » (NO) et « observant mineur » (OM) est également établi :

- BO/ nombre de patients conciliés
- NO / nombre de patients conciliés
- OM/ nombre de patients conciliés.

7. Questionnaire médecins/soignants

Un questionnaire, présenté en annexe 6, portant sur l'activité de conciliation, a été diffusé à six soignants :

- Deux médecins.
- Deux infirmiers cliniciens.
- Deux infirmiers.

Les questions ont évalué l'aspect organisationnel mais aussi l'impact de la CTM sur les pratiques des médecins et soignants.

PARTIE 3 : RESULTATS

1. Taux de patients conciliés

Sur 120 patients éligibles, 84 conciliations ont été réalisées, soit un taux de conciliation de 70 %.

La CTM n'a pas pu être réalisée pour les traitements médicamenteux de trente-six patients (que nous appellerons « patients non conciliés »). Dans la totalité des cas, l'entretien patient n'a pas été réalisé pour les raisons suivantes :

- moment inadapté : le patient est parti au bloc (n = 4), le patient n'est pas présent dans sa chambre car sorti (n = 1)

- barrière de la langue : le patient parle une langue étrangère et ne peut donc pas parler de ses traitements sans un traducteur (n = 5)

- trouble clinique (n = 21)

- le patient est en sevrage alcoolique et dans un état d'agitation extrême empêchant la rencontre pour la réalisation de la CTM (n = 1)
- le patient est trop confus pour répondre aux questions posées lors de l'entretien patient (n = 8)
- le patient est en fin de vie (n = 2)
- le patient est atteint de la maladie d'Alzheimer et ne dispose ainsi pas de ses facultés mentales pour répondre aux questions lors de l'entretien patient (n = 1)
- le patient est trop douloureux et se trouve dans l'incapacité de réaliser un entretien (n = 5)
- le patient est somnolent et ne peut donc pas réaliser l'entretien patient (n = 2)
- le patient présente un grave problème respiratoire l'empêchant de s'exprimer correctement (n = 1)
- le patient est en un choc septique (n = 1)

- spécificité liée à la prise en charge du patient : le patient est irradié en curiethérapie rendant l'accès à sa chambre impossible (n = 5).

2. Temps moyen de la conciliation par patient.

Le temps moyen consacré aux 84 conciliations réalisées est de 23 minutes (min 10 ; max 43).

Le temps moyen par CTM diminue, avec un minimum de 19 minutes observé au mois 4.

| mois | durée |
|---------------|-----------|
| CTM1 (mois 1) | 28min |
| CTM2 (mois 2) | 25min |
| CTM3 (mois 3) | 24min |
| CTM4 (mois 4) | 19min 30s |
| CTM5 (mois 5) | 20min |

Tableau n° 2 : Evolution de la durée de la CTM au cours du temps par mois

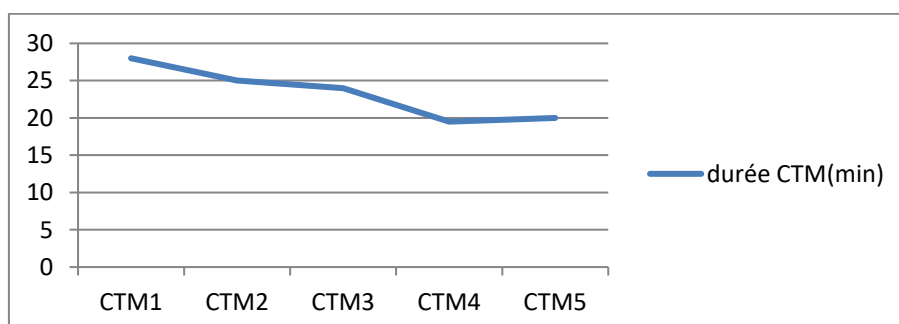


Figure n° 3 : Evolution de la durée de la CTM au cours du temps par mois

3. Sources d'information

Cinq types de sources différentes ont été utilisées dans la démarche. Parmi celles-ci, 3 sources ont été employées systématiquement (n = 84) : le dossier patient, l'entretien patient et le pharmacien d'officine.

Des sources supplémentaires ont, dans certains cas, été nécessaires :

Pour 10 patients (12 % des conciliations réalisées), il a fallu contacter le médecin traitant et pour 5 patients (10 % des conciliations effectuées), l'appel ou la rencontre d'un aidant ont été également nécessaires.

4. Interventions pharmaceutiques (IP)

Entre mai 2016 et septembre 2016, 148 interventions pharmaceutiques ont été réalisées, soit un taux de 1,8 IP par patient.

Le descriptif des IP réalisées est présenté dans le tableau n° 3 et la figure n° à 4.

Les IP réalisées de façon majoritaire portent sur les omissions (n = 70, soit 47 % des IP totales), ainsi que sur les surdosages (n = 24, soit 16 % des IP totales).

Les problèmes de médicaments (n = 13) représentent 9 % des IP totales.

| Tableau général | IP non acceptées | %/NA | IP acceptées | %/A | Total | % total |
|---------------------------------------|-------------------------|-------------|---------------------|------------|--------------|----------------|
| Omissions | 24 | 43,6 | 46 | 49,4 | 70 | 47 |
| Surdosage | 11 | 20 | 13 | 13,9 | 24 | 16 |
| Problème sur la voie d'administration | 6 | 10,9 | 3 | 3,2 | 9 | 6 |
| Problème sur le médicament | 6 | 10,9 | 7 | 7,5 | 13 | 9 |
| Problème durée/moment | 5 | 9,0 | 3 | 3,2 | 8 | 5,5 |
| Sous dosage | 1 | 1,8 | 4 | 4,3 | 5 | 3,3 |
| Réévaluation thérapeutique | 1 | 1,8 | 8 | 8,6 | 9 | 6,0 |
| Indication non documentée | 1 | 1,8 | 4 | 4,3 | 5 | 3,3 |
| Interactions médicamenteuses | 0 | 0 | 1 | 1,0 | 1 | 0,7 |
| Suivi thérapeutique | 0 | 0 | 3 | 3,2 | 3 | 2,0 |
| Problème galénique | 0 | 0 | 1 | 1,0 | 1 | 0,7 |
| Total | 55 | 100 | 93 | 100 | 148 | 100 |

Tableau n° 3 : Descriptif des interventions pharmaceutiques réalisées

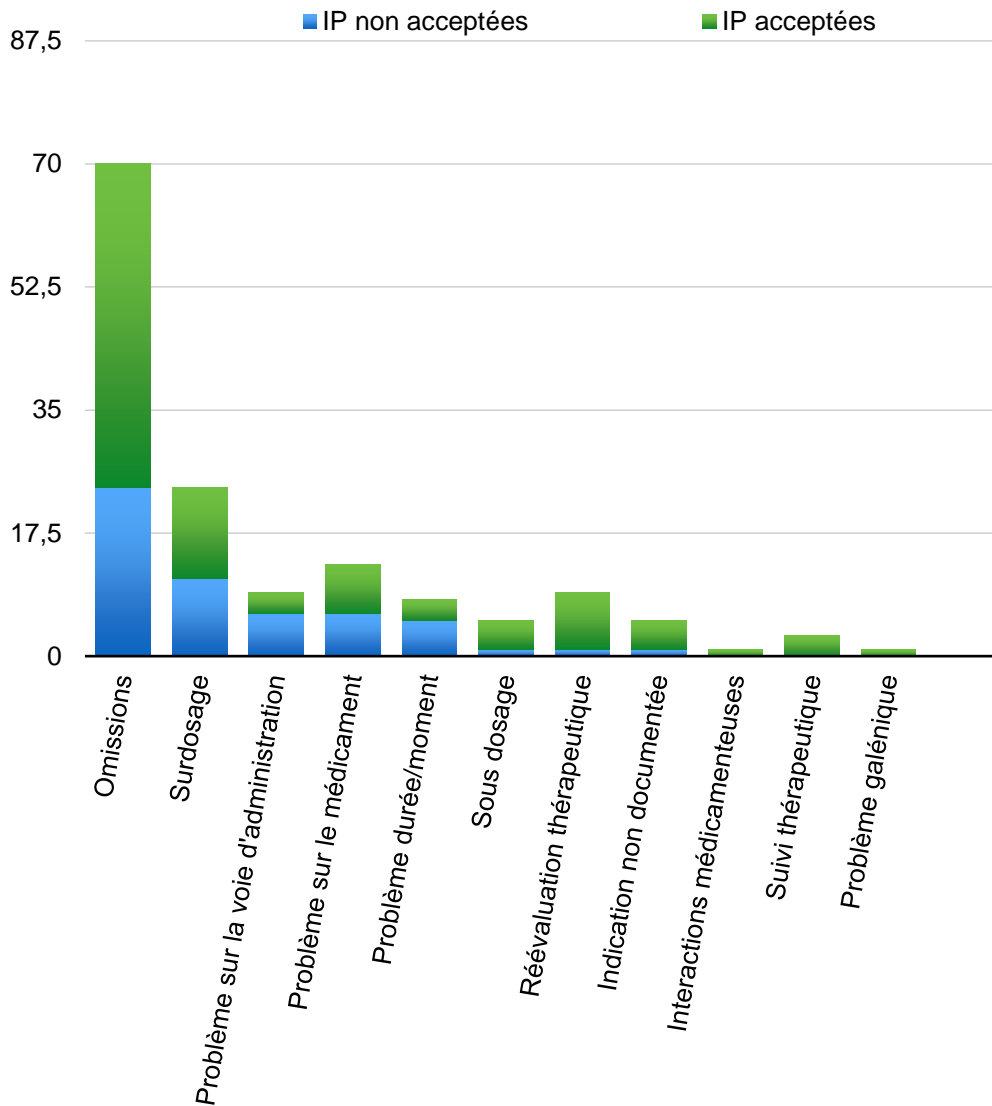


Figure n° 4 : Descriptif des interventions pharmaceutiques réalisées

4.1 Interventions pharmaceutiques non acceptées

Rappelons que les IP sont considérées non acceptées si elles n'ont pas conduit à un changement de prescription et/ou à la réalisation d'un examen biologique.

Cinquante-cinq interventions pharmaceutiques n'ont pas été acceptées, c'est-à-dire n'ont pas conduit à un changement de la prescription. Celles-ci représentent 37 % des interventions pharmaceutiques totales (acceptées et non acceptées).

Le descriptif des IP non acceptées par le médecin est présenté dans le tableau n° 4 et la figure n° 5.

4.1.1 Natures des interventions pharmaceutiques non acceptées

| Nature des IP | IP non acceptées | %/NA |
|--|------------------|------------|
| Omissions | 24 | 43,6 |
| Surdosage | 11 | 20 |
| Problème concernant la voie d'administration | 6 | 10,9 |
| Problème de médicament | 6 | 10,9 |
| Problème durée/moment | 5 | 9,0 |
| Sous dosage | 1 | 1,8 |
| Réévaluation thérapeutique | 1 | 1,8 |
| Indication non documentée | 1 | 1,8 |
| Interactions médicamenteuses | 0 | 0 |
| Suivi thérapeutique | 0 | 0 |
| Problème galénique | 0 | 0 |
| Total | 55 | 100 |

Tableau n° 4 : Interventions Pharmaceutiques non acceptées

Les omissions sont les plus nombreuses des IP non acceptées : 24 omissions, soit 43 % des IP non acceptées.

Les surdosages arrivent en deuxième position quantitativement, avec 11 surdosages qui ont fait l'objet d'une IP non acceptée, soit 20 % des IP non acceptées.

Les problèmes de voie d'administration et de médicament sont de 6 chacun, soit 11 % des IP non acceptées.

Les problèmes de durée ou de moment d'administration ont été à l'origine de 5 IP non acceptées, ce qui fait 9 % des IP non acceptées.

Les IP concernant les réévaluations de thérapeutiques, les sous dosages et les indications non documentées sont de 1 chacun, ce qui, pour chacune de ces 3 natures d'IP, représente 1,8 % des IP non acceptées.

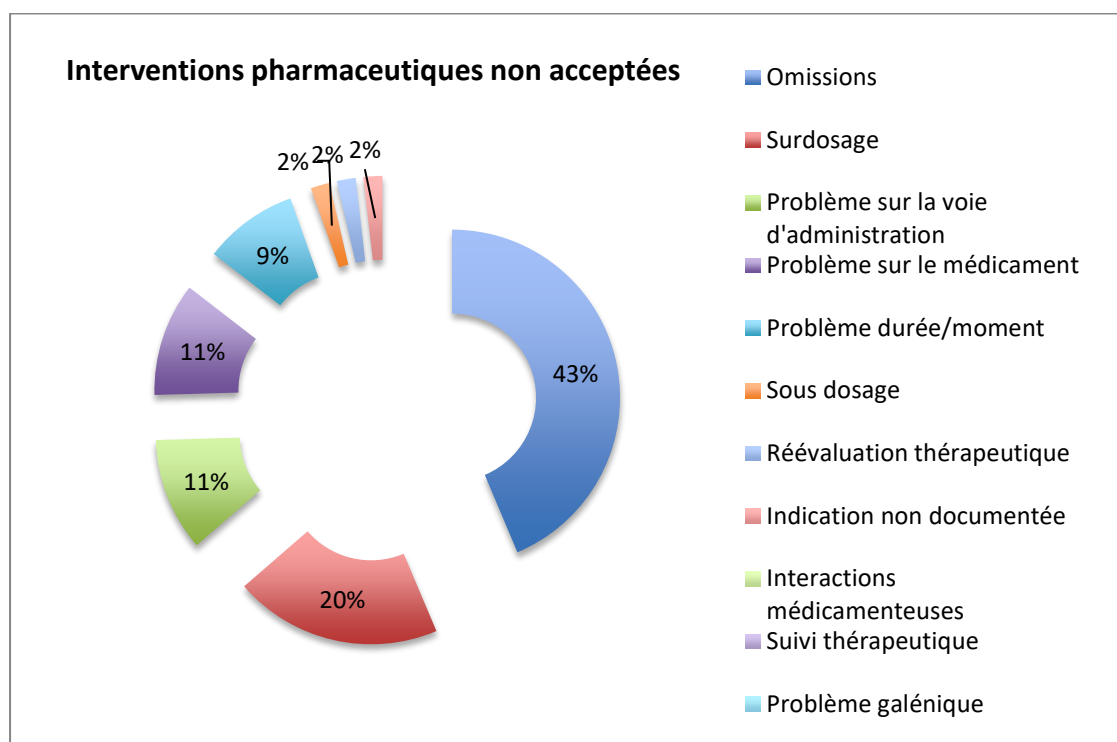


Figure n° 5 : Interventions pharmaceutiques non acceptées

4.1.2 Classes thérapeutiques des médicaments concernés

Dans chaque catégorie des natures des IP non acceptées, les classes de médicaments ont été relevées. Les classes thérapeutiques concernées par les omissions sont principalement :

- Les laxatifs qui représentent la classe la plus impactée par les omissions (n = 5)
- les statines qui représentent la deuxième classe concernée par des omissions à l'origine d'une IP (n = 4)
- les autres classes ont été pour chacune d'elles à l'origine d'une IP pour omissions.

| Omissions | | |
|--|----------------------------|---------------|
| Classe de médicament | DCI | Nombre |
| Laxatif | Macrogol | 5 |
| Antivomitif | Métoclopramide | 1 |
| Statine | Simvastatine | 4 |
| Hypo-uricémiant | Allopurinol | 1 |
| Antiagrégant plaquettaire | Acétylsalicylate de Lysine | 1 |
| Héparine de bas poids moléculaire (HBPM) | Enoxaparine | 1 |
| Antidiabétique oral | Metformine | 1 |
| Antiglaucomeux | Timolol/Dorzolamide | 1 |
| alpha-bloquant | Alfuzozine LP | 1 |
| Anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) | Kétoprofène | 1 |
| Hypnotique | Zolpidem | 1 |
| Anti-inflammatoire stéroïdien (AIS) | Béclométhasone | 1 |
| Anticorps Monoclonal | Certolizumab | 1 |
| Vitamine | Vitamine B9 | 1 |
| Facteur de croissance | EPO | 1 |
| Vitamine | Vitamine D3/Calcium | 1 |

Tableau n° 5 : Classe des médicaments omis mais dont l'IP qui en résulte n'est pas acceptée

Les classes thérapeutiques concernées par les surdosages sont principalement :

- les antalgiques de palier 1 (n = 4)
- Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont également à l'origine de surdosage (n = 3)

| Surdosage | | |
|--------------------------------------|---------------|---------------|
| Classe de médicament | DCI | Nombre |
| Antinauséux | Dompéridone | 1 |
| Hypnotique | Zopiclone | 1 |
| Bétalactamine | Pipéracilline | 1 |
| inhibiteur de la pompe à proton(IPP) | Pantoprazole | 3 |
| Statine | Atorvastatine | 1 |
| Antalgique palier 1 | Paracétamol | 4 |

Tableau n° 6 : Classe des médicaments surdosés mais dont l'IP qui en résulte n'est pas acceptée

Les problèmes de voie d'administration concernent exclusivement l'administration de paracétamol (n = 1) par voie intra-veineuse alors que le patient est en capacité d'avaler des comprimés.

| Problème de voie d'administration | | |
|--|----------------|---------------|
| Classe de médicament | DCI | Nombre |
| Antalgique palier 1 | Paracétamol IV | 6 |

Tableau n° 7 : Classe des médicaments dont la voie d'administration présente un problème mais dont l'IP qui en résulte n'est pas acceptée

Les indications non documentées concernent exclusivement les IPP (n = 1). En effet aucune pathologie ou signe clinique n'explique sa prescription.

| Indication non documentée | | |
|----------------------------------|--------------|---------------|
| Classe de médicament | DCI | Nombre |
| IPP | Lansoprazole | 1 |

Tableau n° 8 : Classe des médicaments dont l'indication n'est pas documentée mais dont l'IP qui en résulte n'est pas acceptée

L'hydroxyzine représente la majorité des IP liées au problème de médicament (n = 5), car cette molécule est considérée comme non indiquée chez la personne âgée.

| Problème de médicament | | |
|-------------------------------|-------------|---------------|
| Classe de médicament | DCI | Nombre |
| Alpha-bloquants | Tamsulosine | 1 |
| Antihistaminique | Hydroxyzine | 5 |

Tableau n° 9 : Classe des médicaments présentant un problème mais dont l'IP qui en résulte n'est pas acceptée

L'acide zolédronique fait l'objet d'une IP concernant un sous dosage par rapport au dosage recommandé pour la pathologie.

| Sous-Dosage | | |
|-----------------------------|--------------------|---------------|
| Classe de médicament | DCI | Nombre |
| Bisphosphonate | Acide Zolédronique | 1 |

Tableau n° 10 : Classe des médicaments sous dosés mais dont l'IP qui en résulte n'est pas acceptée

Une IP concerne une nécessité de réévaluation, à savoir la prégabaline : il s'agit de rediscuter de la place de ce médicament au sein de la prescription en termes de bénéfice risque.

| Réévaluation thérapeutique | | |
|-----------------------------------|-------------|---------------|
| Classe de médicament | DCI | Nombre |
| Antiépileptique | Prégabaline | 1 |

Tableau n° 11 : Classe des médicaments présentant une nécessité de réévaluation mais dont l'IP qui en résulte n'est pas acceptée

Parmi les IP concernant un problème de durée ou de moment d'administration, nous retrouvons comme classe de médicament :

- un antifongique (n = 1) prescrit sur une durée trop importante
- un anesthésique local (n = 1) également prescrit sur une trop longue durée
- un patch antiangoreux (n = 1) laissé en place trop longtemps et ne respectant pas une fenêtre thérapeutique
- un antiacide (n = 1) administré au même moment que d'autres médicaments
- de la prednisolone (n = 1) administrée le soir

| Problème de durée et/ou moment d'administration | | |
|--|--------------|---------------|
| Classe de médicament | DCI | Nombre |
| Antifongique | Fluconazole | 1 |
| Anesthésique local | Lidocaïne | 1 |
| Antiangoreux | Trinitrine | 1 |
| Antiacide | Alginate | 1 |
| AIS | Prednisolone | 1 |

Tableau n° 12 : Classe des médicaments présentant un problème de durée ou de moment d'administrations mais dont l'IP qui en résulte n'est pas acceptée

4.2 Interventions pharmaceutiques acceptées

Rappelons que les IP sont considérées comme acceptées si elles ont conduit à un changement de prescription et/ou à la réalisation d'un examen biologique.

Quatre-vingt-treize IP ont été acceptées, soit 63 % des IP totales (acceptées et non acceptées).

Le descriptif des IP acceptées par le médecin est présenté dans le tableau n° 13 et la figure n° 6.

4.2.1 Nature des interventions pharmaceutiques acceptées

| Tableau général | IP acceptées | %/A |
|---|--------------|------|
| Omissions | 46 | 49,4 |
| Surdosage | 13 | 13,9 |
| Problème sur la voie d'administration | 3 | 3,2 |
| Problème sur le médicament | 7 | 7,5 |
| Problème de durée/moment d'administration | 3 | 3,2 |
| Sous dosage | 4 | 4,3 |
| Réévaluation thérapeutique | 8 | 8,6 |

Tableau n° 13 : Interventions pharmaceutiques acceptées

La moitié des IP acceptées porte sur l'omission d'un ou plusieurs médicaments (n = 46).

Le surdosage arrive en seconde position quantitativement avec 13 surdosages ayant fait l'objet d'une IP acceptée, soit 14 % des IP acceptées.

Les demandes de réévaluation thérapeutique ont fait l'objet de 8 IP acceptées, ce qui représente 8,6 % des IP acceptées.

Les problèmes de médicaments sont de 7, ce qui représente 7,5 % des IP acceptées.

Quatre sous dosages ont été à l'origine d'une IP acceptée (4,3 % IP acceptées).

Les problèmes de durée de traitement ou de moment d'administration du médicament représentent 3,2 % des IP acceptées avec 3 IP acceptées.

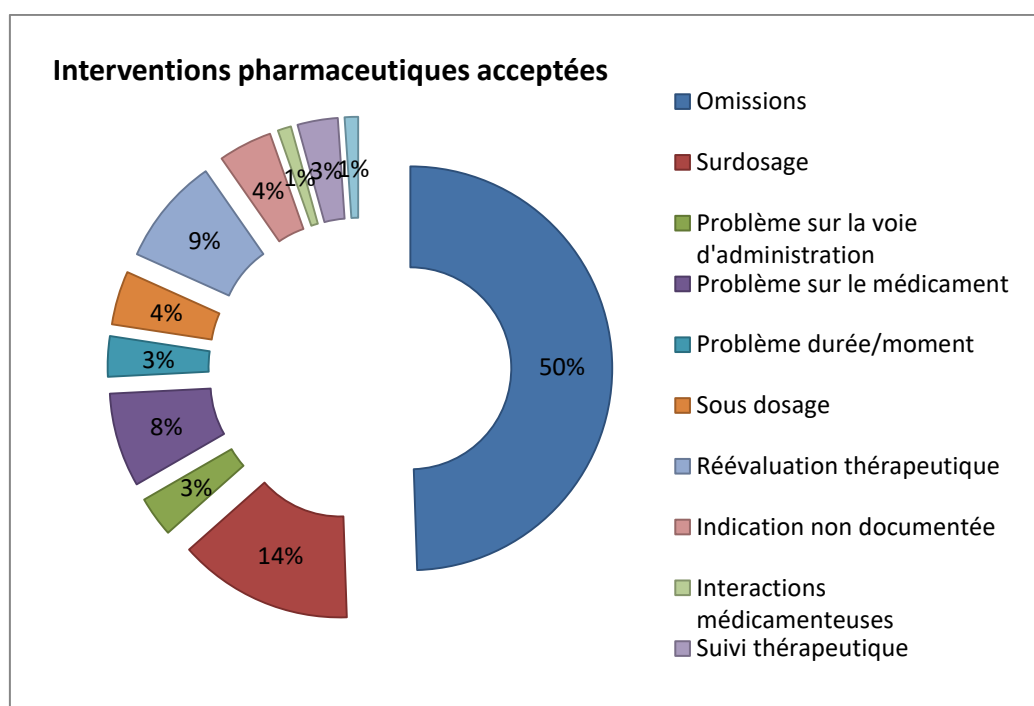


Figure n° 6 : Interventions pharmaceutiques acceptées

4.2.2 Classes thérapeutiques des médicaments concernés

Dans chaque catégorie des natures des IP acceptées, les classes de médicaments ont été relevées.

Parmi les omissions de traitement, on retrouve principalement comme classe de médicaments :

- les laxatifs (n = 10)
- les IPP (n = 4)
- les antidiabétiques oraux (n = 2)
- les héparines de bas poids moléculaire (HBPM) (n = 3)
- les hypnotiques (n = 3)
- les antiangoreux (n = 3)
- les vitamines (n = 2)

| omissions | | |
|----------------------------------|---------------------------------|---------------|
| classe de médicament | DCI | nombre |
| hypnotique | zopiclone | 2 |
| | zolpidem | 1 |
| laxatif | macrogol | 10 |
| IPP | pantoprazole | 4 |
| anti glaucomeux | timolol/dorzolamide | 1 |
| | latanoprost | 1 |
| anticholinergique | tiotropium | 1 |
| anti-angoreux | ivabradine | 2 |
| | trinitrine spray | 1 |
| inhibiteurs calcique | diltiazem | 1 |
| sartan | telmisartan | 1 |
| sartan/inh calcique | valsartan/amlodipine | 1 |
| antiagregant plaquettaire | acide acétyl salicylique | 1 |
| HBPM | enoxaparine | 2 |
| | tinzaparine | 1 |
| anticoagulant oral direct | rivaroxaban | 1 |
| statine | atorvastatine | 3 |
| antidiabétique oral | glucophage | 1 |
| | glinide | 1 |
| insuline | insuline aspart | 1 |
| hormone thyroïdienne | levothyroxine | 1 |
| antalgique pallier 1 | paracetamol codéiné | 1 |
| FC | EPO alfa | 1 |
| inhibiteur aromatase | letrozole | 1 |
| vitamine | calcium | 2 |
| ADTC | clomipramine | 1 |
| ISRS | sertraline | 1 |
| anxiolytique | cyamémazine | 1 |

Tableau n° 14: Classe des médicaments omis dont l'IP qui en résulte est acceptée

Une seule classe de médicament est concernée par une interaction médicamenteuse : il s'agit de la scopolamine (n = 1)

| interaction médicamenteuse | | |
|-----------------------------------|-------------|---------------|
| classe | DCI | nombre |
| antiémétique | scopolamine | 1 |

Tableau n° 15 : Classe des médicaments présentant une interaction médicamenteuse et dont l'IP qui en résulte est acceptée

Les inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) représentent le nombre le plus important des IP portant sur des indications non documentées. 3 IPP ont donc été retirées des prescriptions car l'indication ne répond à aucune pathologie connue du patient.

| indication non documentée | | |
|--|--------------|---------------|
| classe | DCI | nombre |
| agoniste beta 2 | formotérol | 1 |
| inhibiteur de la pompe à proton(IPP) | pantoprazole | 3 |

Tableau n° 16 : Classe des médicaments dont l'indication n'est pas documentée et dont l'IP qui en résulte est acceptée

Les IP peuvent aussi porter sur le suivi des paramètres biologiques nécessaires avant la prescription de certaines thérapeutiques. Différents bilans ont été prescrits :

- un bilan rénal pour la prise d'une statine (n = 1),
- un ionogramme pour la prise d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) (n = 1)
- une glycémie avant la prise d'un antidiabétique (n = 1).

| bilan biologique | | |
|-------------------------|---------------|---------------|
| classe | DCI | nombre |
| statine | atorvastatine | 1 |
| IEC | ramipril | 1 |
| Antidiabétique oral | metformine | 1 |

Tableau n °17 : Classe des médicaments nécessitant un bilan biologique et dont l'IP qui en résulte est acceptée

Une classe de médicament a fait l'objet d'un problème de galénique : les antalgiques de palier 3, à l'origine de 3 IP. Leur administration par voie buccale n'était pas adaptée à la situation du patient.

| problème galénique | | |
|---------------------------|------------|---------------|
| classe | DCI | nombre |
| antalgique palier 3 | morphine | 3 |

Tableau n° 18: Classe des médicaments présentant un problème de galénique dont l'IP qui en résulte est acceptée

On retrouve principalement deux classes de médicaments concernées par les surdosages :

- Les antalgiques de palier 1 (n = 6)
- Les IPP (n = 3)

| surdosage | | |
|--|--------------|---------------|
| classe | DCI | nombre |
| antalgique pallier 1 | paracétamol | 6 |
| IPP | pantoprazole | 3 |
| antiviral | valaciclovir | 1 |
| inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) | ramipril | 1 |

Tableau n° 19 : Classe des médicaments surdosés dont l'IP qui en résulte est acceptée

Quatre classes de médicaments sous dosés sont également à l'origine d'une IP :

- Les inhibiteurs calciques (n = 1)
- Les antalgiques de palier 3 (n = 1)
- Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (n = 1)
- Les antiagrégants plaquettaires (n = 1)

| sous-dosage | | |
|---------------------------|--------------------------|---------------|
| classe | DCI | nombre |
| inhibiteur calcique | nircadipine | 1 |
| antalgique palier 3 | fentanyl | 1 |
| IEC | ramipril | 1 |
| antiagrégant plaquettaire | acide acetyl salicylique | 1 |

Tableau n° 20 : Classe des médicaments sous dosés dont l'IP qui en résulte est acceptée

Les demandes de réévaluation de médicaments concernent principalement :

- les IPP (n = 4)
- les antihistaminiques (n = 2)
- les psychotropes (n = 2)

| Réévaluation thérapeutique | | |
|-----------------------------------|---------------|---------------|
| classe | DCI | nombre |
| IPP | oméprazole | 4 |
| anti H1 | hydroxyzine | 2 |
| ADTC | amitriptyline | 1 |
| anxiolytique | bromazépam | 1 |

Tableau n° 21 : Classe des médicaments devant être réévalués dont l'IP qui en résulte est acceptée

5. Gestion du traitement personnel

Concernant la gestion du traitement personnel (cf. annexe 4) :

- 22 patients ont remis leurs ordonnances à l'équipe soignante soit 26,2 %.
- 27 patients ont remis leurs médicaments à l'équipe soignante soit 32 %.
- 16 patients avaient leur traitement avec eux et non repris par l'équipe soignante soit 19 %.

Pour 19 patients, l'ordonnance est restée dans la chambre ou n'a pas été apportée soit 22,6 %.

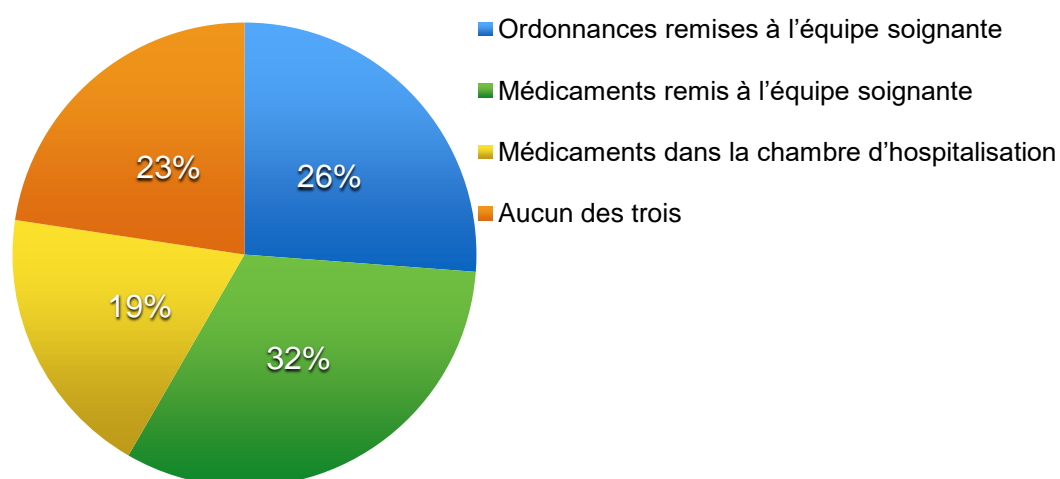


Figure n° 7 : Gestion du traitement personnel des patients conciliés

6. Connaissance des médicaments à risque

L'évaluation porte sur les questions posées à 58 patients, lors de l'entretien patient, qui ont un médicament à risque prescrit. Les médicaments considérés à risque sont : les benzodiazépines à demi-vie longue, les héparines de bas poids moléculaire (HBPM) ainsi que les anticancéreux oraux.

La cotation se fait en répondant aux questions suivantes (cf. annexe 4) :

- 1) Pourquoi prenez-vous ce médicament ?
- 2) En ce moment, combien de comprimés prenez-vous ?
- 3) Savez-vous à quel moment de la journée prendre votre médicament ?
- 4) Connaissez-vous les effets indésirables de ce traitement ?
- 5) Connaissez-vous des médicaments ou aliments à éviter ?
- 6) Que faites-vous en cas d'effets secondaires ?

La majorité des patients interrogés connaissaient peu le traitement :

- seize répondent à 3 questions soit 27,5 % des patients ayant un médicament à risque prescrit
- quatorze répondent à 1 question soit 24,1 % des patients ayant un médicament à risque prescrit
- douze ne répondent à aucune question soit 20,7 % des patients ayant un médicament à risque prescrit
- onze répondent à 4 questions soit 18,9 % des patients ayant un médicament à risque prescrit
- deux répondent à 6 questions soit 3,4 % des patients ayant un médicament à risque prescrit
- deux répondent à 5 questions soit 3,4 % des patients ayant un médicament à risque prescrit
- un répond à 2 questions soit 1,7 % des patients ayant un médicament à risque prescrit

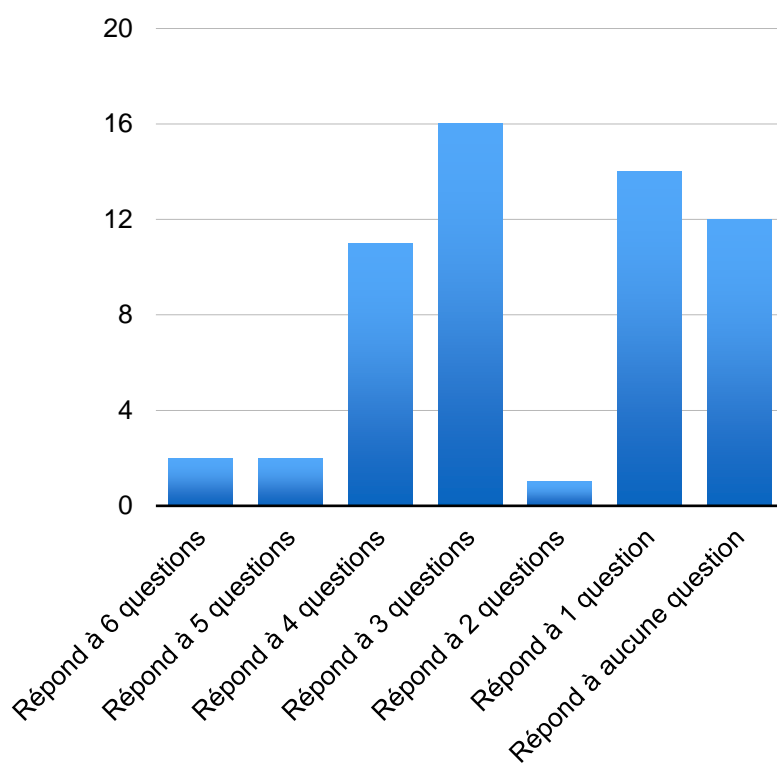


Figure n° 8 : Connaissance des traitements à risques

7. Automédication

Deux patients déclarent consommer régulièrement du pamplemousse soit 2% des patients interrogés.

Aucun patient ne consomme du millepertuis.

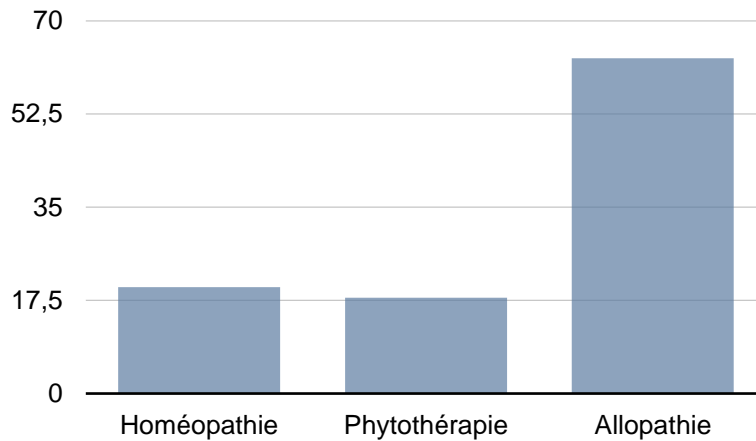


Figure n° 9 : Automédication

7.1 Homéopathie

Vingt patients prennent régulièrement un traitement homéopathique, soit 23,8 % des patients conciliés. Ces traitements sont généralement en lien avec le cancer afin de diminuer les effets indésirables des traitements (n = 7) ou encore comme sédatifs afin de lutter contre des insomnies provoquées par une anxiété consécutive à leur maladie (n = 8).

7.2 Phytothérapie

Dix-huit patients prennent régulièrement un traitement par phytothérapie soit 21,4 % des patients conciliés. Ces traitements sont :

- l'aubépine comme sédatif et anxiolytique (n = 8)
- la passiflore comme sédatif et anxiolytique (n = 5)
- le ginseng comme énergisant (n = 2)
- le bouleau comme diurétique (n = 1)
- des plantes laxatives sous forme de tisane contenant de la rhubarbe et du sureau notamment (n = 1)
- des graines de courge afin de palier un manque de fer (n = 1)

7.3 Allopathie

Soixante-trois patients prennent des traitements allopathiques en automédication, soit 75 % des patients conciliés.

Parmi les traitements allopathiques, le paracétamol est la molécule la plus administrée en automédication (n = 30) soit 35,7 % des patients conciliés.

Les laxatifs (n = 10) et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (n = 10) arrivent en seconde position soit 12 % des patients conciliés respectivement.

Les traitements des jambes lourdes (n = 5) sont pris chez 6 % des patients.

Des molécules indiquées contre les reflux gastro-œsophagiens (RGO) sont consommées en automédication chez 5 % des patients (n = 4).

Les antispasmodiques (n = 3) sont pris également en automédication chez 3,5 % des patients.

Enfin des traitements locaux de la sphère ORL (n = 1) sont consommés par 1 % des patients.

| Médicament Allopathique | Nombre de patients |
|------------------------------------|-------------------------------|
| Paracétamol | 30 |
| AINS | 10 |
| Laxatif | 10 |
| Antispasmodique | 3 |
| Traitement des jambes lourdes | 5 |
| Traitement RGO | 4 |
| Traitements locaux ORL | 1 |

Tableau n° 22 : Allopathie dans l'automédication

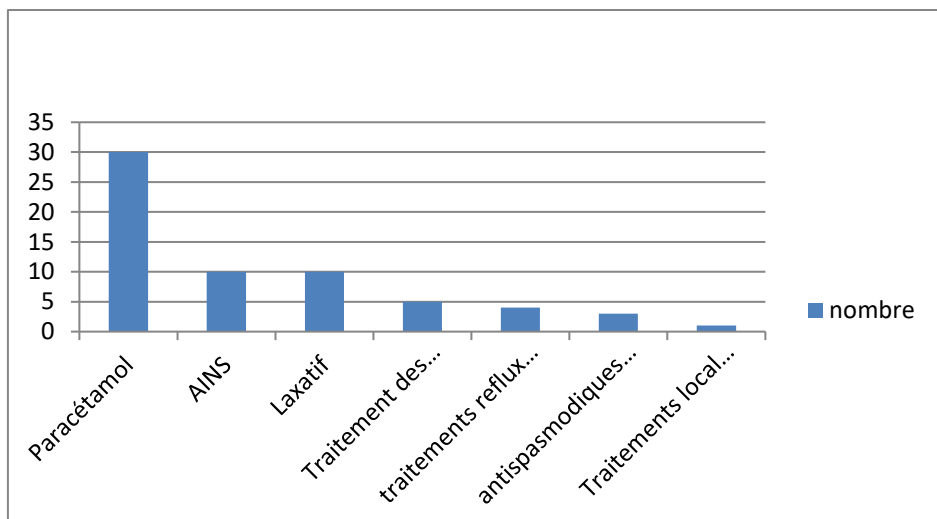


Figure n° 10 : Automédication : focus sur l'allopathie

8. Observance

L'observance, déterminée grâce au questionnaire de GIRERD modifié, est majoritairement bonne.

- 63 % des patients (n = 53), sont considérés comme étant de « bon observant »
- 27,5 % (n = 23) sont considérés comme « observant mineur »
- 9,5 % (n = 8) sont considérés comme « non observant ».

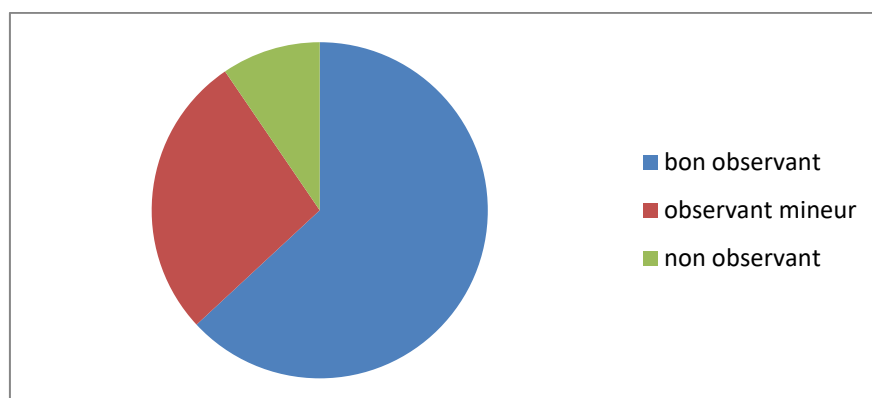


Figure n° 11 : Observance des patients conciliés

9. Questionnaire soignants

Les réponses aux différentes questions sont rapportées dans les tableaux n° 23 à 29.

Question 1 : combien de fois avez-vous eu un patient qui a bénéficié d'une conciliation ?

| Question 1 | Réponses générales | Réponses médecin | Réponses infirmier clinicien | Réponses infirmier |
|----------------|--------------------|------------------|------------------------------|--------------------|
| jamais | 0 | 0 | 0 | 0 |
| moins de 5 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| entre 5 et 20 | 5 | 0 | 2 | 3 |
| plus de 20 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| pas de réponse | 0 | 0 | 0 | 0 |

Tableau n° 23 : Réponses obtenues à la question 1

La majorité des soignants (n = 5) a été confrontée à la conciliation d'un patient entre 5 et 20 fois.

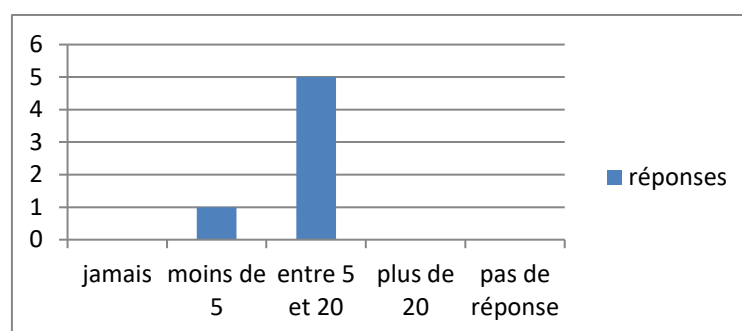


Figure n° 12 : Réponses générales obtenues à la question 1

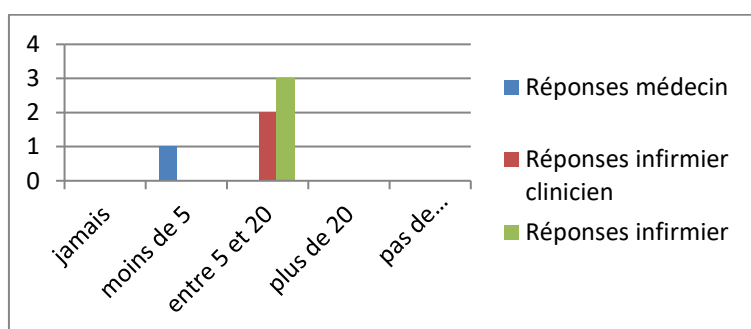


Figure n° 13 : Réponses par soignants obtenues à la question 1

Question 2 : combien de temps accordez-vous chaque matin à la conciliation ?

| Question 2 | réponses générales | réponses médecin | réponses infirmier clinicien | réponses infirmier |
|----------------|--------------------|------------------|------------------------------|--------------------|
| moins de 5 min | 3 | 1 | 0 | 2 |
| 5 min | 3 | 1 | 2 | 0 |
| 10 min | 0 | 0 | 0 | 0 |
| plus de 10 min | 0 | 0 | 0 | 0 |

Tableau n° 24 : Réponses obtenues à la question 2

Le temps accordé à la conciliation est bref pour l'ensemble des soignants. Il est de 5 minutes pour la moitié d'entre eux (n = 3) et pour l'autre moitié il est de moins de 5 minutes (n = 3).

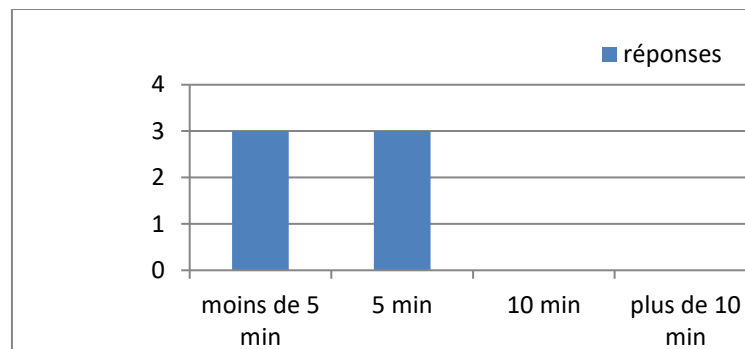


Figure n° 14 : Réponses générales obtenues à la question 2

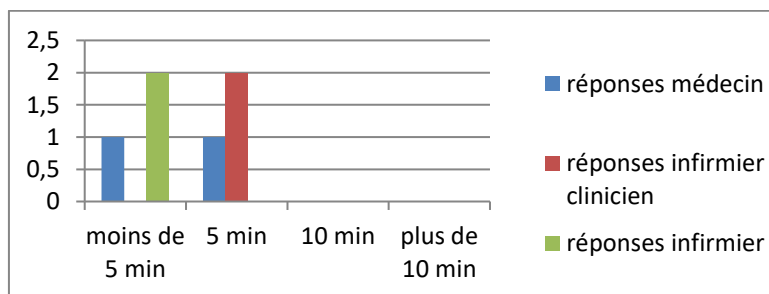


Figure n° 15 : Réponses par soignants obtenues à la question 2

Question 3 : le moment pendant lequel a été réalisée la conciliation vous paraît-il ?

| Question 3 | réponses générales | réponses médecin | réponses infirmier clinicien | réponses infirmier |
|----------------|--------------------|------------------|------------------------------|--------------------|
| très adapté | 2 | 0 | 2 | 0 |
| adapté | 2 | 1 | 0 | 1 |
| peu adapté | 1 | 0 | 1 | 0 |
| pas adapté | 0 | 0 | 0 | 0 |
| pas de réponse | 1 | 0 | 0 | 1 |

Tableau n° 25 : Réponses générales obtenues à la question 3

Le moment du matin est très adapté pour les infirmières cliniciennes, présentes à leur bureau à ce moment-là dans 100 % des cas. Ce moment est néanmoins moins adapté pour un médecin qui effectue les visites le matin, donc qui est moins disponible pour la conciliation.

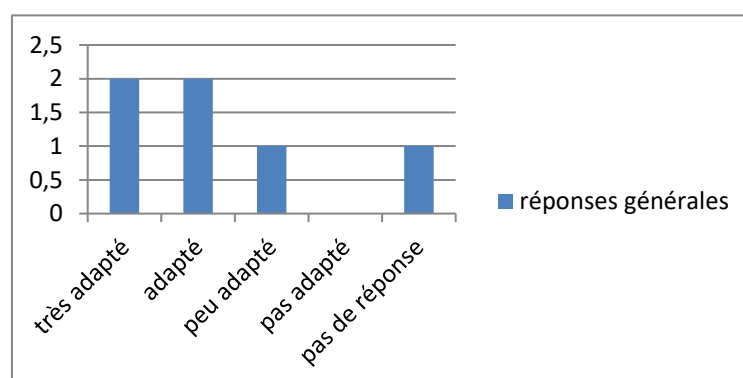


Figure n° 16 : Réponses générales obtenues à la question 3

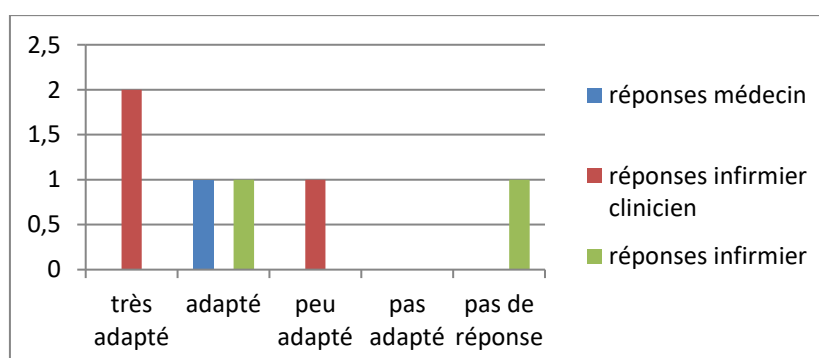


Figure n° 17 : Réponses par soignants obtenues à la question 3

Question 4 : la durée de la conciliation vous paraît-elle ?

| Question 4 | réponses générales | réponses médecin | réponses infirmier clinicien | réponses infirmier |
|----------------|--------------------|------------------|------------------------------|--------------------|
| très adapté | 2 | 0 | 2 | 0 |
| adapté | 1 | 1 | 0 | 0 |
| peu adapté | 2 | 1 | 0 | 1 |
| pas adapté | 0 | 0 | 0 | 0 |
| pas de réponse | 1 | 0 | 0 | 1 |

Tableau n° 26 : Réponses obtenues à la question 4

Les avis divergent concernant la durée accordée, la moitié des soignants (n = 3) ont répondu « adaptée » ou « très adaptée », et deux soignants ont trouvé cette durée « peu adaptée » car trop courte selon eux.

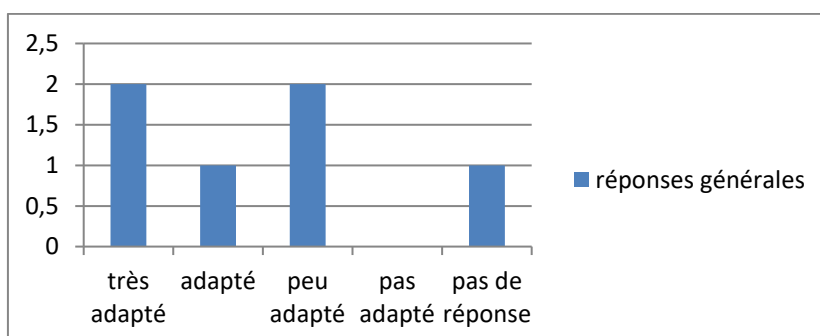


Figure n° 18 : Réponses générales obtenues à la question 4

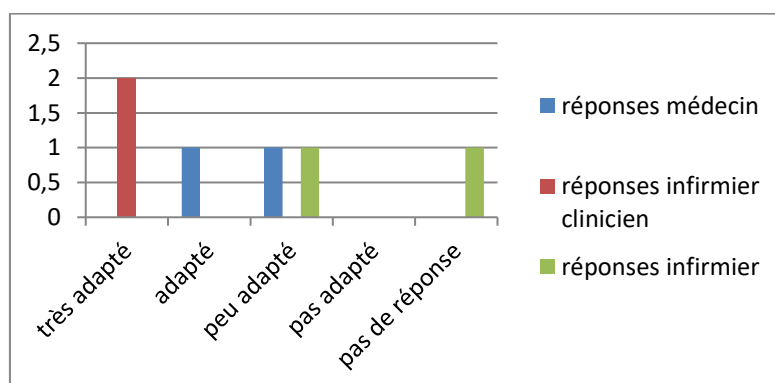


Figure n° 19 : Réponses par soignants obtenues à la question 4

Question 5 : les IP vous sont-elles parues.....

| Question 5 | réponses générales | réponses médecin | réponses infirmier clinicien | réponses infirmier |
|--|--------------------|------------------|------------------------------|--------------------|
| pertinentes | 4 | 2 | 2 | 0 |
| de qualité | 1 | 0 | 1 | 0 |
| utiles dans la PEC | 3 | 0 | 2 | 0 |
| accompagnés d'une proposition pharmaceutique | 1 | 0 | 3 | 0 |
| n'ont rien apporté | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Soignant pas concerné | 2 | 0 | 0 | 2 |

Tableau n° 27 : Réponses obtenues à la question 5

Les IP semblent majoritairement pertinentes (n = 4) et utiles dans la PEC (n = 3) pour les soignants. Les infirmiers sont moins concernés car le retour est principalement fait aux médecins et infirmiers cliniciens.

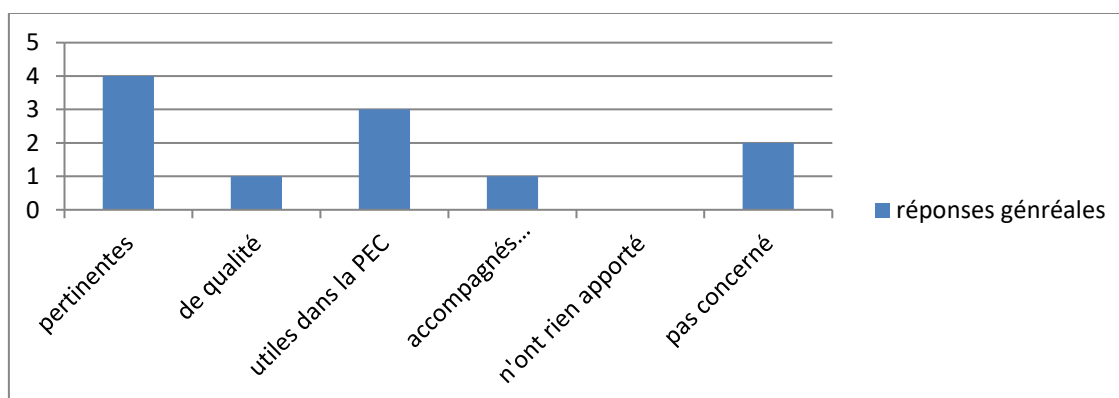


Figure n° 20 : Réponses générales obtenues à la question 5

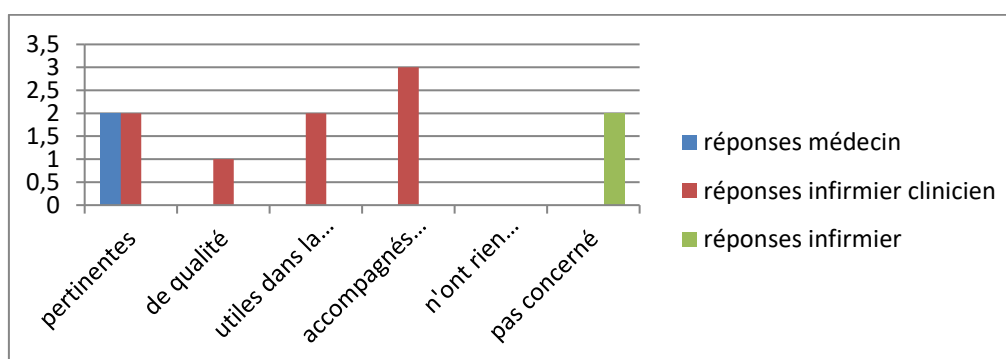


Figure n° 21 : Réponses par soignants obtenues à la question 5

Question 6 : le retour d'information qui vous a été fait vous est-il paru.....

| Question 6 | réponses générales | réponses médecin | réponses infirmier clinicien | réponses infirmier |
|----------------|--------------------|------------------|------------------------------|--------------------|
| très adapté | 2 | 0 | 2 | 0 |
| adapté | 3 | 2 | 0 | 1 |
| peu adapté | 0 | 0 | 0 | 0 |
| pas adapté | 0 | 0 | 0 | 0 |
| pas de réponse | 1 | 0 | 0 | 1 |

Tableau n° 28 : Réponses obtenues à la question 6

Le retour d'information concernant la conciliation réalisé par téléphone convient aux soignants : il est adapté pour 3 d'entre eux et très adapté pour 2 d'entre eux.

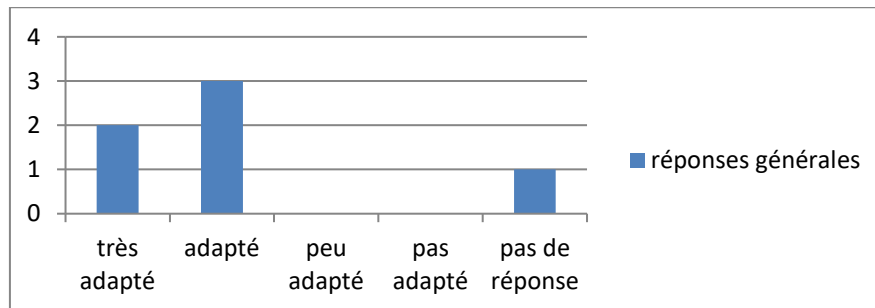


Figure n° 22 : Réponses générales obtenues à la question 6

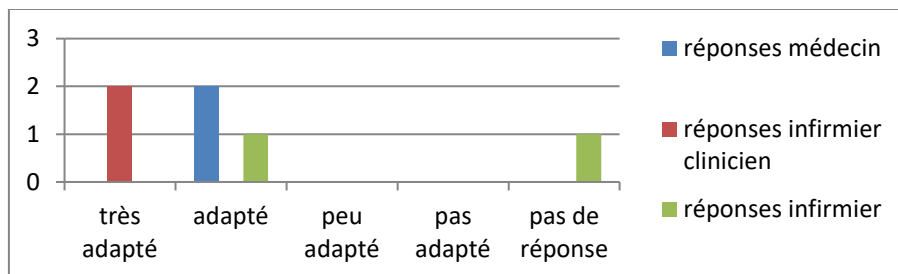


Figure n° 23 : Réponses par soignants obtenues à la question 6

Question 7 : l'activité peut-elle être mise en routine dans le service ?

| Question 7 | réponses générales | réponses médecin | réponses infirmier clinicien | réponses infirmier |
|----------------|--------------------|------------------|------------------------------|--------------------|
| oui | 5 | 2 | 2 | 1 |
| non | 0 | 0 | 0 | 0 |
| pas de réponse | 0 | 0 | 0 | 1 |

Tableau n° 29 : Réponses obtenues à la question 7

Les soignants ayant répondu à cette question sont favorables à la mise en place en routine de la CTM dans leur service (n = 5). Une infirmière clinicienne a ajouté que cela permettrait d'éviter des erreurs dans les prescriptions réalisées à l'admission des patients.

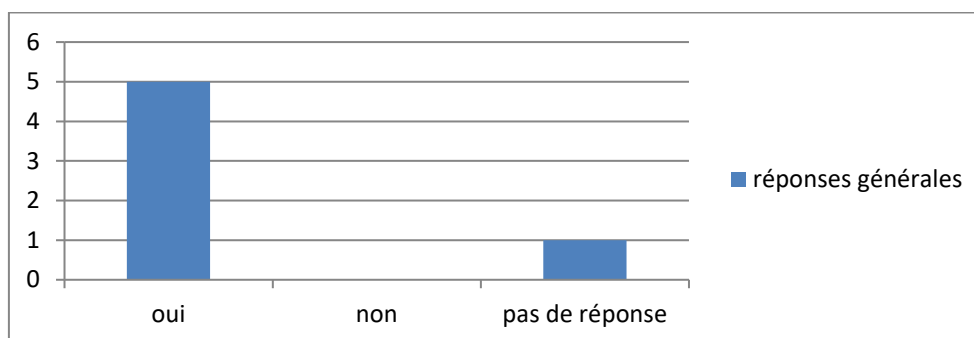


Figure n° 24 : Réponses générales obtenues à la question 7

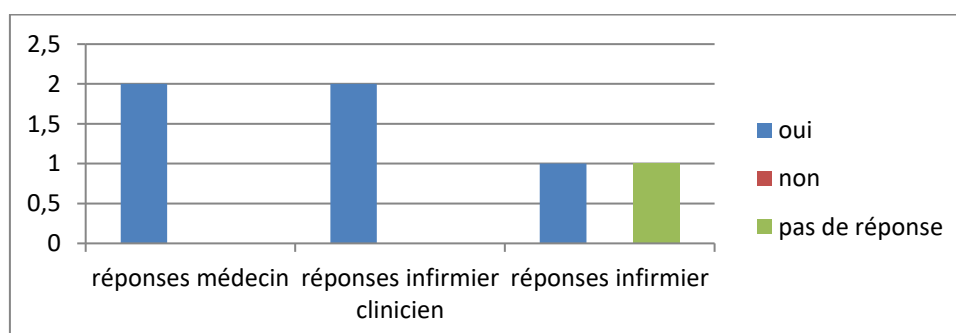


Figure n° 25 : Réponses par soignant obtenues à la question 7

PARTIE 4 : DISCUSSION

Rappelons que notre étude porte sur l'évaluation de l'activité de CTM à l'admission sur une période de 5 mois consécutifs : du 1^{er} mai au 31 septembre 2016.

Cette étude observationnelle fait suite à deux études menées sur la même thématique en 2015 et 2016 et a pour objectif le déploiement ciblé et structuré de cette activité de pharmacie clinique au sein de l'établissement.

La discussion est organisée en deux parties et portera tout d'abord sur une discussion des limites de notre étude, puis sur une comparaison de nos résultats à ceux de la littérature.

1. Limites méthodologiques de notre étude

1.1 Choix de la population d'étude

Notre étude se place en conditions réelles, au sein d'une population sélectionnée de patients. Les ressources pharmaceutiques disponibles pour cette activité ne permettent pas le déploiement de cette activité à l'ensemble des patients hospitalisés. Conformément aux recommandations de la SFPC (24), du fait de ressources pharmaceutiques limitées, cette activité a été restreinte aux patients à haut risque d'évènement iatrogène. La population cible devant bénéficier de cette activité a été définie et validée en réunion institutionnelle.

1.2 Choix de l'approche rétroactive

La méthodologie de notre étude est basée sur une approche rétroactive. Aucun patient n'a été concilié de façon proactive, alors qu'elle reste la méthode à privilégier (24). Ce choix s'est basé sur les résultats des deux études précédentes réalisées au CLB, études dans

lesquelles il n'a pas été possible, pour des raisons organisationnelles, de réaliser la CTM de façon proactive.

D'autre part, nous avons choisi de ne réaliser la CTM qu'à l'entrée par faute d'effectifs pharmaceutiques suffisants.

Concernant le choix des critères temporels de sélection (délai de prise en charge dans les 72 heures et durée d'hospitalisation dans l'établissement d'au moins 72 heures), il a été pris en compte deux contraintes organisationnelles :

- Le temps de présence de l'étudiant en pharmacie : tous les matins de 9h à 12h30.
- L'absence de présence pharmaceutique dédiée à cette activité le week-end et jours fériés.

Enfin, lors de l'analyse des données, nous avons choisi de ne pas relever séparément la part des IP en lien avec l'activité de CTM et celle en lien avec l'activité de validation pharmaceutique, considérant cette activité de pharmacie clinique à part entière.

2. Rappel des principaux résultats et comparaison aux données de la littérature

Dans le cadre de notre étude, 70 % des patients éligibles ont bénéficié d'une CTM (n = 84). Ces résultats confirment la file active importante de patients à haut risque iatrogène au sein des services cliniques de l'établissement. Le taux de conciliation obtenu est inférieur à celui d'une étude menée au sein d'un service de gériatrie en 2015 où 90 % des CTM sont réalisées à l'admission chez des sujets âgés de plus de 75 ans (39). Cependant ce taux reste acceptable.

Au total, 148 IP ont été formulées pour 84 patients conciliés, dont 63 % ont été acceptées par le clinicien. En d'autres termes, le pharmacien détecte au sein de chaque prescription hospitalière en moyenne environ 1,8 problèmes liés aux médicaments. Le nombre important d'IP acceptées par les prescripteurs, témoigne de l'intérêt de l'activité de CTM lorsqu'elle est couplée à l'activité de validation pharmaceutique. Dans la littérature, Graabaek T. et al. ont

analysé 31 études (40). Le taux d'acceptation varie de 39 à 100 %, mais la moitié des études rapportent un taux d'acceptation des IP par le clinicien supérieur à 69 % ce qui est similaire à notre étude. Jarfaut A. qui évalue l'impact de la pharmacie clinique dans un service de chirurgie, décrit un taux d'acceptation des IP de 80 % pour 248 IP réalisées (41).

Le taux de patients présentant au moins une erreur médicamenteuse lors de la réalisation de la CTM est variable dans la littérature et peut s'expliquer par des méthodologies qui diffèrent d'une étude à l'autre. Boissinot L. et al. (42) ont détecté une erreur pour 16 % des patients seulement contre 81,9 % pour l'étude menée par Cornu et al. (43). Une autre étude menée au sein d'un service de gériatrie en mars 2017 sur une cohorte importante de patients âgés de plus de 65 ans a montré des divergences à l'admission dans 48 % des cas, avec en moyenne, 1,09 anomalies involontaires par patient (44). Dans une autre étude, Saint Germain P. a réalisé un travail portant sur la CTM à l'entrée, parmi 200 patients d'un service de gériatrie : 1,58 interventions ont été réalisées en moyenne par le pharmacien et par patient (45).

Dans notre étude, les erreurs médicamenteuses par omission représentent la part la plus importante (47 % des IP réalisées) des erreurs observées et la moitié d'entre elles ont fait l'objet d'une modification de traitement.

La proportion d'erreur par omission retrouvée dans la littérature lorsque la CTM est réalisée à l'admission est variable, mais elle reste globalement supérieure à celle retrouvée dans notre étude de 55,5 % à 76,4 % (42) (46). Marinović I. a mené une étude portant sur la conciliation à l'admission des prescriptions de patients âgés de plus de 18 ans au sein d'un hôpital croate en 2015 incluant 411 patients : le type d'écart médicamenteux non intentionnel le plus fréquent était l'omission de médicaments (63,9 %) (47).

Dans une étude menée dans un service de gériatrie aigüe, Boissinot L. et al. ont tenté de mettre en avant les problèmes de lien ville / hôpital à l'origine d'erreur de prescriptions hospitalières. Quarante-cinq patients ont été inclus dans l'étude sur une période de trois mois. Neuf divergences non intentionnelles ont été recueillies, dont un ajout, cinq omissions et trois modifications de posologie (42).

Une autre étude de 3 mois menée dans un service de gériatrie en 2011 se rapproche de nos résultats : elle dénombre 116 écarts parmi 81 patients, avec principalement des omissions (41 %) (48).

Chomel A. s'est, quant à elle, focalisée sur les omissions de traitement au sein du service 2C du CLB : 41,9 % des patients de ce service ayant un traitement habituel à leur domicile ont eu au moins un médicament non reconduit sur « Cristal Net » (34).

Enfin, une étude allemande menée entre août 2014 et octobre 2015 par Cortejoso L. repose sur une triple approche incluant la validation des ordonnances médicales, la CTM à l'admission des patients et un entretien avec le patient. La validation des ordonnances médicales était basée sur l'analyse de la pertinence des médicaments prescrits, de la dose de médicament selon les caractéristiques du patient, de la présence de contre-indications et d'interactions entre les médicaments et de la proposition de médicaments alternatifs inclus dans le formulaire de l'hôpital. Au total, 2 307 interventions associées à une erreur de médicament dans 15 282 ordonnances médicales pour 1 859 patients âgés ont été enregistrées. La plus grande partie des interventions menées sur le service de gériatrie à l'admission et à la sortie étaient attribuables à l'omission d'un médicament (30,4 %) suivi des interactions cliniquement significatives nécessitant un suivi (20 %) (49).

Parmi les IP acceptées portant sur des omissions, les médicaments de la sphère cardiaque sont majoritairement concernés (30 %) : il s'agit d'anti-hypertenseur, d'anticoagulants et d'antiangoreux. Au sein de la littérature, Beckett décrit une majorité d'IP réalisées pour des médicaments du système cardio-vasculaire (48). Les médicaments du système cardio-vasculaire sont en effet une classe importante de médicaments fréquemment prescrits chez la personne âgée. Cela peut donc expliquer les résultats de l'étude de Beckett menée au sein d'un service de gériatrie ainsi que nos résultats.

Les laxatifs sont aussi concernés par ces IP (22 %). En effet, l'étude s'est déroulée dans un centre de cancérologie, les patients sont très fréquemment sous morphiniques et alités, ce qui impose alors une prescription concomitante de cette classe de médicament.

Les médicaments d'endocrinologie dans la prise en charge des pathologies thyroïdiennes et du diabète sont également retrouvés (9%). Ces oublis peuvent avoir des conséquences cliniques potentiellement sévères et posent problème dans la prise en charge au long cours du patient.

Les thérapeutiques de la sphère psychique sont également concernées par ces omissions ; il s'agit pour la majorité d'anxiolytiques et d'antidépresseurs (13 %).

Dans une étude menée par Reliquet C. au sein d'un service de gériatrie aigüe au CHU de Bordeaux, parmi 130 patients, on retrouve en tête des omissions (58 %) les médicaments ophtalmologiques (11 DNI), puis les psychoanaleptiques : antidépresseurs, médicaments contre la démence (9 DNI), les analgésiques (8 DNI) et enfin les psycholeptiques : anxiolytiques, antipsychotiques (7 DNI). On retrouve donc des classes comparables, cependant en proportion différente, du fait de la spécificité de la prise en charge des patients atteints de cancer. Cette étude s'est également penchée sur le taux d'acceptation par les médecins des interventions menées par le pharmacien : le taux d'acceptation par les prescripteurs des interventions de 38 % est cependant fortement inférieur au nôtre.

De même que dans notre étude, l'omission était la principale erreur (58 %) et les médicaments du système cardio-vasculaire étaient les plus retrouvés (33 %). On remarque que les traitements ophtalmologiques représentent les omissions principales : ces thérapeutiques, ne faisant pas partie des spécialités des services concernés, seraient alors plus à risques d'oubli (50).

Les traitements n'intervenant pas dans la prise en charge du cancer semblent également, dans nos résultats, être plus à risques d'oubli au CLB.

Cependant, notre étude a pu soulever également un problème d'identification des traitements habituels, entre les médecins du CLB : dans deux cas, des traitements prescrits par un médecin du Centre Léon Bérard ont été omis lors de l'admission de patients au Centre. Il s'agit :

- d'un traitement d'hormonothérapie, le letrozole, prescrit au long cours et dont la prise doit être quotidienne ;
- d'un facteur de croissance hématopoïétique, un G-CSF, le filgrastim injecté par voie sous cutanée cinq jours consécutifs.

D'autre part, les inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) posent problème car leur indication n'est que très rarement documentée. Ces thérapeutiques semblent prescrites par habitude et également reconduites sans jamais être réévaluées, ce qui conduit à leur prise au long cours notamment chez les sujets âgés. De nombreuses études s'intéressent à la prescription

à long terme de plus en plus courante de cette classe de médicament sans réévaluation : la balance bénéfique / risque peut alors s'inverser du fait d'interactions avec d'autres thérapeutiques ou d'effets indésirables. Yadlapati R. en 2017, décrit ce problème : bien que les IPP soient appropriés dans certains cas, il y a également une utilisation inappropriée de cette classe médicamenteuse. Dans le même temps, il explique que les données suggérant des effets néfastes de la prise des IPP au long terme se multiplient. Les auteurs ont conclu que, bien que les IPP soient très efficaces dans les troubles gastro-acides peptiques, l'efficacité n'est pas démontrée dans certaines conditions : dans certains cas, ils n'ont trouvé aucune preuve d'effet objectivable.

En ce qui concerne les effets indésirables, ils ont indiqué que les effets délétères associés à la thérapie IPP n'emportent pas sur les avantages offerts par l'utilisation appropriée de l'IPP.

Néanmoins, l'utilisation inappropriée des IPP entraîne une augmentation des coûts de soins de santé et une exposition inutile aux effets négatifs potentiels. Idéalement, la thérapie IPP devrait être personnalisée, en fonction de l'indication, de l'efficacité, de la préférence des patients et de l'évaluation des risques (51). Un autre article allemand de 2017 souligne qu'il existe de plus en plus de preuves que la prise à long terme des IPP peut ne pas être aussi sûre qu'initialement envisagé. En plus des interactions avec certains médicaments, y compris les inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire, des études récentes ont montré un risque accru d'infarctus du myocarde, de néphrite interstitielle, d'atteinte rénale chronique, d'infection, de carence en vitamines et de modification de l'ionogramme, ainsi que de l'aggravation d'une démence préexistante (52). Enfin une étude a été menée par Walsh K. visant à réduire l'utilisation inappropriée d'IPP en développant et en mettant en œuvre un outil et un procédé de réévaluation IPP dans une unité de médecine familiale au bout de huit semaines. Les prescriptions chez 43 patients ont été réévaluées, ce qui a donné lieu chez 11 patients (26 %) à un retrait de l'IPP à l'issue de l'étude (53). De même dans son étude de 2016, Othman F. détermine la prévalence et le modèle de la prescription d'inhibiteur de la pompe à protons, ainsi que les pratiques utilisées pour réduire l'utilisation des IPP dans la population générale du Royaume-Uni. La base de données de recherche sur la pratique clinique du Royaume-Uni a été utilisée pour identifier les personnes qui ont reçu une ordonnance ≥ 1 IPP pendant la période 1990 - 2014. La prévalence de l'utilisation des IPP ainsi que les durées de prescriptions ont augmenté entre 1990 et 2014 (la prévalence de la période est passée de 0,2 à 15,0 %). Au total, 596 334 nouveaux utilisateurs de thérapie IPP

dans l'étude de cohorte ont reçu 8 784 272 ordonnances. Parmi ceux-ci, 26,7 % ont utilisé une thérapie IPP à long terme (≥ 1 année continuellement), tandis que 3,9 % sont restés sur le traitement IPP pendant 5 ans. Des tentatives claires de réduction de la dose ont été identifiées chez 39,9% des utilisateurs à long terme, alors que chez 47 % des patients aucune réévaluation de traitement n'a été faite bien que l'indication initiale ne prévoyait pas une utilisation à long terme (54).

La CTM peut donc être également un moyen de réévaluer les indications des IPP prescrits au long court et reconduits dans les ordonnances sans réelle réflexion. La conciliation est active car l'intervention du pharmacien propose l'arrêt du médicament. Cela représente un moyen de sécurisation supplémentaire dans la prise en charge notamment pour cette classe de médicament dont le risque peut s'avérer dans certains cas supérieur au bénéfice.

Moins nombreuses que les omissions, les erreurs médicamenteuses de type surdosage sont également retrouvées dans notre étude (16 %). Les surdosages chez la personne âgée exposent à des toxicités potentielles et peuvent rapidement entraîner une décompensation de leur pathologie ou d'une fonction vitale. Les surdosages ont conduit à des interventions pour des posologies de médicaments non adaptées à leurs fonctions biologiques. Les résultats obtenus dans notre étude sont similaires à ceux observés par Marinović qui dénombre 24,2 % d'interventions concernant des problèmes liés aux doses (47) ou par Beckett qui dénombre un problème de doses et de fréquence d'administration dans 35 % des IP (48). Cependant ces deux études, contrairement à la nôtre, n'ont pas fait la distinction entre sous et surdosage.

Les réévaluations de traitement ont également conduit à des IP réalisées par le pharmacien et acceptées par le médecin. L'échange avec le prescripteur sur ces possibles améliorations de prescription en réévaluant les thérapeutiques données permet une prescription la plus efficiente possible pour le patient âgé.

Dans notre étude, nous avons choisi de croiser au minimum trois sources d'information pour réaliser l'activité de CTM afin d'obtenir une liste complète et fiable (55). Dans la majorité des cas de patients non conciliés, l'entretien patient n'avait pu être réalisé du fait de troubles cliniques ou de l'impossibilité pour le patient à conduire un entretien (langue étrangère

notamment) rendant la conciliation non réalisable. Une étude américaine a montré que peu de patients âgés sont capables de donner une liste exacte de leurs médicaments. Sur 315 questionnaires, seulement 114 étaient justes et complets justifiant l'importance de croiser les données obtenues avec d'autres sources d'information (56).

Concernant les sources contactées, le pharmacien d'officine était joint dans 100 % des cas, car le Dossier Pharmaceutique (DP) n'est pas accessible au sein du CLB. Les coordonnées de l'officine étaient disponibles dans le DPI ou communiquées par le patient lors de l'entretien patient. Dans tous les cas, l'accord oral du patient était demandé avant de contacter l'officinal. Les officines apparaissent comme une source-clé car elles détiennent généralement un historique complet des délivrances des médicaments sur ordonnances mais également pris en automédication. Le DP serait la source la plus probante avec le pharmacien d'officine. Cependant d'après la littérature, les sources d'information les plus intéressantes proviendraient du pharmacien d'officine ainsi que du DP du fait de leur exhaustivité et de leur fiabilité (21) (57) (58) (59).

D'un point de vue général, les pharmaciens d'officine restent joignables facilement, les médecins traitants l'étant beaucoup plus difficilement. Bien que les prescripteurs de ville soient une source très fiable et riche d'informations, ils étaient contactés dans une minorité de cas (12 %). Les médecins de ville étaient joints lorsqu'il n'était pas possible de colliger des données à partir du DPI, de l'entretien patient et de l'officinal, ou en cas de difficulté ou de doute sur l'une des thérapeutiques lors de sa reconduction ou sa non-reconduction à l'hôpital. C'est également ce que démontre une étude présentée aux Congrès des Soins de Support en Cancérologie (CSSC) en 2015 portant sur la conciliation médicamenteuse chez 100 patients âgés de 70 ans et pris en charge pour un cancer ; le taux de non disponibilité du médecin traitant serait de 82,5 % (60). Dans une étude menée auprès de 45 patients âgés de 75 ans et plus et hospitalisés en médecine gériatrique aigüe, le médecin traitant représentait la deuxième source d'information utilisée après le dossier médical, et était contacté dans 80 % des cas (42).

La source consultée le moins souvent dans notre étude est l'aidant qui a été contacté dans 10 % des cas. Ces résultats sont similaires à ceux de l'étude citée précédemment où la famille a été consultée dans 4 % des cas et était la source la moins utilisée (42). L'aidant est une personne qui connaît très souvent les traitements et est impliqué dans la pathologie de

son proche : il a l'habitude de gérer ses traitements et parfois même s'occupe de leur administration.

Le temps passé pour l'activité est de 23 minutes [min 10 ; max 43] en moyenne par patient ce qui est inférieur aux données publiées dans la littérature comme par exemple dans le rapport d'expérimentation MedRec où la durée moyenne d'une CTM est de 31 minutes (21).

Enfin, lors de notre étude, la durée moyenne d'une CTM semble diminuer au fil des trois premiers mois puis se stabiliser (28 minutes en moyenne au mois 1 à 20 minutes en moyenne au mois 5), pouvant être le reflet d'un apprentissage de la méthode de CTM. La comparaison de la durée d'une CTM à la littérature reste délicate en raison notamment d'un profil de patients divers, de la performance des outils informatiques utilisés, du parcours de soins et de l'accès à l'information pouvant être différents d'une structure à l'autre. Des données américaines montrent que le processus de CTM prend entre 30 à 60 minutes par admission (61). Cette durée reste approximative puisque celle-ci dépend de plusieurs paramètres comme le nombre de médicaments du patient, la disponibilité des officines et celle des médecins hospitaliers en charge du patient, la durée d'entretien avec le patient ou son entourage, ainsi que les types de divergences rencontrées. Au Canada, une étude publiée en 2013 a comparé la durée de réalisation d'une CTM dans deux services d'hospitalisation différents. Cette étude, menée par trois médecins et trois pharmaciens, a démontré que le processus de CTM était plus long dans le service de gériatrie avec une durée moyenne de 121 minutes contre une moyenne de 65,6 minutes dans le service de médecine interne. Ce qui s'explique par le fait qu'en service de gériatrie, la majorité des patients sont poly-pathologiques, avec par conséquent des ordonnances plus longues (62).

L'entretien avec le patient a permis de recueillir des informations portant sur l'automédication des patients ainsi que la gestion du traitement personnel.

Concernant la gestion du traitement personnel, elle suit une procédure cadrée au sein de l'établissement. Tous les traitements prescrits par les médecins hospitaliers sont donnés par les infirmières aux patients et fournis par la pharmacie hospitalière afin de gérer au mieux la prise des médicaments. La procédure de gestion des traitements prévoit donc une

récupération de tous les traitements personnels apportés par les patients à l'hôpital. Le respect de la procédure de gestion du traitement personnel n'était pas respecté pour 16 patients sur 84. Ces patients ont gardé leur traitement personnel sans leur chambre sans en avoir informé les soignants. Un risque de surdosage par double prise du traitement était alors attendu. Un patient avait notamment gardé dans sa chambre un anti-vitamine K dont la double prise aurait pu avoir de lourdes conséquences.

Selon les études, entre 25 % (63) et 43,1 % (64) des patients hospitalisés apportent leur traitement et le gardent avec eux dans leur chambre. L'entretien patient permet de détecter ces cas et d'alerter les infirmières. La question du traitement personnel apporté par les patients est cruciale car ces situations exposent le patient à des risques importants de redondances de prises médicamenteuses. Chomel A. dans son étude explique que 75 % des patients ayant apporté leurs médicaments continuent de les prendre à l'insu du personnel soignant. Il y a alors double administration de la molécule : les infirmières donnent également au patient ce médicament, apparaissant sur la prescription hospitalière, et provenant cette fois de la pharmacie hospitalière (34).

L'automédication est un paramètre important à prendre en compte : il concernait majoritairement des médicaments allopathiques (75 %) avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens, des laxatifs ou encore des médicaments « contre les maux d'estomac ». Le nombre très élevé de patients ayant recours à l'automédication pour les deux études menées au sein du Centre Léon Bérard doit être pris en compte car ces traitements peuvent interférer avec ceux prescrits, et présentent donc un risque iatrogène certain.

L'étude de Chomel A. rapporte que la moitié des patients de deux services du CLB ont recours à l'automédication (34). Il s'agit notamment de traitements antalgiques, homéopathiques ou de phytothérapie, que l'on retrouve également dans nos résultats. Dans une étude brésilienne dont les résultats ont été obtenus par un interrogatoire de 1 820 personnes, l'automédication est courante chez 14,9 % ce qui est inférieur à nos résultats. L'analyse a montré une association potentiellement néfaste chez les personnes âgées de 50 à 65 ans (PR = 0,26; IC 95 %: 0,15; 0,47) et avec des maladies chroniques (PR = 0,38; IC à 95 %: 0,28; 0,51 (65). Le pourcentage plus important d'automédication dans notre étude peut s'expliquer par le fait que la population est non seulement âgée mais également atteinte de cancer : en effet, une enquête nationale publiée en 2017 en Allemagne a démontré que

l'automédication est significativement plus importante chez cette catégorie de population âgée de 60 à 79 ans (66).

Dans une étude indienne de 2016 menée sur 1100 adultes, la prévalence de l'automédication est de 18,72 %. Le pourcentage des problèmes consécutifs à la prise des thérapeutiques en automédication est de 17,36 %. Dans le groupe « automédication », la prévalence des problèmes relatifs aux médicaments était élevée (40,78 %) par rapport au groupe contrôle (11,97 %). Les sujets du groupe « automédication » étaient environ cinq fois plus susceptibles de développer un effet indésirable lié au médicament (OR: 5,06, CI: 3,59-7,14, $P < 0,001$) (67). En revanche, lors de notre étude aucune interaction avec le pamplemousse ou le millepertuis n'a été détectée. Une explication à cette constatation réside dans une information préalable correctement réalisée lors de l'instauration des traitements anticancéreux oraux de nouvelle génération à fort risque d'interactions (notamment dans le cadre des essais cliniques).

Enfin, l'entretien patient permet également, grâce au questionnaire de GIRERD modifié, de quantifier l'observance des patients : 63 % des patients sont « bons observants ». Ce taux est fortement supérieur au regard de l'étude de Chomel A. qui n'est que de 26,0 % (34). En 2016, une étude sur l'observance médicamenteuse utilisant également la grille de GIRERD modifiée a été menée chez 251 patients en gériatrie atteints de maladies chroniques. Ici aussi les patients considérés comme « bons observants » sont majoritaires avec 45,4 % ; 35,4 % sont considérés comme « observants mineurs » et enfin 19,12 % des patients sont considérés comme « non observants » (68).

Le nombre accru de patients observants est très encourageant pour les soignants du CLB. Ce résultat s'explique notamment par l'accentuation de l'éducation des patients portant sur l'importance de l'observance.

Concernant la satisfaction des soignants et de l'équipe médicale, les retours très positifs démontrent un intérêt réel pour l'activité de CTM.

Enfin, la communication auprès de l'ensemble du personnel soignant est un des points essentiels au développement de la CTM. Graabaek et al. mettent en avant la nécessité de contact direct avec le médecin afin de résoudre les divergences (59). D'autre part, l'activité de CTM ne dispense pas d'une réévaluation complète des traitements médicamenteux

pendant une hospitalisation. Elle nécessite une communication claire et précise entre les acteurs hospitaliers et les médecins généralistes ou pharmaciens d'officine pour aboutir à une prescription médicamenteuse optimale chez le sujet âgé (69).

D'autre part, notre étude a révélé un certain nombre de limites organisationnelles.

Le système de prescription et d'information de l'établissement semble être peu adapté à l'activité de CTM. Les données relatives aux traitements habituels des patients sont souvent incomplètes voire inexistantes au sein du dossier patient informatisé (DPI). En effet, la partie dédiée aux informations sur les traitements chroniques pris au domicile avant l'hospitalisation n'est que rarement renseignée à l'arrivée du patient ou alors non mise à jour. La reconstitution du BMO est peu aisée. Retracer la chronologie de ces changements de traitements s'avère difficile et chronophage, et justifie pleinement l'activité de conciliation médicamenteuse.

D'autre part, la communication « pharmacien hospitalier – pharmacien d'officine » est réalisée dans le cadre de notre étude par téléphone et par fax. Aucun échange n'a pu être tracé dans le DPI.

Il existe un outil permettant la communication sécurisée entre professionnels de santé « Mon Sisra2 » en test au CLB qui permettra dans un futur proche de tracer les échanges réalisés pour la CTM au sein du Dossier Patient Partagé et Réparti.

Les IP formulées auprès des prescripteurs ont été tracées sur le logiciel de prescription, qui n'est cependant pas adapté à cette activité. L'enregistrement de la grille de CTM au sein du DPI apparaît nécessaire.

Le Dossier pharmaceutique (DP) n'est quant à lui pas accessible au sein de l'établissement, rendant moins aisée la recherche d'information sur les traitements médicamenteux. Le DP est identifié comme une source pouvant être utilisée lors de la démarche de conciliation selon les recommandations de la HAS bien que la littérature ne détermine aucune combinaison de sources préférentielles à utiliser. Cependant, le DP semble n'être que très peu utilisé du fait d'une limite institutionnelle par son accès limité (21) (70).

Enfin le DPPR n'a pas été consulté bien qu'accessible au sein du CLB. Ce dossier, réservé uniquement à l'usage exclusif des professionnels de santé, permet un accès aux informations recueillies au cours des consultations et hospitalisations des patients. Cet outil serait donc un moyen supplémentaire d'obtenir les informations de façon exhaustive nécessaires à la réalisation de la CTM.

Ce constat semble d'ailleurs général. L'Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique a mené une enquête régionale sur l'intégration de la conciliation médicamenteuse aux systèmes informatiques hospitaliers : le résultat de cette étude montre des lacunes au sein des différents logiciels utilisés parmi les structures participantes. Soixante-treize pourcent des établissements estiment le système informatique inadapté (71). Cette problématique est largement abordée, et de plus en plus d'établissements de santé souhaitent intégrer un module spécifique à la CTM dans le dossier patient. L'étude menée par l'OMEDIT témoigne notamment de cette lacune lors de la réalisation de la CTM dans les établissements qui développent de plus en plus des outils et des supports informatiques afin de tracer l'activité. Parmi les établissements ayant répondu à l'enquête, deux établissements ont élaboré un cahier des charges à destination de l'éditeur pour l'intégration d'un module de conciliation médicamenteuse à leur système informatique hospitalier et huit sont en cours de réflexion pour son élaboration. Quatre établissements de santé utilisent un logiciel pour lequel un cahier des charges a fait l'objet d'une réflexion (39). Dans sa thèse Marchand M. a élaboré un cahier des charges pour l'intégration d'un système de traçabilité et de recueil d'informations au dossier patient informatisé, lors de la réalisation de l'activité de CTM au sein des CHU de Compiègne et de Nîmes. Ce logiciel permet notamment l'intégration de la BMO et de l'OMA au DPI (72).

Enfin, durant l'étude, la présence de l'étudiant uniquement le matin, a pu être une source de difficulté : certaines conciliations n'ont pas pu avoir lieu du fait de cette présence restreinte, notamment lorsque le patient n'était pas présent dans sa chambre à ce moment-là.

D'autre part, cette restriction de temps a entraîné dans certains cas des problèmes de communication avec les pharmacies d'officine fermées les lundis matins mais également avec les médecins traitants parfois non joignables certains matins car en visites ou absents. Enfin, certains médecins du CLB ne sont pas disponibles le matin dans les services car ils effectuent les visites dans les chambres des patients. Il est alors nécessaire de revenir ultérieurement dans le service, ce qui peut représenter un caractère chronophage pour l'équipe. Un médecin du CLB a fait part de cette difficulté au sein du questionnaire soignant, indiquant que le moment du matin n'est pas le plus adapté pour la rencontre avec le médecin.

Toutefois, tout au long de ces six mois, les pharmaciens d'officine se sont montrés très coopératifs, prenant le temps de répondre très précisément à nos interrogations. Dans la majorité des cas c'est le pharmacien titulaire qui répond à notre demande.

Le manque d'outils nécessaires à la traçabilité de l'information transmise aux soignants lors de la réalisation de la CTM par le pharmacien constitue également une limite à cette étude : le retour d'informations collectées lors de la conciliation se fait par appels téléphoniques aux soignants concernés. Une annotation était également ajoutée sur la prescription dans le logiciel de l'hôpital. Cependant, le logiciel est peu adapté aux différentes interventions réalisées lors de cette activité et peu commode pour la transmission des informations notamment des omissions de traitement aux prescripteurs.

Les résultats de l'étude ainsi que les difficultés organisationnelles ont été présentés en réunion institutionnelle. Il serait nécessaire d'optimiser les outils informatiques afin de pouvoir les utiliser dans le cadre de cette activité et envisager un déploiement en routine.

Enfin, suite à cette étude, le comité de sécurisation de prise en charge médicamenteuse du patient a validé le déploiement de la CTM au sein de l'établissement pour cette population de patients.

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

THESE SOUTENUE PAR : Mme BELLETON Raphaëlle

Les recommandations des sociétés savantes, notamment de la Société Française de Pharmacie Clinique, en matière de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient hospitalisé, mettent en avant, l'importance de la réalisation de la conciliation des traitements médicamenteux, de l'analyse pharmaceutique, ainsi qu'un ciblage prioritaire des patients à risques.

C'est dans ce contexte que nous avons entrepris au Centre Léon Bérard une évaluation du taux de prescriptions médicamenteuses modifiées suite à la démarche de conciliation médicamenteuse réalisée à l'admission chez les patients de plus de 75 ans, considérés comme les plus à risques.

Nos résultats dénombrent 148 interventions pharmaceutiques, ce qui fait 1,8 interventions par patient. Parmi ces interventions, 63 % ont conduit à un changement de la prescription du patient concilié par le médecin du service. Les omissions de traitement ainsi que les surdosages sont majoritaires. Les omissions de traitement représentent également la majeure partie des interventions pharmaceutiques conduisant à une modification de prescription par le médecin.

D'autre part, la plupart des patients conciliés lors de cette étude sont considérés comme « bons observants » (63%), cependant 27,3 % sont classés « observants mineurs » lors de l'interrogatoire.

Lors de cette étude, le nombre important d'interventions pharmaceutiques réalisées à l'issue des conciliations des traitements médicamenteux démontre une nécessité de sécuriser ce point de transition du parcours de soin du patient en termes de prise en charge médicamenteuse.

Cette activité permet notamment de rectifier des erreurs de prescription qui surviennent lors de l'admission d'un patient et donc de diminuer le risque d'iatrogénie médicamenteuse et de complication pour le patient. Ces erreurs sont notamment la conséquence d'une lacune en terme de transmission d'information ville-hôpital durant le parcours de soins du patient. En effet, il n'existe à ce jour aucun moyen de communication qui permet de transmettre systématiquement lors de l'hospitalisation d'un patient la liste exhaustive des traitements prescrits par les différents médecins libéraux ou les praticiens d'autres établissements de santé et donc de l'ensemble des médicaments pris en ambulatoire par le patient.

Le déploiement de la conciliation des traitements médicamenteux sur un grand panel de patients a permis de mettre en évidence un impact important au niveau des prescriptions, avec les modifications répondant aux interventions réalisées par le pharmacien. Le nombre important de

changements de prescription démontre ainsi l'intérêt de cette activité avec une quantification de son intérêt dans la prise en charge du patient.

Les omissions de traitements, majoritaires, démontrent bien ce manque de transmission d'information concernant les traitements pris au domicile du patient.

Au moyen des sources utilisées, la conciliation rectifie ces erreurs, notamment les oublis de médicaments pour des pathologies chroniques dont l'arrêt peut être responsable de complications majeures pour le patient lors de son hospitalisation. Il s'agit donc d'un outil supplémentaire et nécessaire à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse au sein du Centre Léon Bérard.

La conciliation des traitements médicamenteux, bien que menée par le pharmacien, concerne un grand nombre de soignants et nécessite une collaboration étroite entre les différents acteurs hospitaliers notamment les pharmaciens, les médecins ainsi que les infirmiers. Cette activité est donc pluridisciplinaire et exige une coopération efficace entre les différents protagonistes intervenant dans le processus de la prise en charge médicamenteuse du patient au sein de l'établissement.

Les résultats probants obtenus démontrent la possibilité de mettre en place de façon pérenne cette activité notamment avec une implication importante des médecins prescripteurs et du retour positif de leur part lors de cette étude.

Par ailleurs, les résultats concernant l'automédication ainsi que l'observance témoignent eux aussi du rôle majeur que peut jouer le pharmacien dans l'optimisation et la sécurisation de la prise en charge en décelant des problèmes par les entretiens avec les patients.

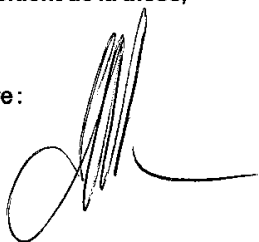
Cette activité répond donc aux questions sur la iatrogénie médicamenteuse évitable soulevées par les instances qui incitent de plus en plus les établissements de santé à pratiquer cette conciliation des traitements médicamenteux.

L'outil Zéro Echange Papier en Rhône-Alpes (messagerie médicale sécurisée développée entre les établissements hospitaliers de la région Rhône Alpes) peut également être un moyen complémentaire utilisable afin de diminuer la survenue des erreurs médicamenteuses. Sa généralisation permettrait de répondre à une importante lacune de partage d'informations entre les secteurs ville-hôpital et notamment sur la transmission des traitements prescrits en ambulatoire par les patients.

Enfin, au regard des résultats encourageants obtenus, le Centre Léon Bérard peut donc mettre en place de façon pérenne la Conciliation des Traitements Médicamenteux à l'admission des patients de plus de 75 ans, dans une volonté permanente d'offrir une sécurité de prise en charge optimisée.

Le Président de la thèse,
Nom :

Signature :



Vu et permis d'imprimer, Lyon, le **24 JUIL 2017**
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

~~P/La Directrice et par délégation
La directrice adjointe
Pr. Stéphanie BLANCON~~

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation Mondiale de la Santé. L'OMS inaugure une initiative mondiale pour réduire de moitié les erreurs médicamenteuses en 5 ans. [En ligne] 2017. [Cité le 30 février 2017]. Disponible : www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/medication-related-errors/fr/
2. Santucci R, Levêque D, Herbrecht R, Fischbach M, Gérout A, Untereiner C, et al. Evènements iatrogènes médicamenteux: impact des consultations pharmaceutiques en cours d'hospitalisation. *Ann Pharm Fr.* 2014;(72):440-50.
3. Société Française de Pharmacie Clinique. Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse [En ligne]. 2006 [cité 11 janvier 2017]. Disponible : <http://sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/425-dictionnairesfpcem/0.html>
4. Institute of Medicine. *To Err Is Human: Building a safer Health System.* National Academy Press; 2000.
5. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les évènements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé. *Doss Solidar Santé* [En ligne]. 2010;(17). Disponible : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201017.pdf>
6. Institut de Veille sanitaire. Expérimentation portant sur la déclaration des évènements indésirables graves (EIG) liés aux soins en établissement de santé [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-etsyntheses/Autres-thematiques/Experimentation-portant-sur-la-declaration-desevenements-indesirables-graves-EIG-lies-aux-soins-en-etablissement-de-sante>
7. HAS. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [en ligne]. 2015. [cité le 20 janvier 2017]. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires
8. Vidal recommandations. Prescription et populations particulières : Médicaments et personnes âgées. [En ligne]. 2017. [cité le 30 avril]. Disponible : https://www.vidal.fr/recommandations/1745/prescription_et_populations_particulieres_medicaments_et_personnes_agees/le_risque_medicamenteux/
9. HAS. Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée [en ligne]. 2014. [cité le 13 janvier 2017]. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/fpcs_prescription_web.pdf
10. Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells EE. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *CMAJ Can Med Assoc J.* 30 août 2005; 173(5):510-5.
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.* 28 févr 2005; 165(4):424-9.

12. Vira T, Colquhoun M, Etchells E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Qual Saf Health Care*. Avr 2006;15(2):122-6.
13. Site d'information du Dossier Médical Personnel – DMP. [en ligne]. [cité 15 oct 2016]. Disponible : <http://www.dmp.gouv.fr/web/dmp/>
14. Le dossier patient régional [En ligne]. [cité 15 oct 2016]. Disponible sur: <https://www.sante-ra.fr/doc/dpprpro.pdf>
15. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. INSTRUCTION N° DGOS/PF2/2015/65 du 9 mars 2015 relative à la mise en oeuvre d'une enquête nationale sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse dans les établissements de santé.
16. The Joint Commission. Issue 35: Using medication reconciliation to prevent errors. [En ligne]. 2006. [cité le 25 janvier 2016] Disponible sur: www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_35
17. Stratégie nationale de mise en oeuvre du BCM - Identification des leaders de pratique en BCM au Canada.
18. Haute Autorité de Santé. L'initiative OMS High 5s [Internet]. [cité 28 sept 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1498429/fr/l-initiative-omshigh-5s
19. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. INSTRUCTION N° DGOS/PF2/2015/65 du 9 mars 2015 relative à la mise en oeuvre d'une enquête nationale sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse dans les établissements de santé.
20. DAQSS, SDC, Broyart A. Fiche Projet international High5s. 2014
21. Haute Autorité de Santé. Initiative des HIGH 5s. Medication Reconciliation. Rapport d'expérimentation sur la mise en oeuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français. 2015.
22. HAS. Mettre en oeuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. [En ligne]. 2016. [cité le 26 janvier 2017]. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf
23. Baum T, Doerper S. La conciliation des traitements médicamenteux des patients hospitalisés Comprendre, s'initier et mettre en oeuvre la démarche dans un établissement de santé. Nancy 1; 2011.
24. Société Française de Pharmacie Clinique. Fiche mémo Préconisations pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux. [En ligne]. 2015. [cité le 25 janvier 2017]. Disponible : <http://sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/1492-sfpc-memo-conciliation-maj-juillet-2015/0.html>
25. Baum T. Conciliation des traitements médicamenteux à la sortie d'hospitalisation

26. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [Internet].

Disponible sur:

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&categorieLien=id)

[categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&categorieLien=id)

27. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [En ligne]. 2009-879 juill 21, 2009. Disponible sur:

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id)

[categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id)

28. 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 [En ligne].

Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2011/4/6/ETSH1109848A/jo>

29. Inspection Générale des Affaires Sociales. Le circuit du médicament à l'hôpital. 2011 mai. Report No.: RM2011-063P.

30. Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé V2010. 2014 janv.

31. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. La semaine de la sécurité des patients : améliorer la communication entre soignés et soignants [En ligne]. [cité 25 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/la-semainede-la-securite-des-patients-ameliorer-la-communication-entre-soignes-etsoignants>.

33. Zepa - GCS SISRA [Internet]. [cité 2 janvier 2017]. Disponible sur: <https://www.santera.fr/services/zepa/>

34. Chomel A. Conciliation médicamenteuse en oncologie : Conditions de mise en place sur la base de 100 entretiens pharmaceutiques au Centre Léon Bérard. [Thèse d'exercice]. Lyon, France: Université Claude Bernard; 2016

35. Nightingale G, Hajjar E, Swartz K, Andrel-Sendecki J, Chapman A. Evaluation of a pharmacist-led medication assessment used to identify prevalence of and associations with polypharmacy and potentially inappropriate medication use among ambulatory senior adults with cancer. *J Clin Oncol*. mai 2015;(13):33

36. Stuart M, Lichtman MD. Polypharmacy: Geriatric Oncology Evaluation Should Become Mainstream. *Journal of Clinical Oncology*. 2015 ;(13):1422-1423.

37. Reeder T, Mutnick A. Pharmacist-versus physician-obtained medication histories. *Am J Health Syst Pharm*. 2008;(65):857-60.

38. DGOS. Note d'information DGOS/PF2 N°2015/65 relative aux résultats de l'enquête nationale sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse dans les établissements de santé. 2015.

39. Huon JF. and all. Medication reconciliation: A tool to prevent adverse drug events in geriatrics. 2017; (1):19-24.

40. Graabaek T, Kjeldsen L. Medication reviews by clinical pharmacists at hospitals lead to improved patient outcomes: a systematic review. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2013; 112:359-73.
41. Jarfaut A, Clauzel-Montserrat M, Vigouroux D, Kehrli P, Gaudias J, Kemp, et al. *Ann Pharm Fr*. Mars 2015 ; 73(2):123-32
42. Boissinot L. Conciliation des traitements médicamenteux en gériatrie : Pertinence et faisabilité. [Thèse d'exercice]. Angers, France : Université d'Anger ; 2014.
43. Cornu P, Leysen T, Steurbaut S, Ligneel C. Effect of medication reconciliation at hospital admission on medication discrepancies during hospitalization and at discharge for geriatric patients. *Ann Pharmacother*. 2012; 46:484-94.
44. Rhalimi F, Rhalimi M, Rauss A. Pharmacist's Comprehensive Geriatric Assessment: Introduction and Evaluation at Elderly Patient Admission. 2017. Mar; 4(1):43-51.
45. Saint Germain P. Evaluation chez 200 patients d'un processus de conciliation des traitements médicamenteux à l'entrée dans un service de gériatrie. [Thèse d'exercice]. Picardie, France : Université de Picardie ; 2014
46. Durfour M, Philippe S, Bourdenent G, Borel C, Capet C, Jego A. Conciliation médicamenteuse en médecine interne gériatrique : une collaboration efficace médecins-pharmaciens pour prévenir l'iatrogénèse médicamenteuse. Etude prospective de 200 patients. *Rev Médecine Interne*. 2013; 11:7-8.
47. Marinović I, Marušić S, Mucalo I, Mesarić J, Bačić Vrca. Clinical pharmacist-led program on medication reconciliation implementation at hospital admission: experience of a single university hospital in Croatia. *V Croat Med J*. 2016 Dec 31; 57(6):572-581.
48. Beckett RD1, Crank CW, Wehmeyer A. *J Pharm Pract*. Effectiveness and feasibility of pharmacist-led admission medication reconciliation for geriatric patients. Avril 2012; 25(2):136-41.
49. Cortejoso L, Dietz R, Hofmann G, Gosch M, Sattler A. Impact of pharmacist interventions in older patients: a prospective study in a tertiary hospital in Germany. *Clin Interv Aging*. 2016; 26(11):1343-1350.
50. Reliquet C, Mosnier-Thoumas S, Xuereb F, Martin-Latry K, Breilh D. Conciliation médicamenteuse en gériatrie aigue. *Le pharmacien Hospitalier et Clinicien*. 2014; 49(2).
51. Yadlapati R, Kahrilas. When is proton pump inhibitor use appropriate? *PJ2 BMC Med*. 2017; 15(1):36.
52. Ueberschaer H, Allescher HD, Gastroenterol Z. Proton pump inhibitor - side effects and complications of long-term proton pump inhibitor administration. 2017 Jan; 55(1):63-74.
53. Walsh K, Kwan D, Marr P, Papoushek C. Deprescribing in a family health team: a study of chronic proton pump inhibitor use. *J Prim Health Care*. 2016 Jun; 8(2):164-71.
54. Othman F, Card TR, Crooks CJ. Proton pump inhibitor prescribing patterns in the UK: a primary care database study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2016 Sep; 25(9):1079-87.

55. Dufay E, Baum T, Doerper S, Conrard E, Dony A, Piney D, et al. Conciliation des traitements médicamenteux: détecter, intercepter et corriger les erreurs médicamenteuses à l'admission des patients hospitalisés. *Risques Qual.* 2011;8(2):130-8.
56. Meyer C, Stern M, Woolley W, Jeanmonod R. How reliable are patient-completed medication reconciliation forms compared with pharmacy lists? *Am J Emerg Med.* 2012;30:1048-54.
57. Fayad N, Carde A, Bihannic R, Paleiron N, Vinsonneau U, Paule P. Conciliation médicamenteuse à l'admission des patients à l'hôpital : quelle place pour le dossier pharmaceutique ? 2014;43(6).
58. Doerper S, Morice S, Piney D, Dony A, Baum T, Perrin F, et al. La conciliation des traitements médicamenteux : logigramme d'une démarche efficace pour prévenir ou intercepter les erreurs médicamenteuses à l'admission du patient hospitalisé. *Pharm Hosp Clin.* 2013;153 60.
59. Beguerie A. Conciliation médicamenteuse et dossier pharmaceutique : rôle du pharmacien d'officine dans l'optimisation des traitements aux points de transition. [Thèse d'exercice]. Bordeaux, France : Bordeaux 2; 2014.
60. Congrès n°2 paca corse des soins de support en cancérologie. La conciliation médicamenteuse chez les patients âgés de 70 ans et plus pris en charge pour un cancer. [En ligne]. 2016. [cité le 13 juillet 2017]. Disponible : http://www.congrescssc.fr/files/136/Communications/2016/Atelier_4/15h10-m-cecile-la-conciliation-medicamenteuse-chez-les-patients-pris-en-charge-pour-un-cancer-ages-de-70-ans-et-plus.pdf
61. Barnsteiner J. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses; Chapitre 38: Medication reconciliation [En ligne]. 2008. [cité le 13 avril 2017.] Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2648/>
62. N Meguerditchian A, Krotneva S. Medication reconciliation at admission and discharge: a time and motion study. *BMC Health Services Research* 2013; 13:485.
63. Almon-Quiniou M, Huynh-Lefevre L, Rouault M, Hofmann C. Gestion des traitements médicamenteux personnels des patients à l'hôpital: analyse des pratiques et perspectives d'amélioration. *J Pharm Clin.* 2015;34(2):86-92.
64. Bouchard S. Formalisation de la gestion du traitement personnel des patients hospitalisés au CHU de Nancy. [Thèse d'exercice]. Lorraine, France : Université de Lorraine; 2013.
65. Domingues PHF, Galvão TF, Andrade KRC, Araújo PC, Silva MT, Pereira MG. *Epidemiol Serv Saude.* Prevalence and associated factors of self-medication in adults living in the Federal District, Brazil: a cross-sectional, population-based study. 2017 Apr-Jun; 26(2):319-330.
66. Knopf H. Self-medication with vitamins, minerals and food supplements in Germany: Results of nationwide health surveys. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2017 Mar; 60(3):268-276.

67. Panda A, Pradhan S, Mohapatra G, Mohapatra J. Drug-related problems associated with self-medication and medication guided by prescription: A pharmacy-based survey. *Indian J Pharmacol* 2016 Sep-Oct; 48(5):515-521.
68. Shruthi R, Jyothi R, Pundarikaksha HP, Nagesh GN, Tushar TJ. *J Clin Diagn Res. A Study of Medication Compliance in Geriatric Patients with Chronic Illnesses at a Tertiary Care Hospital.* Decembre 2016 ; 10(12):40-43.
69. Farbos F. Optimisation thérapeutique dans un service de post-urgence gériatrique : suivi des recommandations hospitalières par le médecin généraliste. [Thèse. d'exercice] Bordeaux, France : Université de Bordeaux ; 2014.
70. Dufay E. Qualité et sécurité des soins liées aux produits de santé Le processus de conciliation des traitements médicamenteux. [En ligne].2012. [cité le 25 juin 2017]. Disponible : <http://assiphar.adiph.fr/files/2014/07/2014-E-DUFAY-Conciliation-m%C3%A9dicamenteuse-Paris-ASSIPHAR.pdf>
71. OMEDIT pays de la Loire. Enquête régionale sur l'intégration de la conciliation médicamenteuse aux systèmes d'information hospitaliers. [En ligne].2016. [cité le 25 juin 2017].Disponible : <http://www.omedit-paysdelaloire.fr/files/00/01/42/00014215-synthese-regionale-enquete-sih.pdf>
72. Marchand M. Aide au déploiement de la conciliation médicamenteuse sur le territoire Midi-Pyrénées : travaux préparatoires de la mise en œuvre du projet. [Thèse d'exercice]Toulouse, France : Toulouse 3 ; 2016.

ANNEXES

Annexe1 : Modalités de gestion des traitements personnels des patients hospitalisés

| | | | | | |
|---|-----|---|--|--|--|
| DSI/UC/PR/0044 | |  | | MODALITES DE GESTION DES TRAITEMENTS PERSONNELS DES PATIENTS HOSPITALISES | |
|  | | | | | |
| Version 1 | 1/4 | Date d'approbation : 21/05/2015 | | | |

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

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

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

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

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

INTÉRÊTS DE PRENDRE EN COMPTE LE TRAITEMENT PERSONNEL DES PATIENTS HOSPITALISÉS

Cela permet d'éviter :

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

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

« Sauf accord des prescripteurs mentionnés à l'article 2, il ne devra être mis ou laissé à la disposition des malades aucun médicament en dehors de ceux qui lui auront été prescrits et dispensés dans l'établissement. Les médicaments dont ils disposent à leur entrée leur seront retirés, sauf accord écrit des prescripteurs précités »

• Tout traitement personnel habituel pris par le patient au cours d'un séjour hospitalier est inclus dans le forfait séjour. Il ne peut être ni à la charge du patient, ni à celle de l'Assurance Maladie.

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

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

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

| | | |
|---|-----|---------------------------------|
| DS/AUC/PRU0044 | | |
|  | | |
| MODALITES DE GESTION DES TRAITEMENTS PERSONNELS DES PATIENTS HOSPITALISES | | |
| Version 1 | 5/4 | Date d'approbation : 21/05/2015 |

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

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

EVALUATIONS / ACTIONS :

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

PLAN D'ACTION :

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

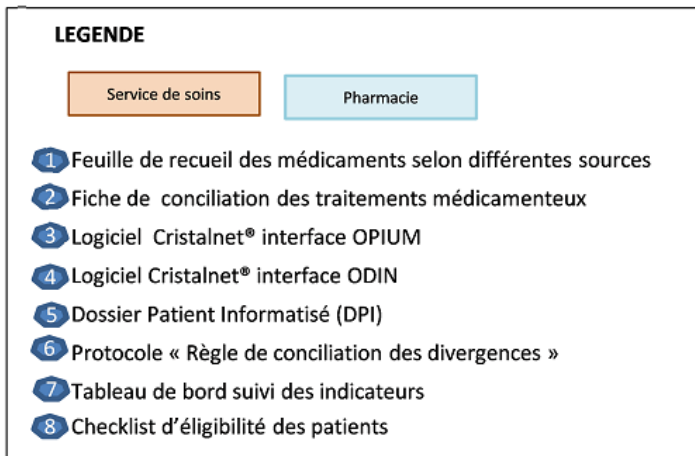
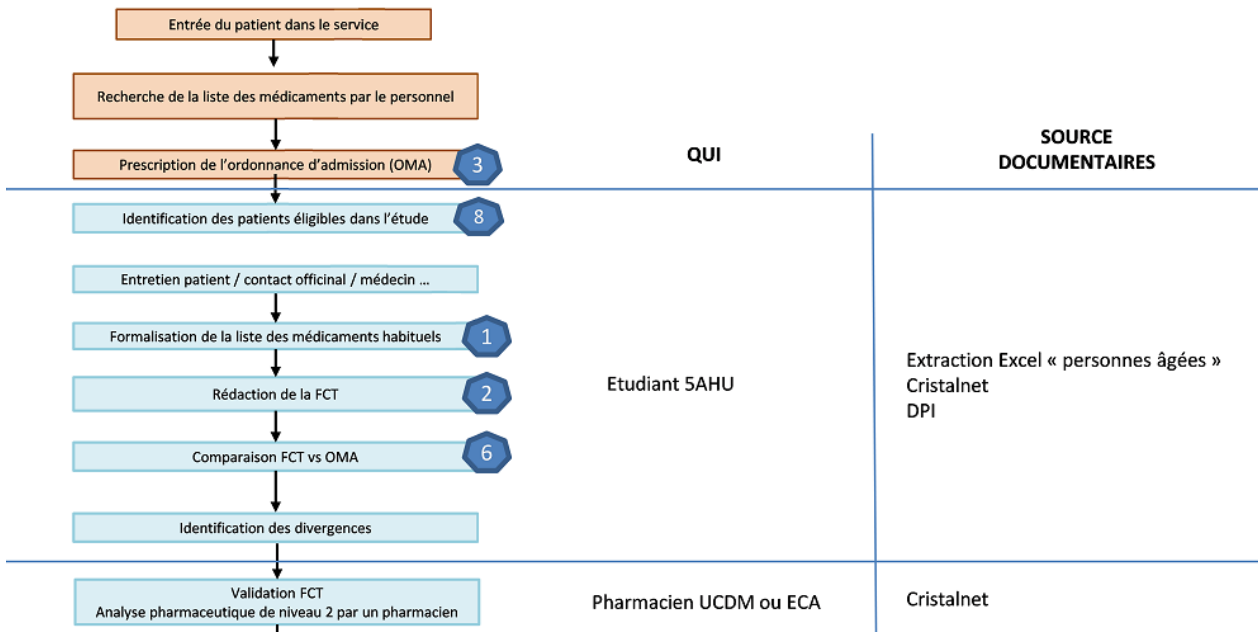
INDICATEURS :

- Renouvellement annuel de l'audit

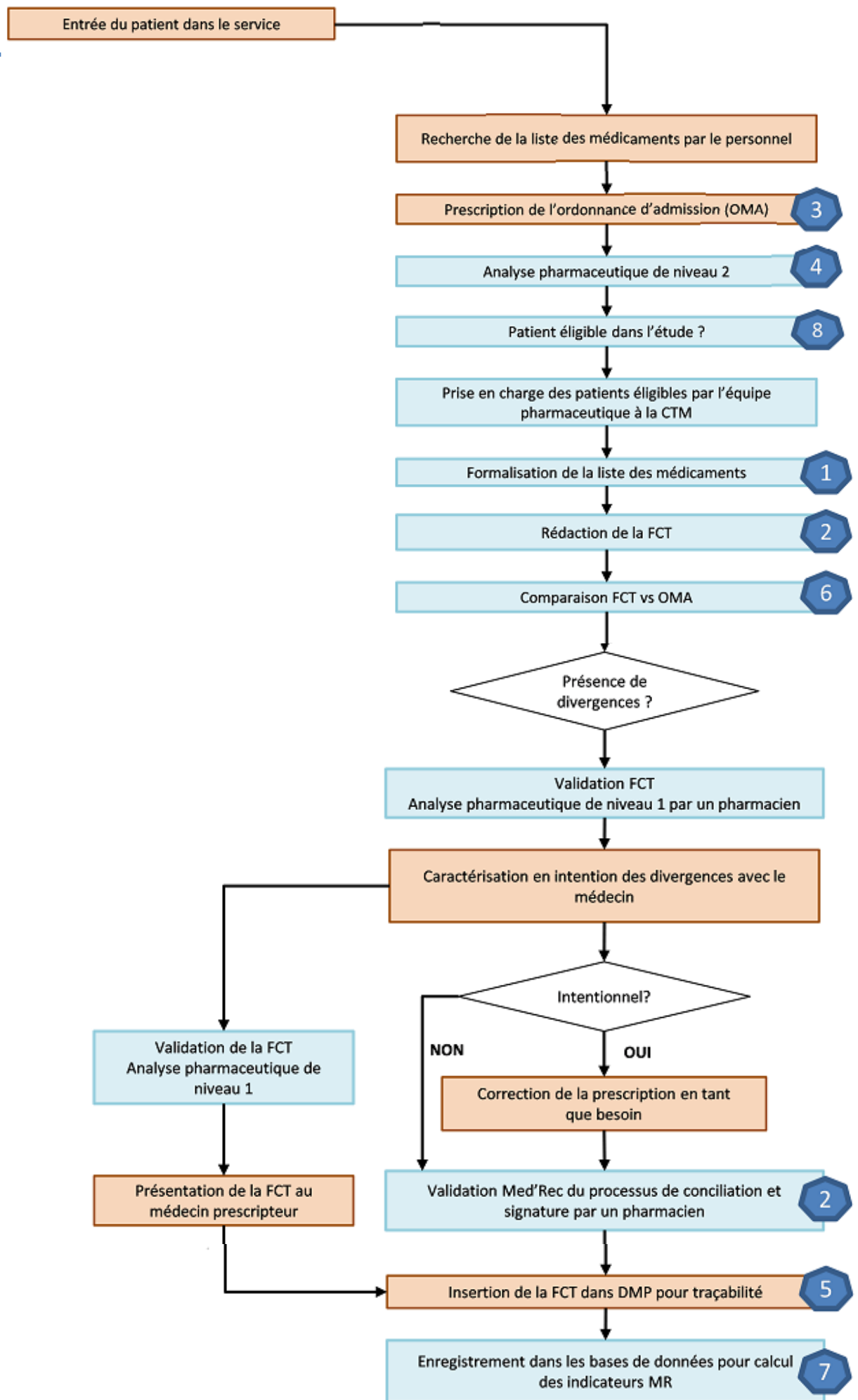
Réglementation :

- L'article du 6 avril 2011 définit le traitement personnel comme étant « l'ensemble des traitements médicamenteux en cours au moment de l'admission du patient ». Il mentionne également que « les modalités de gestion du traitement personnel des patients sont définies afin d'assurer la continuité des soins et de garantir la sécurité du patient. Il ne devra être mis ou laissé à la disposition des patients aucun médicament en dehors de ceux qui leur auront été prescrits dans l'établissement ».
- L'article 17 de l'arrêté du 31 Mars 1999 du Code de la Santé Publique stipule que « sauf accord écrit des prescripteurs mentionnés à l'article 2, il ne devra être mis ou laissé à la disposition des malades aucun médicament en dehors de ceux qui leur auront été prescrits et dispensés dans l'établissement. Les médicaments dont ils disposent à leur entrée leur seront retirés, sauf accord des prescripteurs précités ».
- L'article R 162-21 du Code de la Sécurité Sociale stipule que « tout traitement personnel habituel pris par le patient au cours d'un séjour hospitalier est inclus dans le forfait séjour. Il ne peut être ni à la charge du patient, ni (celle de l'Assurance Malade ».
- Le critère 20.4 du manuel de certification des établissements de santé V2010 révisé en avril 2011 stipule que la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient « nécessite de prendre en compte le traitement personnel du patient à l'admission, de documenter l'exhaustivité du traitement médicamenteux lors des transferts et de la sortie et d'établir une coordination efficace avec les professionnels de ville ».

Annexe 2: Processus de conciliation médicamenteuse



J+1



Annexe3 : Processus de conciliation médicamenteuse

CONCILIATION MEDICAMENTEUSE MISE EN PLACE D'UNE ETUDE DE FAISABILITE DANS LES SERVICES 3BN ET 3BS

I. Choix du thème et contexte de la démarche

La méthode de la conciliation ainsi qu'un premier retour d'expérience sur la mise en place de cette activité sur les établissements de la région Rhône-Alpes a été présentée en réunion SPECM. Cette thématique de travail s'intègre dans le projet du Département de Pharmacie Oncologique.

Du fait de son caractère chronophage, de l'absence de moyens humains dédié pour la mettre en place, et du fait de l'absence du caractère rémunérateur de cette activité, le groupe de travail a été proposé la réalisation d'une étude de faisabilité.

Le but premier de cette étude est d'évaluer la possibilité de mettre en place une telle démarche au sein de notre structure, de tester les organisations, d'identifier les freins à cette démarche et d'adapter les outils.

II. Constitution de l'équipe projet

L'équipe projet est constituée du responsable de la SPECM, d'un pharmacien ainsi que des médecins référents du 3BN et 3BS et des cadres infirmiers de ces mêmes secteurs.

La méthodologie a été construite par le responsable SPECM en lien avec le pharmacien en charge de cette thématique de travail, et, proposée aux médecins référents des services 3BS et 3BN.

Les résultats de l'étude seront analysés avec les médecins de l'équipe projet et présentés.

III. Plan de communication

Le plan de communication se déroule en quatre temps :

- Présentation du projet au responsables des services 3BN et 3BS.
- Présentation du projet à l'équipe médicale et paramédicale des services 3BN et 3BS.
- Restitution des résultats de l'étude aux équipes : réunion de service, réunion de département pharmacie.
- Présentation de l'étude puis des résultats en réunion institutionnelle (méthode, résultats) : réunion SPECM et COMEDIMS.

IV. Méthodologie de l'étude

1. Objectifs

L'objectif premier de cette étude est d'évaluer, pendant la période de l'étude, le taux de patients conciliés dans deux services de soins de notre établissement : 3BN et 3BS.

Les objectifs secondaires sont :

- Evaluer le temps moyen pour effectuer l'activité de conciliation médicamenteuse

- Identifier les différentes sources d'information
- Quantifier et typer les divergences observées
- Evaluer l'observance des patients
- Evaluer les outils utilisés pour l'activité de conciliation : grille de conciliation, grille d'entretien patient, outil Zepra pharmacie.

2. Type d'étude

Etude **prospective**.

3. Champ d'application et patients cibles

Le périmètre de l'étude est limité aux patients âgés de **75 ans ou plus** qui bénéficient d'une **première prise en charge sur l'établissement**, et qui sont hospitalisés **au 3BN ou 3BS** dans le cadre de cette première prise en charge.

4. Durée de l'étude

La durée de l'étude est fixée à **1 mois**.

5. Personnel impliqué dans la démarche

- Personnel pharmaceutique : Pharmacien et étudiants en pharmacie de 5^{ème} année
- Personnel médical : Médecins et interne
- Soignants : Cadre infirmier et IDE trajectoire

6. Déclinaison organisationnelle

- Conciliation rétroactive + 24h a + 72h post-admission
- **Recherche active d'information sur les médicaments du patient**
 - **Acteur** : étudiant de 5^{ème} année, infirmier
 - **But** : établir le bilan médicamenteux optimisé du patient
 - **Quand** : tous les matins à J+1 à j+3
 - **Outil** : trame d'entretien patient, grille de conciliation
 - Démarche :
 - 1/ Consulter le DPI
 - 2/ S'entretenir avec les infirmières du service (patient interrogeable ou non, confus, protection à un agent pathogène, ...)
 - 3/ Récupérer les prescriptions de villes auprès de l'IDE trajectoire
 - 4/ S'entretenir avec le patient et/ou l'entourage : évaluation de l'observance médicamenteuse (questionnaire de Girerd modifié), faire un état des lieux des traitements des traitements personnels du patient, ceux pris sur prescription, ceux pris en automédication, (comprenant les traitements de phytothérapie).
 - 5/ Contacter le pharmacien d'officine, le médecin traitant, l'IDE à domicile, l'HAD ...
 - 6/ Enregistrer les :
 - médicaments par source identifiée sur la grille de recueil
 - coordonnées de l'officinal dans Zepra Pharmacie
- **Réalisation du bilan médicamenteux**
 - **Acteur** : étudiant de 5^{ème} année
 - **But** : Evaluer d'éventuelles divergences entre le bilan et la prescription en cours
 - **Quand** : tous les matins à J+1 à J+3

- **Outil** : Grille de conciliation
- **Démarche** :
 - 1/ Compléter la grille de conciliation
 - 2/ Etablir le bilan médicamenteux à partir des informations obtenues
 - 3/ Comparer ligne par ligne les médicaments du bilan et de l'ordonnance en cours, et établir le statut pour chaque médicament
 - 4/ Informer le pharmacien pour échange avec le prescripteur
- **Actualisation de la prescription médicamenteuse et du dossier patient**
 - **Acteur** : Pharmacien, Médecin
 - **But** : Disposer de la prescription la plus juste à l'admission du patient hospitalisé.
 - **Outils** : grille de conciliation
 - **Quand** : le jour même
 - **Démarche** :
 - 1/ Contacter le prescripteur pour échange sur les divergences repérées
 - 2/ Enregistrer dans le dossier patient toute information utile pour la bonne prise en charge du patient après aval du prescripteur.

7. Indicateurs de la conciliation des traitements médicamenteux

- Taux de patients conciliés = Nb patients conciliés / Nb de patients éligibles
- Temps moyen de conciliation par patient (= DPI + entretien IDE + entretien patient + échange pharmacien / médecin)
- Taux de coordonnées Zepra pharmacie renseignées = Nb Zepra pharmacie réalisés / Nb de pharmacies éligibles
- Taux d'intervention = Nombre de divergences non intentionnelles observées / nombre de patients conciliés

Annexe 4 : Grille de recueil

Grille de conciliation des traitements médicamenteux et d'entretien patient

CONCILIATION REALISEE : OUI , en date du: / / . NON , pour quelle raison :

| | |
|--|---|
| NOM : | Contact professionnel de santé (Nom, Adresse, N° Téléphone) |
| Prénom : | Médecin traitant : |
| Date de naissance : | Pharmacien d'officine : |
| N° dossier : | Infirmier à domicile : |
| Service : <input type="checkbox"/> 3BN <input type="checkbox"/> 3BS <input type="checkbox"/> Curie | EHPAD : |
| N° chambre : | HAD, si oui contact : |
| Pathologie(s) principale : | Cormorbidités : |
| Estimation DFG : | Présence de médicaments nécessitant adaptation posologique? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Chimiothérapie anticancéreuse associée : | |

| |
|---|
| • Phytothérapie : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| lesquelles : |
| • Automédication : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| lesquelles : |
| • Crèmes/pommades : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • Collyres : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • Injections : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • Patches : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| prise de pamplemousse? |
| prise de millepertuis? |

ZEPPRA PHARMACIE REALISEE OUI NON

| prescripteur | date de la prescription | Bilan médicamenteux optimisé (BMO) | | | | | Ordonnance des médicaments à l'admission (OMA) : | | | | Analyse conciliation médicamenteuse | | | | | |
|--------------|-------------------------|------------------------------------|--------------------------|-----------------|---|---|--|-------------|------------------|-----------------|-------------------------------------|---|---|--------------------------------|---|-----------------------|
| | | Nom/dosage/forme | Source d'information (*) | Posologie/ voie | | | | Statut (**) | Nom/dosage/forme | Posologie/ voie | | | | Existence d'une divergence O/N | Divergence intentionnelle (I) ou non (NI) | Décision médicale/ EM |
| | | | | M | M | S | N | | | M | M | S | N | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

(*) Sources d'informations: D(dossier patient informatisé), MT (médecin traitant), MS (médecin spécialiste), PO (pharmacie d'officine), I (infirmier à domicile), F (famille), P (appart personnel du patient)

(**) Statut de médicament: C (cancer), A (arrêt), M (modifié), S (surpasse), Sub (substitutif)

Temps moyen passé sur l'activité de conciliation:

- IDE:
- Etudiant:
- Médecin/Pharmacien:

Page 1/2

Avez-vous amené vos ordonnances? OUI NON

Ordonnances remises à l'équipe soignante? OUI NON

Avez-vous amené votre traitement personnel? OUI NON

Avez-vous remis l'intégralité des médicaments? OUI NON

► Evaluation de l'observance médicamenteuse (test de GIRERD)

| ITEMS (Cocher si oui) | Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement? | Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de | Vous est-il arrivé de prendre votre traitement en retard par rapport à l'heure habituelle? | Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement, parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut? | Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement, parce que certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien? | Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre? |
|-----------------------|--|--|--|---|---|--|
| OUI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- = Bon observant: NON à toutes les questions
- = Observant mineur: 1 ou 2 OUI
- = Non observant: OUI 3 fois ou plus

► Existe-t-il des médicaments à risque (Héparines de bas poids moléculaires, anticancéreux per os, bi) OUI NON

► Evaluation de la connaissance des traitements (évaluation pour les médicaments à risques)

| ITEMS (Cocher si oui) | 1/ Connaissance de l'indication du/des médicament à risque ? | 2/ Connaissance de la dose prescrite ? | 3/ Connaissance du schéma d'administration ? | 4/ Connaissance des principaux effets secondaires ? | 5/ Connaissance de la conduite à tenir en cas d'effet secondaire ? | 6/ Connaissance des principales interactions médicamenteuses ou alimentaires ? |
|-----------------------|--|--|--|---|--|--|
| OUI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

La cotation se fait en répondant aux questions suivantes :

- 1/ Pourquoi prenez-vous ce médicament ?
- 2/ En ce moment, combien de comprimés prenez-vous ?
- 3/ Savez-vous à quel moment de la journée prendre votre traitement ?
- 4/ Connaissez-vous les effets indésirables de ce traitement ?
- 5/ Connaissez-vous des médicaments ou des aliments à éviter ?
- 6/ Que faites-vous en cas d'effets secondaires ?

REMARQUES EVENTUELLES:

.....

.....

.....

Annexe 5 : Tableau de synthèse

| | Patient 1 | Patient 2 | Patient 3 | Patient 4 | Patient 5 | Patient 6 | Patient 7 | Patient 8 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Durée de la C/TM | | | | | | | | |
| Conciliation effectuée | | | | | | | | |
| Temps moyen (minutes) IDE | 15 | | | | | | | |
| Temps moyen (minutes) Etudiant | 10 | | | | | | | |
| Temps moyen (minutes) Médecin Pharmacien | 5 | | | | | | | |
| Temps total | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sources d'information utilisées | | | | | | | | |
| Pharmacie officine | | | | | | | | |
| Patient | | | | | | | | |
| Aidant | | | | | | | | |
| Autre professionnel de santé | | | | | | | | |
| Nb Intentionnelle | | | | | | | | |
| Nb Non intentionnelle | | | | | | | | |
| Divergences | | | | | | | | |
| Total | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Médicaments à risque | | | | | | | | |
| HBPM | | | | | | | | |
| Benzodiazépine à demi-vie longue | | | | | | | | |
| Anticancéreux per os | | | | | | | | |
| Intervention pharmaceutique (IP) | | | | | | | | |
| Nombre d'intervention pharmaceutique | | | | | | | | |
| interventions acceptées: modif prescription | | | | | | | | |
| si oui, type | | | | | | | | |
| IP1 | | | | | | | | |
| IP2 | | | | | | | | |
| IP3 | | | | | | | | |
| IP4 | | | | | | | | |
| Traitement personnel | | | | | | | | |
| Ordonnances remises à l'équipe soignante | | | | | | | | |
| traitements chambre patient | | | | | | | | |
| Médicaments remis à l'équipe soignante | | | | | | | | |
| Automédication | | | | | | | | |
| Total Oui | | | | | | | | |
| Phytothérapie | | | | | | | | |
| Descriptif | | | | | | | | |
| Médicaments | | | | | | | | |
| Descriptif | | | | | | | | |
| Evaluation des connaissances du patient | | | | | | | | |
| Connaissance de l'indication du ou des médicaments à risque | | | | | | | | |
| Connaissance de la dose prescrite | | | | | | | | |
| Connaissance du schéma d'administration | | | | | | | | |
| Connaissance des principaux EI | | | | | | | | |
| Connaissance de la conduite à tenir en cas d'effet secondaire | | | | | | | | |
| Connaissance des principales IAM/alimentaires | | | | | | | | |
| Total Oui | | | | | | | | |
| observance | | | | | | | | |



Conciliation des traitements médicamenteux

Questionnaire d'évaluation

Une expérimentation portant sur la conciliation des traitements médicamenteux a été validée dans le plan d'action du comité « SPECM ». Mise en place en février 2016 au sein de services 3BN, 3BS et curiethérapie elle prendra fin le 30/09/2016. Durant cette expérimentation nous avons réussi à concilier 80 patients parmi 112 patients éligibles. Un retour d'activité sera fait à l'équipe ainsi qu'en réunion SPECM.

L'objectif du présent questionnaire est d'évaluer le retour soignant et médical en terme organisationnel en vue d'un futur déploiement en routine.

Etes-vous : Médecin Infirmier Infirmier clinicien Infirmier cadre / trajectoire

- **Combien de fois avez-vous eu un patient qui a bénéficié d'une conciliation ?**
 Jamais moins de 5 entre 5 et 20 Plus de 20
- **Combien de temps consacrez-vous à la conciliation chaque matin ? (le temps inclus les échanges avec l'étudiant de pharmacie, les échanges avec le médecin, le patient, les professionnels de santé)**
 Moins de 5 minutes 5 minutes 10 minutes Plus de 10 minutes
- **La durée que vous dédiez quotidiennement à cette activité vous paraît-elle ?**
 Très Adaptée Adaptée Peu adaptée Pas adaptée
- **Si vous avez répondu les items « peu adaptée » ou « pas adaptée » à la question précédente, pourquoi ?**
 Trop court Trop long

Autres commentaires : _____

- **Le moment pendant lequel la conciliation a été réalisée vous paraît-il ?**
 Très Adapté Adapté Peu adapté Pas adapté
- **Si vous avez répondu « peu adapté » ou « non adapté » à la question précédente, pourquoi ?**
Autres commentaires : _____
- **Les échanges avec la pharmacie du CLB ont-ils été satisfaisants ?** Oui Non
- **Si vous avez répondu non à la question précédente, pourquoi ?**
Autres commentaires : _____

- **Les informations et interventions pharmaceutiques transmises vous ont-elles paru en général (plusieurs choix possibles)**
 Elles m'ont semblé pertinentes, et j'en ai tenu compte dans ma pratique
 Elles m'ont semblé de qualité
 Elles ont été accompagnées d'une proposition pharmaceutique
 Elles ont été utiles pour améliorer la prise en charge du patient
 Elles ne m'ont rien apporté, je disposai déjà des informations
 Je n'ai pas été concerné par des interventions pharmaceutiques
- **Concernant le retour d'information qui vous a été fait, nous avons privilégié l'appel téléphonique ou la rencontre. Cela vous a-t-il paru ?** Très Adapté Adapté Peu adapté Pas adapté



- Si vous avez répondu les items « peu adapté » ou « pas adapté » à la question précédente, quel moyen de communication auriez-vous préféré ? Rencontre exclusivement mail téléphone exclusivement
 - Selon vous, l'activité devrait-elle être mise en place en routine dans votre service ? Oui Non
- Nous vous remercions de votre participation et de votre collaboration.***

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.

BELLETON Raphaëlle

Déploiement de la conciliation des traitements médicamenteux à l'entrée chez le sujet âgé atteint de cancer : Retour après 5 mois d'expérience au Centre Léon Bérard.

Th. D. Pharm., Lyon 1, 2017

RESUME

La conciliation des traitements médicamenteux à l'admission à l'hôpital est un processus multidisciplinaire et efficace pour prévenir les événements indésirables liés aux médicaments, en particulier chez les patients âgés hospitalisés hautement iatrogènes, notamment atteints de cancer comme au Centre Léon Bérard.

OBJECTIF PRINCIPAL : Evaluation du taux de prescriptions médicamenteuses modifiées suite à la démarche de conciliation médicamenteuse réalisée à l'admission, la nature et le type des interventions réalisées par le pharmacien

METHODES : Réalisation de conciliation de traitements médicamenteux chez le sujet âgé de plus de 75 ans à l'admission au sein de trois services du Centre Léon Bérard. Les différences observées entre les traitements pris par le patient avant son hospitalisation et ceux prescrits par les médecins lors de son admission sont répertoriées. Quantification de la nature et du nombre d'interventions pharmaceutiques ainsi que des changements de prescription par les médecins des services.

RESULTATS : L'étude est menée durant 5 mois avec 84 conciliations conduites. Réalisation de 148 IP (1.8 IP chez un patient). 93 IP (63%) ont été acceptés par le médecin et ont entraîné un changement de prescription. Ils concernaient principalement des omissions de médicaments (n = 46)

CONCLUSION : La conciliation est un moyen de prévenir les erreurs médicamenteuses chez le sujet âgé atteint de cancer. Les efforts futurs devraient se concentrer sur l'amélioration du développement de ces interventions pharmaceutiques.

MOTS CLES

Personne âgée
Oncologie
Conciliation médicamenteuse
Interventions Pharmaceutiques

JURY

M. GUITTON Jérôme, Professeur
Mme MOUCHOUX Christelle, Maître de Conférences
M.LATOUR Jean-François, Docteur en Pharmacie
Mme AITICHOU Myriam, Docteur en Pharmacie
M. HEUDEL Pierre-Etienne, Docteur en Médecine

DATE DE SOUTENANCE

Mardi 5 septembre 2017

ADRESSE DE L'AUTEUR

3, route de la Tour de Salvagny– 69570 Dardilly