

ANNÉE 2017

N° 48

THÈSE
POUR LE
DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE

par

Camille Lesoin

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 24 novembre 2017

**Conciliation médicamenteuse :
Expérience dans un service
de Médecine Polyvalente d'Urgence
au CHU de Nantes**

Président : Mme Sylvie PIESARD, Professeur des Universités, Praticien
Hospitalier de Chimie Thérapeutique

Membres du jury :
Mme Aline LEPELLETIER, Praticien Hospitalier, Pharmacien
Mr Nicolas GOFFINET, Praticien Hospitalier, Médecin

Remerciements

A Madame Sylvie PLESSARD, qui me fait l'honneur de présider cette thèse. Veuillez trouver dans ces mots ma gratitude.

A Madame Aline LEPPELLETIER, qui a accepté de diriger cette thèse.

Je vous remercie pour toute l'aide que vous m'avez apportée. Votre attention et vos conseils m'ont été précieux pour la réalisation de ce travail.

A Monsieur Nicolas GOFFINET, médecin hospitalier du service de MPU du CHU de Nantes.

Je vous remercie d'avoir accepté d'être présent pour la soutenance de ma thèse.

A mes parents, sans qui je ne serais pas là aujourd'hui. Merci de m'avoir permis de réaliser mes études, de m'avoir encouragée tout au long de ces années et soutenue dans les moments difficiles.

A ma grand-mère, qui a toujours été présente pour moi tout au long de ces années.

A mon frère et ma sœur, qui m'ont toujours soutenu malgré les kilomètres et même les mers.

A mes amis de la faculté, avec qui j'ai passé des années étudiantes inoubliables.

A l'équipe médicale du service de MPU 5 du CHU de Nantes : médecins, infirmiers, aides-soignants qui m'ont accueillie et m'ont fait découvrir leur travail au quotidien pendant mon stage hospitalier.

Sommaire

Table des abréviations.....	7
Table des figures.....	8
Table des tableaux.....	9
Table des formules.....	10
Table des annexes	11
Introduction	12
1. Généralités sur la conciliation médicamenteuse.....	14
1.1. Définition	14
1.2. Historique	16
1.2.1. L'Etude HIGH 5s.....	16
1.2.2. SOP Med'Rec	17
1.3. Processus de conciliation médicamenteuse	18
1.3.1. La recherche d'informations.....	19
1.3.2. Le Bilan Médicamenteux Optimisé.....	21
1.3.3. La détection et identification des divergences.....	22
1.4. Bénéfices de la conciliation médicamenteuse	23
2. Expérience de Conciliation médicamenteuse dans le service de Médecine Polyvalente d'Urgence du CHU de Nantes.....	25
2.1. Contexte	25
2.2. Activité	26
2.3. Mise en œuvre.....	27
2.3.1. Acteurs de la conciliation médicamenteuse.....	27

a.	A l'hôpital.....	27
b.	En ville.....	27
2.3.2.	Sources.....	28
2.3.3.	Outils	29
a.	Tableau de scoring patients	29
b.	Fiche de conciliation thérapeutique	31
c.	Courrier de sortie d'hospitalisation	32
d.	Plan de prise.....	33
2.3.4.	Les indicateurs de la conciliation médicamenteuse.....	34
2.4.	Résultats.....	35
2.4.1.	Données concernant les patients.....	35
a.	Sexe	35
b.	Age.....	36
c.	Motif d'hospitalisation	37
d.	Score	38
e.	Lieu de sortie	39
2.4.2.	Données concernant le traitement médicamenteux des patients conciliés	40
a.	Données générales	40
b.	Relevé des divergences.....	43
2.5.	Interprétation des résultats.....	50
2.5.1.	Age et nombre de médicaments par patient.....	50

2.5.2.	Présence de la conciliation médicamenteuse dans le service	52
2.5.3.	Impact de la conciliation médicamenteuse dans le service	54
2.5.1.	Durée de la conciliation médicamenteuse dans le service.....	56
a.	Durée de réalisation du BMO	56
b.	Durée de l'échange médico-pharmaceutique	57
c.	Durée de la conciliation médicamenteuse de sortie.....	57
2.6.	Enquête sur la conciliation médicamenteuse auprès de professionnels de santé.....	58
2.6.1.	Questionnaire aux médecins traitants	58
2.6.2.	Questionnaire aux pharmaciens d'officine	59
3.	Discussion	60
3.1.	Difficultés rencontrées.....	60
3.1.1.	L'élaboration d'un BMO exhaustif	60
3.1.2.	La conciliation médicamenteuse de sortie	62
3.2.	Rôle du pharmacien.....	63
3.2.1.	Rôle du pharmacien hospitalier	64
3.2.2.	Rôle du pharmacien d'officine	65
3.2.3.	Rôle de l'externe en pharmacie	66
	Conclusion.....	67
	Annexes.....	69
	Bibliographie.....	79

TABLE DES ABREVIATIONS

ADO	Anti-Diabétiques Oraux
AOD	Anti-coagulants Oraux Directs
AVK	Anti-Vitaminique K
BMO	Bilan Médicamenteux Optimisé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CM	Conciliation Médicamenteuse
DP	Dossier Pharmaceutique
DPC	Développement Professionnel Continu
EIM	Evènements indésirables lié aux médicaments
EPHAD	Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes
MPU	Médecine Polyvalente d'Urgence
OMEDIT	Observatoire du Médicaments des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SNC	Système Nerveux Central
SSR	Soin de Suite et de Réadaptation

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Sexe des patients conciliés-----	35
Figure 2 : Age des patients conciliés-----	36
Figure 3 : Age des patients selon les critères du scoring-----	36
Figure 4 : Motif de l'hospitalisation des patients conciliés-----	37
Figure 5 : Score des patients conciliés-----	38
Figure 6 : Lieu de sortie des patients conciliés-----	39
Figure 7 : Nombre de ligne de traitements des patients conciliés-----	40
Figure 8 : Nombre de patients pour lequel le nombre de ligne de traitement a été modifié ou non-----	41
Figure 9 : Etat du traitement en sortie des patients conciliés-----	42
Figure 10 : Nombre de divergences par patient-----	43
Figure 11 : Nombre total de divergences intentionnelles relevées chez les patients conciliés en fonction de la classe pharmacothérapeutique du médicament impliqué-----	45
Figure 12 : Nombre total de patients concernés par une ou plusieurs divergences intentionnelles en fonction de la classe pharmacothérapeutique du médicament impliqué----	46
Figure 13 : Nombre total de divergences non intentionnelles relevées chez les patients conciliés en fonction de la classe pharmacothérapeutique du médicament impliqué-----	47
Figure 14 : Nombre total de patients concernés par une ou plusieurs divergences non intentionnelles en fonction de la classe pharmacothérapeutique du médicament impliqué----	48

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Sources à consulter lors de l'hospitalisation d'un patient	20
--	----

TABLE DES FORMULES

Formule 1 : Indicateurs quantitatifs de la conciliation médicamenteuse	34
Formule 2 : Indicateurs de présence de la conciliation médicamenteuse dans un service hospitalier	52
Formule 3 : Indicateur de l'impact de la conciliation médicamenteuse dans un service hospitalier	54

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Exemple de tableau de scoring patients	69
Annexe 2 : Fiche de conciliation médicamenteuse	70
Annexe 3 : Courrier de Conciliation Médicamenteuse de sortie d'hospitalisation	71
Annexe 4 : Plan de prise.....	73
Annexe 5 : Questionnaire destiné aux médecins sur la conciliation médicamenteuse	74
Annexe 6 : Questionnaire destiné aux pharmaciens d'officine sur la conciliation médicamenteuse	76

INTRODUCTION

Sécuriser la prise en charge du patient lors de son parcours de soins est un enjeu de santé publique. À l'hôpital, les erreurs médicamenteuses peuvent survenir plus particulièrement aux points de transition des services de soins : admission à l'hôpital, transfert entre services et sortie vers le domicile.

Afin de garantir la sécurité de la prescription médicamenteuse et de prévenir ces erreurs, le process de pharmacie clinique du CHU de Nantes en collaboration avec les unités de soins a proposé de réaliser la conciliation médicamenteuse dans certains services de soins. La conciliation médicamenteuse a été mise en place il y a quelques années dans le service de gériatrie de l'hôpital Saint Jacques. Cette démarche ayant fait ses preuves ; il a été décidé de la proposer à d'autres services. Sont notamment concernés les services dits de courts séjours.

La conciliation des traitements médicamenteux est réalisée dès l'admission du patient dans le service jusqu'à sa sortie d'hospitalisation. Cela permet de créer un lien ville-hôpital pour sécuriser la prescription après l'hospitalisation.

Lors de mon stage hospitalier de 5^{ème} année, j'ai participé à l'activité de conciliation médicamenteuse mis en place depuis peu dans le service de Médecine Polyvalente d'Urgence ou MPU du CHU de Nantes. Comprenant immédiatement l'intérêt et l'apport de cette démarche pour la sécurité des soins du patient, j'ai souhaité faire part de mon expérience.

Dans une première partie, nous exposerons la notion de conciliation médicamenteuse, son histoire et le contexte actuel dans lequel cette activité se situe.

Dans une seconde partie, nous évoquerons l'étude réalisée sur la conciliation médicamenteuse dans le service de Médecine Polyvalente des Urgences du CHU de Nantes avec une interprétation des résultats.

Dans une troisième et dernière partie, nous discuterons des difficultés rencontrées lors de la réalisation de la conciliation médicamenteuse dans ce service et parlerons du rôle que les pharmaciens ont dans le développement et l'évolution de cette démarche.

1. Généralités sur la conciliation médicamenteuse

1.1. Définition

La conciliation médicamenteuse ou conciliation des traitements médicamenteux est définie par l'OMS comme « [...] *un processus formalisé qui repose sur une coordination pluri-professionnelle et le partage d'informations. Elle prévient et corrige les erreurs médicamenteuses lors de l'élaboration d'une nouvelle prescription en favorisant la transmission, entre professionnels de santé, d'informations complètes et exactes des médicaments, pris et à prendre par le patient lors de son admission à l'hôpital, de sa sortie ou de son transfert* » [1]

La conciliation médicamenteuse « ... *vise à prévenir les erreurs résultant d'informations incomplètes ou mal communiquées aux points de transition du processus de soins, c'est-à-dire l'admission, les transferts et la sortie.* » [2]

En mars 2015, l'HAS précise que la conciliation médicamenteuse est « ... *un processus formalisé qui prend en compte lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri professionnelle.* » [3]

Selon l'HAS les trois objectifs de la conciliation des traitements médicamenteux sont :

- Une réduction des erreurs médicamenteuses : par exemple un arrêt des médicaments habituellement pris à domicile par le patient, un changement de dosage ou de forme galénique ou de modalités d'administration...
- Une diminution du recours à l'hospitalisation : comme le passage aux urgences ou une hospitalisation non programmée
- Une continuité médicamenteuse

1.2. Historique

1.2.1. L'Etude HIGH 5s

En 2006, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) lance l'initiative « High5s » [4]. Les pays fondateurs (l'Allemagne, l'Australie, le Canada, les États-Unis, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas et le Royaume-Uni) sont rejoints par la France en 2009. En octobre 2004, l'OMS et ses partenaires ont créé l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients pour travailler sur les questions de sécurité dans le cadre des soins et progresser dans ce domaine.

Le projet High5s vise à réduire de manière significative cinq problèmes de sécurité pour le patient considérés comme prioritaires par l'OMS dans cinq pays pendant une période de cinq ans.

L'étude High5s a eu pour objectif de démontrer l'efficacité d'une standardisation des solutions apportées à des problèmes fréquents et potentiellement graves de sécurité des soins.

Grâce à cette standardisation, on attend notamment une réduction des erreurs médicamenteuses et l'amélioration de la sécurité des patients.

La précision de la prescription des médicaments aux points de transition du parcours de soins est un des axes prioritaires retenus par la France sur une période de cinq ans. Ce projet a été dénommé *Medication Reconciliation (MED'REC)*. Il a été coordonné par la HAS et réalisé avec l'aide de 9 établissements de santé français volontaires de février 2010 à octobre 2014. Ces établissements ont mis en œuvre et évalué le protocole opérationnel standardisé intitulé *Standard Operating Protocol Medication Reconciliation* ou SOP Med'Rec.

1.2.2. SOP Med'Rec

Le SOP Med'Rec est une pratique standardisée. C'est un ensemble d'instructions qui définit une prise en charge spécifique pour un patient de façon régulière et mesurable.

Le SOP Med'Rec comprend la conciliation des traitements médicamenteux, un plan de mise en œuvre et un plan d'évaluation.

Il a été mis en place pour prévenir et corriger les erreurs médicamenteuses pouvant survenir au point de transition qu'est l'admission d'un patient dans un établissement de santé.

1.3. Processus de conciliation médicamenteuse

La conciliation des traitements médicamenteux s'organise en cinq étapes :

- La recherche d'information concernant le traitement du patient à l'aide de plusieurs sources
- La réalisation d'un bilan médicamenteux optimisé ou BMO
- La comparaison du bilan médicamenteux avec la prescription hospitalière à l'admission
- La caractérisation des divergences observées
- La rédaction d'un complément d'information ou d'une nouvelle prescription

1.3.1. La recherche d'informations

Cette étape consiste à rassembler un nombre de sources importants pour obtenir le plus d'informations possibles concernant le patient.

Ces sources sont variées :

- Les ordonnances apportées par le patient
- Les médicaments apportés par le patient
- Le médecin traitant
- Le pharmacien d'officine
- La fiche de liaison de l'EHPAD
- L'entretien avec le patient
- Le dossier pharmaceutique / Le dossier médical du patient
- Les infirmiers libéraux
- Les médecins spécialistes
- La famille ...

Lors de la consultation de ses sources, il y a différents paramètres à analyser dont la disponibilité et la complétude [2] : c'est-à-dire le fait que la source existe réellement et qu'elle peut être mise à notre disposition pour que l'on puisse l'exploiter.

De plus, elle doit être la plus exhaustive possible au regard des informations qu'elle contient (notamment en terme de dosage, posologie, forme galénique et voie d'administration du médicament).

Ainsi la recherche d'informations concernant le patient peut être complète.

Tableau 1 : Sources à consulter lors de l'hospitalisation d'un patient (Edith Dufay 2013)

Capacité informationnelle = disponibilité x complétude
en regard de l'accessibilité

	Capacité informationnelle	Accessibilité
EHPAD	100,0%	9,5%
Ordonnance	84,0%	12,9%
Pharmacien d'officine	62,6%	90,5%
Infirmière libérale	42,8%	2,6%
Médecin traitant	39,6%	81,0%
Lettre au MT	30,0%	6,9%
Famille	27,2%	19,8%
Lettre du MT	19,9%	43,1%
Médecin spécialiste	15,2%	8,6%
" Ma Pharmacie "	14,0%	13,8%
Patient	14,0%	86,2%
DMP antérieur	11,7%	25,0%

1.3.2. Le Bilan Médicamenteux Optimisé

Le bilan médicamenteux optimisé ou BMO est la liste exhaustive des médicaments pris ou à prendre par le patient (médicaments prescrits ou pris en automédication) avant son hospitalisation.

C'est une synthèse des informations concernant tous les médicaments du patient (molécule, dosage, posologie et mode d'administration).

Le BMO est « ... un état des lieux des médicaments d'un patient à un instant donné (...) le plus exhaustif et complet possible. » [1]

En mode proactif (conciliation réalisée avant la rédaction de la première prescription à l'admission), le BMO servira de support et d'aide à la rédaction de la première prescription par le médecin et ainsi permettre la prévention des erreurs médicamenteuses. Le mode proactif est un mode qui permet d'anticiper les erreurs médicamenteuses.

En mode rétroactif (conciliation réalisée après rédaction de la première ordonnance à l'admission), le BMO réalisé après la rédaction de l'ordonnance servira, si besoin, à la modification de cette prescription et permettra l'interception et la correction des erreurs médicamenteuses.

Il est conseillé de croiser au moins trois sources pour l'obtention d'un BMO exhaustif.

1.3.3. La détection et identification des divergences

La comparaison du BMO et de l'ordonnance d'admission, permet de détecter des divergences.

La détection et l'identification de ces divergences est une étape clé de la conciliation médicamenteuse.

Une divergence concerne le principe actif, le dosage, la posologie, la forme galénique ou le mode d'administration. Ce sont les divergences non documentées qui peuvent être à l'origine d'erreurs médicamenteuses.

Une divergence non documentée intentionnelle est une modification de l'ordonnance volontaire non mentionnée dans le dossier patient.

Une divergence non documentée non intentionnelle est une modification involontaire et doit être corrigée. Cette correction se fera grâce à la collaboration entre le médecin et le pharmacien pour assurer une bonne continuité du traitement médicamenteux du patient.

1.4. Bénéfices de la conciliation médicamenteuse

La mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux nécessite un lien ville-hôpital. [5]

La conciliation médicamenteuse permet une meilleure continuité et une qualité des soins. En effet, les traitements pris par le patient ne sont pas interrompus ou modifiés involontairement lors de sa prise en charge.

De plus, elle participe à une diminution des hospitalisations en France puisque les traitements médicamenteux des patients seraient à l'origine de plus de 21% [6] des hospitalisations de personnes âgées. Ils seraient également le premier motif de réhospitalisation selon plusieurs études [7] [8].

Lors de l'expérimentation « Med'Rec » : [4]

- 21 320 erreurs médicamenteuses ont été interceptées et corrigées chez 22 863 patients de plus de 65 ans hospitalisés après un passage aux urgences dans 8 établissements de santé.
- En moyenne, une erreur médicamenteuse et un changement de traitement non documenté ont été constatés par patient ayant bénéficié de la conciliation lors de son admission
- 46 188 situations à risque ont été gérées grâce à la conciliation médicamenteuse chez 27 447 patients conciliés à leur admission dans 9 établissements.

Les principales erreurs médicamenteuses rencontrées sont de sept natures:

- L'erreur de patient
- L'erreur par omission
- L'erreur de médicament
- L'erreur de dose avec surdose ou sous-dose
- L'erreur de modalité d'administration
- L'erreur de moment d'administration
- L'erreur de durée d'administration

L'erreur principalement évitée grâce à la conciliation est l'omission d'un médicament, suivie des erreurs de dose.

2. Expérience de Conciliation médicamenteuse dans le service de Médecine Polyvalente d'Urgence du CHU de Nantes

2.1. Contexte

L'expérience a été réalisée du 1^{er} juin 2015 au 28 août 2015 dans le service de Médecine Polyvalente d'Urgence du CHU de Nantes. Ce service de 30 lits accueille des patients hospitalisés après leur passage aux Urgences pour un séjour de courte durée. Il est divisé en 3 secteurs. Pour des raisons de faisabilité, l'étude n'a été réalisée que sur le secteur 1, c'est-à-dire 10 lits.

La conciliation médicamenteuse a été mise en place dans ce service en septembre 2014. Cette étude a donc été réalisée au début de la mise en place de la conciliation des traitements médicamenteux dans ce service.

Les patients sont admis dans ce service pour la prise en charge d'une affection aiguë. Leur prise en charge relève de la médecine générale. Ce sont des patients de tous âges mais la majorité de ceux-ci sont des personnes âgées.

Sur la période de l'étude, nous avons pu inclure 18 patients.

2.2. Activité

Lors de mon expérience dans le service de médecine du CHU de Nantes, j'ai réalisé la conciliation médicamenteuse d'entrée des patients mais aussi la conciliation de sortie.

La conciliation des traitements médicamenteux dès l'admission du patient dans un établissement de santé permet d'intercepter et de corriger des erreurs médicamenteuses mais aussi de sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient et ainsi diminuer le risque iatrogène.

La conciliation médicamenteuse de sortie permet de garantir la continuité du traitement médicamenteux lors du retour à domicile du patient hospitalisé. Elle sécurise ainsi la transition de l'hôpital vers la ville.

En effet, le patient pourra ainsi poursuivre son traitement à domicile puisque le médecin traitant et le pharmacien de ville auront connaissance des modifications apportées aux traitements médicamenteux de son patient pendant son hospitalisation.

2.3. Mise en œuvre

2.3.1. Acteurs de la conciliation médicamenteuse

a. A l'hôpital

Dans le service de MPU au CHU de Nantes, les professionnels de santé acteurs de la conciliation médicamenteuse sont l'externe et l'interne en pharmacie, le pharmacien ainsi que l'interne en médecine et les médecins du service.

Chaque personne a un rôle important à jouer.

C'est l'externe en pharmacie qui, avec l'aide de l'interne en médecine, réalise le bilan médicamenteux optimisé du patient, le plus tôt possible après son arrivée dans le service.

b. En ville

C'est grâce à l'aide du médecin traitant du patient concilié et du pharmacien d'officine de celui-ci, que l'on peut ainsi recueillir les informations dont nous avons besoin à l'hôpital pour élaborer une liste exhaustive des médicaments pris par le patient.

De plus, c'est à eux que sont adressés les courriers de synthèse de la conciliation médicamenteuse des patients à leur sortie d'hospitalisation.

2.3.2. Sources

Pour réaliser un BMO exhaustif d'entrée du patient, il existe plusieurs sources de disponibilité et d'accessibilité différente.

Les sources que j'ai pu utiliser pendant mon étude sont :

- Les ordonnances apportées par le patient
- Le médecin traitant
- Le pharmacien d'officine
- La fiche de liaison de l'EHPAD
- L'entretien avec le patient
- Les médecins spécialistes

2.3.3. Outils

a. Tableau de scoring patients

Le tableau de scoring de patients est un outil facilitant la sélection des patients du service de MPU les plus à risque pour lesquels une conciliation médicamenteuse sera réalisée (cf. Annexe 1).

Dès qu'un patient est hospitalisé dans le service, l'externe en pharmacie « le score » afin de savoir s'il est éligible à la conciliation médicamenteuse. Un patient ayant un score total supérieur ou égal à 8 est considéré comme un patient prioritaire pour la conciliation médicamenteuse. Cependant, si l'externe en pharmacie, ou un autre professionnel de santé juge que la conciliation médicamenteuse peut être utile chez un patient ayant un score en dessous de ce seuil, elle pourra être réalisée.

Ce score est établi à l'aide des ordonnances du patient avant son hospitalisation et selon plusieurs critères : l'âge, le nombre de médicaments et les classes pharmacothérapeutiques prescrites sur cette ordonnance. A chaque critère est associé un score différent, le score final étant la somme de ces scores.

L'âge

Dans le tableau, on distingue trois tranches d'âge différentes. Pour un patient de moins de 74 ans, le score sera de zéro. Pour les patients âgés de 75 à 84 ans, il sera attribué un score de 1. Enfin, un score de 2 sera donné aux patients âgés de plus de 85 ans

Le nombre de médicaments pris ou à prendre par le patient

Pour moins de 4 médicaments sur l'ordonnance, le score est de zéro. Si le patient prend de 4 à 6 médicaments, il lui sera attribué un score de 2. Enfin si sur l'ordonnance du patient plus de 6 médicaments sont présents, il sera attribué un score de 4.

La classe pharmacothérapeutique des médicaments pris ou à prendre par le patient

Un score sera donné selon la classe pharmacothérapeutique des médicaments présents sur l'ordonnance ainsi que le nombre de médicaments appartenant à cette classe :

Si l'ordonnance présente un ou plusieurs anticoagulants oraux, il sera donné un score de 3.

Si l'ordonnance possède plus de deux médicaments appartenant à la classe des médicaments cardiovasculaires, il sera attribué au patient un score de 5.

Le patient se verra octroyé un score de 2 pour la présence de médicaments antidiabétiques ou de médicaments antiépileptiques et un score de 3 pour la présence de médicaments anticancéreux oraux,

Enfin si l'ordonnance contient plus d'un médicament psychotrope, il sera attribué un score de 3 à ce patient.

b. Fiche de conciliation thérapeutique

La fiche de conciliation des traitements médicamenteux permet d'élaborer le BMO de chaque patient (cf. Annexe 2). C'est un support standardisé adapté à la pratique de la conciliation médicamenteuse dans les unités de soins du CHU de Nantes. C'est aussi un outil indispensable dans la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse.

Elle se présente sous la forme d'un tableau dans lequel il est relevé chaque médicament pris ou à prendre par le patient lors de toutes les étapes de son hospitalisation.

Cette fiche se divise en trois parties : les médicaments pris ou à prendre avant l'hospitalisation, pendant le séjour à l'hôpital et à la sortie du patient.

De plus, c'est grâce à cette fiche que l'on peut relever facilement les divergences intentionnelles ou non intentionnelles concernant le traitement du patient c'est-à-dire les modifications de traitement volontaires ou involontaires du patient.

Pour réaliser le BMO, il faut recouper et analyser toutes les informations recueillies concernant le traitement du patient avant son hospitalisation afin d'en faire un résumé exhaustif.

Puis, ce bilan médicamenteux est comparé à la prescription en cours. Il est ainsi possible de repérer les divergences intentionnelles ou non intentionnelles.

Ce travail est réalisé grâce aux échanges entre professionnels de santé : pharmaciens et médecins.

Dans cette unité de soins du CHU de Nantes, la conciliation médicamenteuse est réalisée de manière rétroactive.

C'est à l'externe en pharmacie que revient la mission d'établir le BMO. Pour cela, l'externe doit, à l'aide des sources qui sont disponibles, remplir la fiche de conciliation thérapeutique.

C'est donc l'activité qui m'a été confiée.

Pour réaliser le BMO, il faut connaître la liste des médicaments pris ou à prendre par le patient avant son hospitalisation. Mon rôle était d'établir cette liste grâce aux informations que je pouvais collecter. J'ai donc, en plus des ordonnances qui étaient mises à ma disposition, interrogé les patients et appelé leur pharmacie de ville quand cela fut possible.

Après avoir recueilli tous les renseignements concernant le patient avant son hospitalisation, le BMO pouvait être établi et le relevé des divergences effectué.

c. Courrier de sortie d'hospitalisation

Le courrier de sortie d'hospitalisation des patients (cf. annexe 3) est un comparatif entre le BMO d'entrée dans le service de médecine et le BMO de sortie d'hospitalisation. Il est établi à l'aide de la fiche de conciliation médicamenteuse du patient et permet une vision claire et détaillée des changements, modifications ou non du traitement des patients hospitalisés.

Ce courrier est réalisé à la fin de la conciliation médicamenteuse et est établi comme une synthèse. Il est validé par le médecin et le pharmacien.

Il est adressé au médecin traitant du patient ainsi qu'à son pharmacien de ville.

d. Plan de prise

Un patient qui rentre à son domicile à la sortie de l'hospitalisation et n'ayant pas d'aide extérieure (infirmiers libéraux ou famille), pouvait se voir proposer l'élaboration d'un plan de prise. Ce document n'est pas obligatoire mais fortement recommandé pour les personnes seules et ayant quelques difficultés dans l'observance de leur traitement. (Cf. Annexe 4)

Cette fiche est complétée devant le patient et avec sa participation. Elle permet d'évaluer la compréhension du traitement par celui-ci et d'établir un aperçu de sa prise en charge. En effet, chaque ligne du tableau correspond à un médicament. Pour chaque médicament, le patient précise l'indication et le moment de prise de celui-ci (matin, midi, soir ou coucher).

Le patient est ainsi mieux préparé pour que son retour au domicile se fasse dans les meilleures conditions possibles concernant son traitement et notamment l'observance.

2.3.4. Les indicateurs de la conciliation médicamenteuse

Pour évaluer la conciliation des traitements médicamenteux, il existe des indicateurs quantitatifs.

Ainsi on peut mesurer la présence de la conciliation médicamenteuse au sein d'un service : (I¹) et (I³). Dans cette étude les critères d'éligibilité des patients ont été l'âge, le nombre de traitements à l'entrée de l'hospitalisation et la nature de ces traitements.

On peut également mesurer l'impact de la conciliation médicamenteuse sur la prise en charge des patients (I²). Les erreurs médicamenteuses sont prises en compte quel que soit le médicament impliqué et quelles que soient la nature et la gravité de l'erreur.

$$I^1 = \frac{\text{nombre de patient conciliés} \times 100}{\text{nombre de patients éligibles}}$$
$$I^2 = \frac{\text{nombre de patients conciliés avec } \geq 1 \text{ EM corrigée} \times 100}{\text{nombre de patients conciliés}}$$
$$I^3 = \frac{\text{nombre de patients avec au moins une EM interceptée (majeure/critique/catastrophique) et corrigée}}{\text{nombre de patients conciliés}}$$

Formule 1 : Indicateurs quantitatifs de la conciliation médicamenteuse [1]

2.4. Résultats

L'évaluation de l'activité de conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie des patients a été réalisée à l'aide d'un tableur et les résultats seront présentés sous forme de diagrammes et histogrammes.

Rappelons que l'étude a duré 3 mois, du 1^{er} juin au 28 août 2015 et inclus 18 patients.

2.4.1. Données concernant les patients

a. Sexe

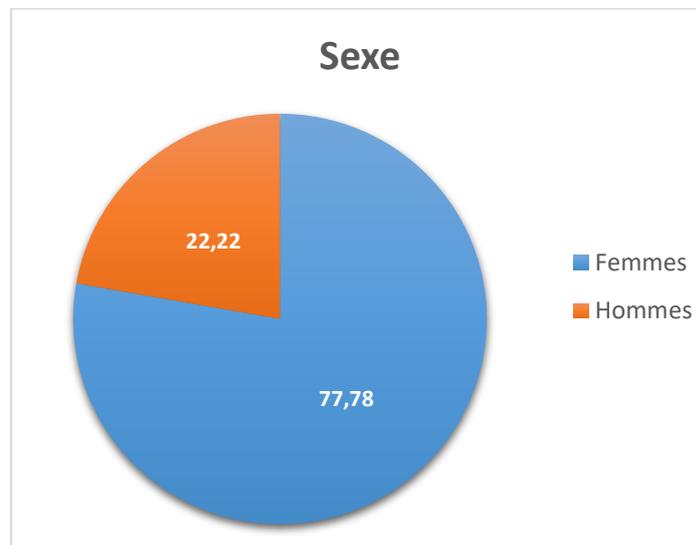


Figure 1 : Sexe des patients conciliés

Sur les dix-huit patients conciliés, quatorze sont des femmes et quatre sont des hommes.

b. Age

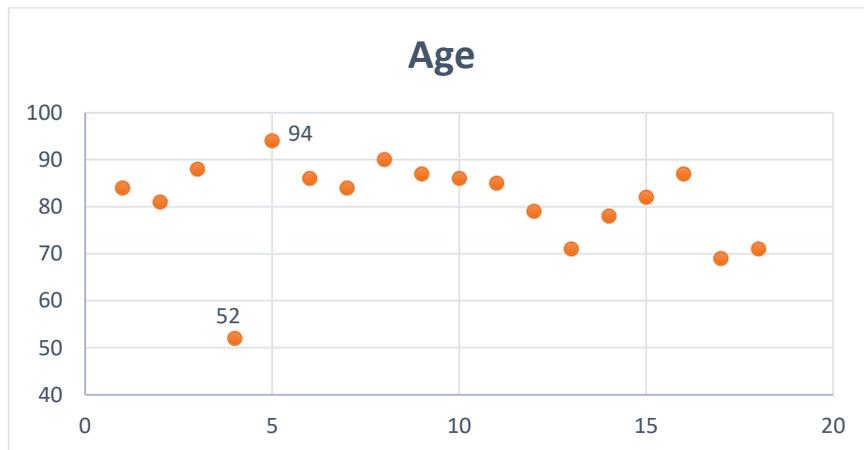


Figure 2 : Age des patients conciliés

La moyenne d'âge des patients conciliés est de 80,8 ans. La population concernée par la conciliation médicamenteuse dans ce service est en majorité une population de patients âgés.

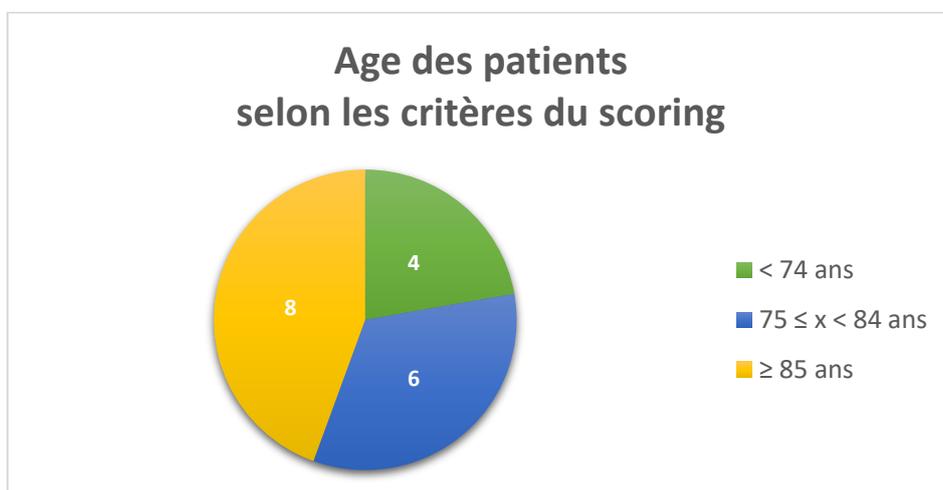


Figure 3 : Age des patients selon les critères du scoring

Rappelons que pour réaliser le scoring, il sera attribué un point pour un patient âgé de 75 à 84 ans et deux points pour un patient âgé de 85 ans ou plus.

c. Motif d'hospitalisation

On peut répartir les patients selon cinq motifs d'hospitalisation différents :

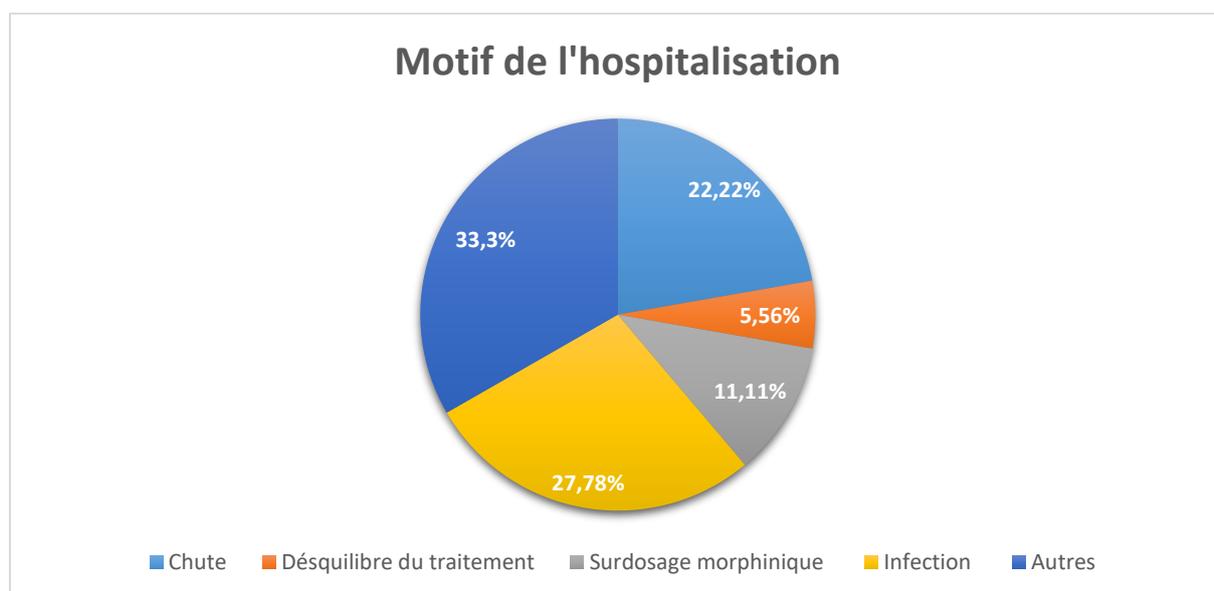


Figure 4 : Motif de l'hospitalisation des patients conciliés

On observe que la chute et l'infection sont les deux motifs principaux d'hospitalisation puisque cela concerne neuf patients soit 50% d'entre eux. On remarque ainsi que le risque iatrogène chez le sujet âgé est important et doit être considéré lors de l'établissement des prescriptions.

Deux patients ont été hospitalisés suite à un surdosage morphinique et seulement un patient a été hospitalisé suite au déséquilibre de son traitement (traitement concernant un patient diabétique de type 2).

Enfin dans les autres causes des hospitalisations, on peut noter une nécrose d'un orteil chez un patient diabétique, une fracture ostéoporotique chez une patiente âgée de 90 ans et un AVC (Accident Vasculaire Cérébral) ischémique chez une femme de 79 ans.

d. Score

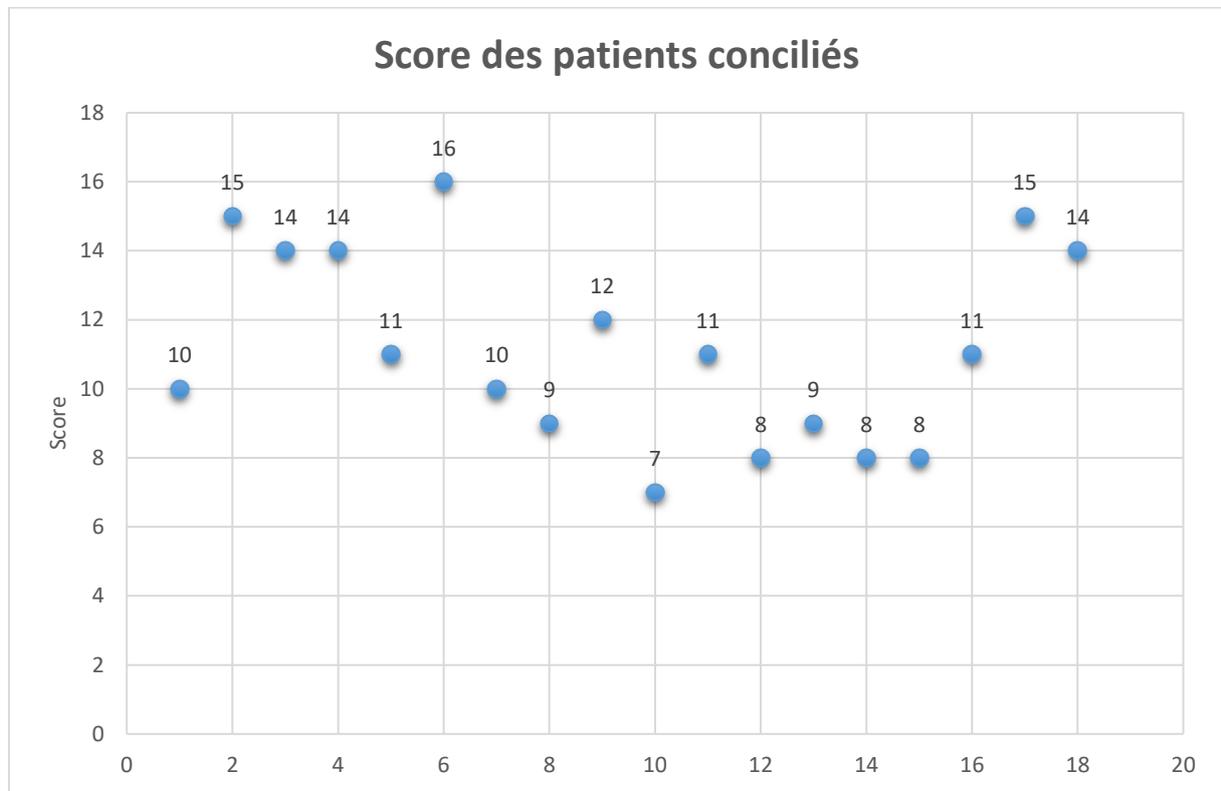


Figure 5 : Score des patients conciliés

En moyenne le score des patients conciliés était de 11,2. Le score maximum est de 16.

Seul un patient est en dessous du score de 8 (critère théorique d'inclusion) car il a été jugé bon de réaliser la conciliation médicamenteuse de ce patient malgré le score. Le score ne représente qu'une aide dans le choix des personnes à privilégier pour réaliser la conciliation médicamenteuse dans ce service.

e. Lieu de sortie

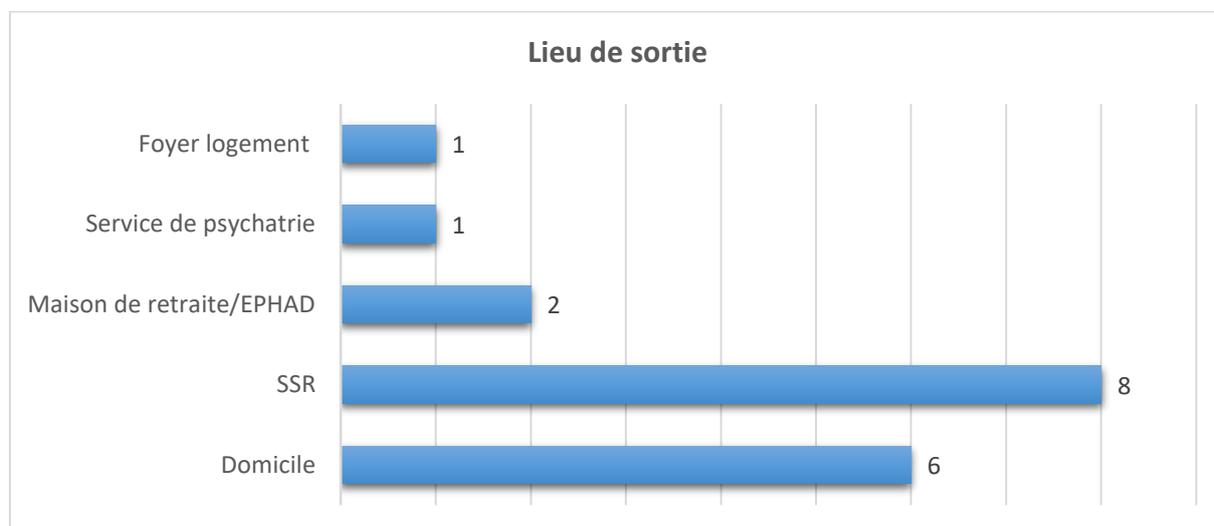


Figure 6 : Lieu de sortie des patients conciliés

On observe que la majorité des patients sont allés en SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) et que seulement un tiers d'entre eux sont rentrés à leur domicile.

Les quatre personnes qui sont allées en EPHAD, maison de retraite, service de psychiatrie et foyer logement sont en fait retournées dans le lieu où elles séjournaient avant leur hospitalisation.

2.4.2. Données concernant le traitement médicamenteux des patients conciliés

a. Données générales

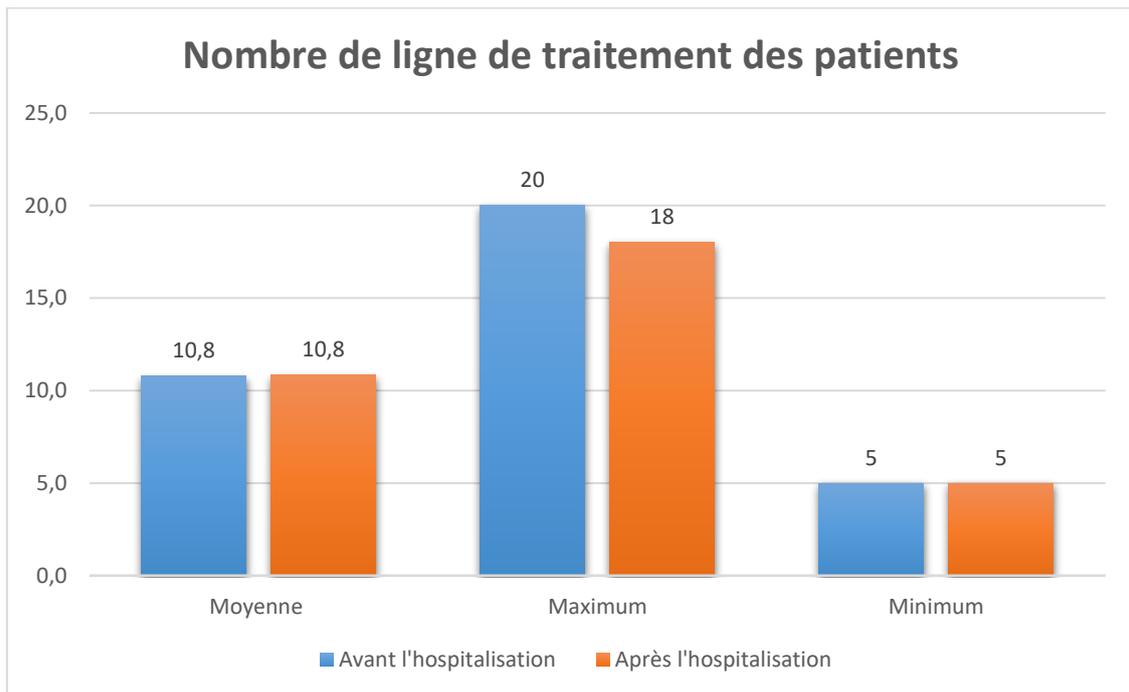


Figure 7 : Nombre de ligne de traitements des patients conciliés

En moyenne, que ce soit à l'entrée et à la sortie de l'hospitalisation, les patients conciliés ont plus de 10 médicaments sur leur ordonnance.

De plus, le minimum de lignes de traitements est de cinq que ce soit à l'admission ou à la sortie du patient. Le maximum est de vingt lignes à l'entrée et dix-huit lignes à la sortie de l'hospitalisation.

Les patients conciliés sont des personnes âgées polymédicamentées chez qui le risque iatrogène médicamenteux est majeur.

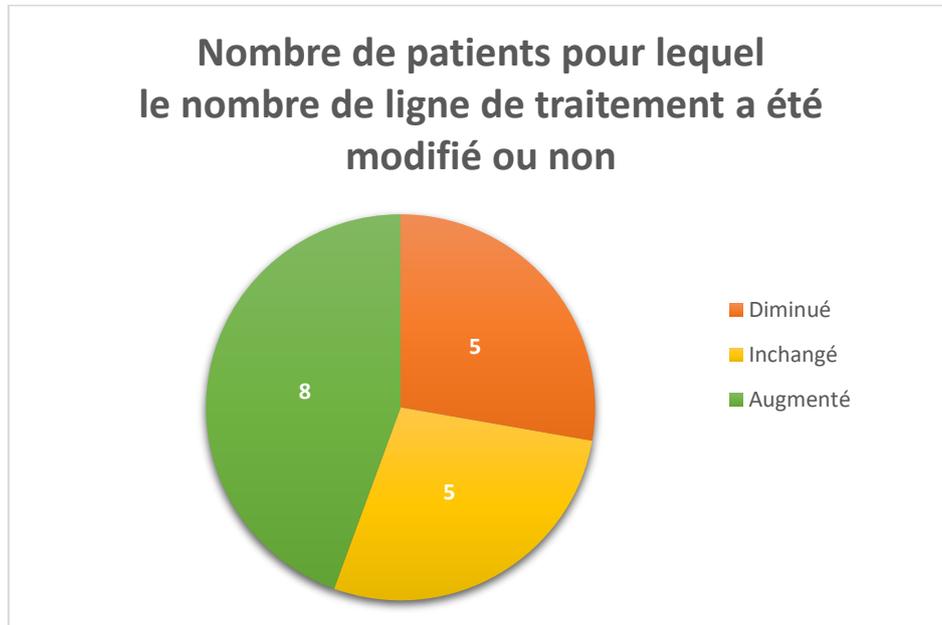


Figure 8 : Nombre de patients pour lequel le nombre de ligne de traitement a été modifié ou non

L'analyse du nombre de traitements s'est fait sur la conciliation de sortie.

On constate que neuf patients ont vu leur nombre de lignes de traitement augmenté et que pour cinq patients seulement ce nombre a été diminué.

La population concernée par la conciliation médicamenteuse dans ce service étant principalement une population de patients âgés, le nombre de médicament est un facteur important à prendre en compte.

Plus le nombre de médicament augmente, plus le risque d'erreur médicamenteuse et le risque iatrogène est élevé. [4]

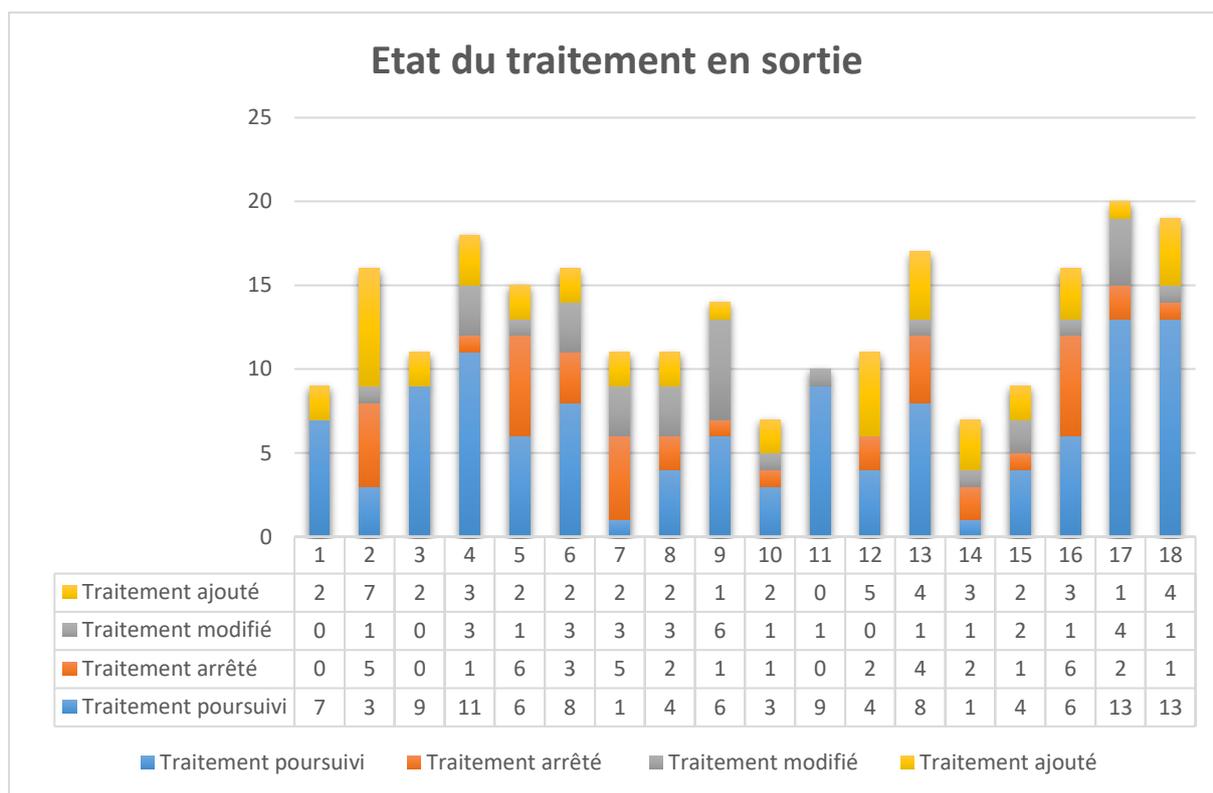


Figure 9 : Etat du traitement en sortie des patients conciliés

Lors de leur hospitalisation, il a été effectué un changement de la prescription pour 100% des patients conciliés.

On observe que pour 100% des patients, des traitements ont été poursuivis et que pour 94,44% (soit dix-sept patients) il a été ajouté au moins un traitement sur la prescription de sortie.

Seulement un patient n'a pas eu d'ajout de traitement lors de son hospitalisation.

Des traitements ont également été arrêtés et/ou modifiés pour quinze patients soit 83,33% des patients conciliés.

Le nombre moyen de traitements arrêtés est de 2,3 contre 2,6 traitements ajoutés en moyenne par patient quand ce fut le cas.

b. Relevé des divergences

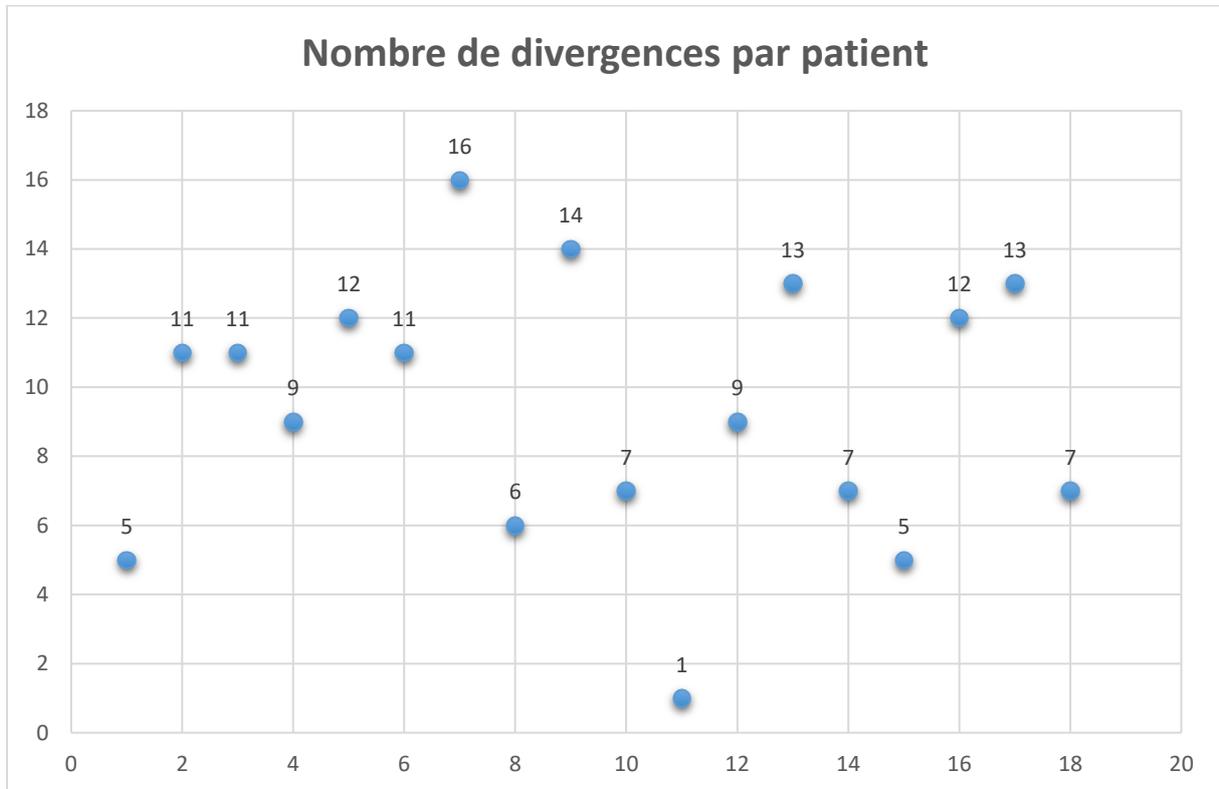


Figure 10 : Nombre de divergences par patient

L'analyse des divergences s'est fait sur la conciliation d'entrée.

On observe que 100% soit pour la totalité des patients conciliés, il a été relevé une ou plusieurs divergences entre leur prescription de ville et la première prescription hospitalière.

Ces divergences apparaissent lors de la saisie des prescriptions par les médecins du service à l'entrée du patient.

Les divergences peuvent être intentionnelles ou non intentionnelles.

Le nombre total de divergences non intentionnelles est de douze pour un total de six patients soit la moitié des patients conciliés. Quatre patients ont une seule divergence non intentionnelle, un patient une, et un patient en cumul cinq.

Il a été relevé 158 divergences intentionnelles. Ces divergences concernent 100% des patients ce qui n'est pas surprenant. En effet, lors de l'hospitalisation il y a généralement ajout de traitement pour traiter les causes de celle-ci ou bien arrêt de certains médicaments pris par le patient.

Toutes ces divergences ont été détectées par l'externe en pharmacie lors de la réalisation de la conciliation médicamenteuse. .

Elles ont donc pu être traitées et les divergences non intentionnelles corrigées.

Les divergences intentionnelles

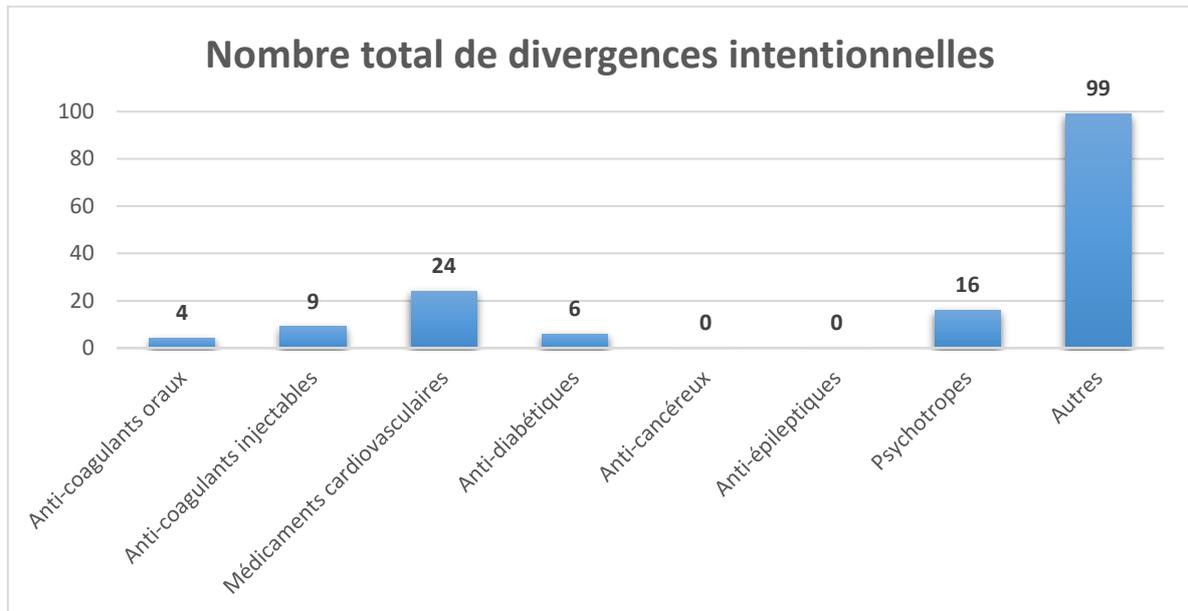


Figure 11 : Nombre total de divergences intentionnelles relevées chez les patients conciliés en fonction de la classe pharmacothérapeutique du médicament impliqué

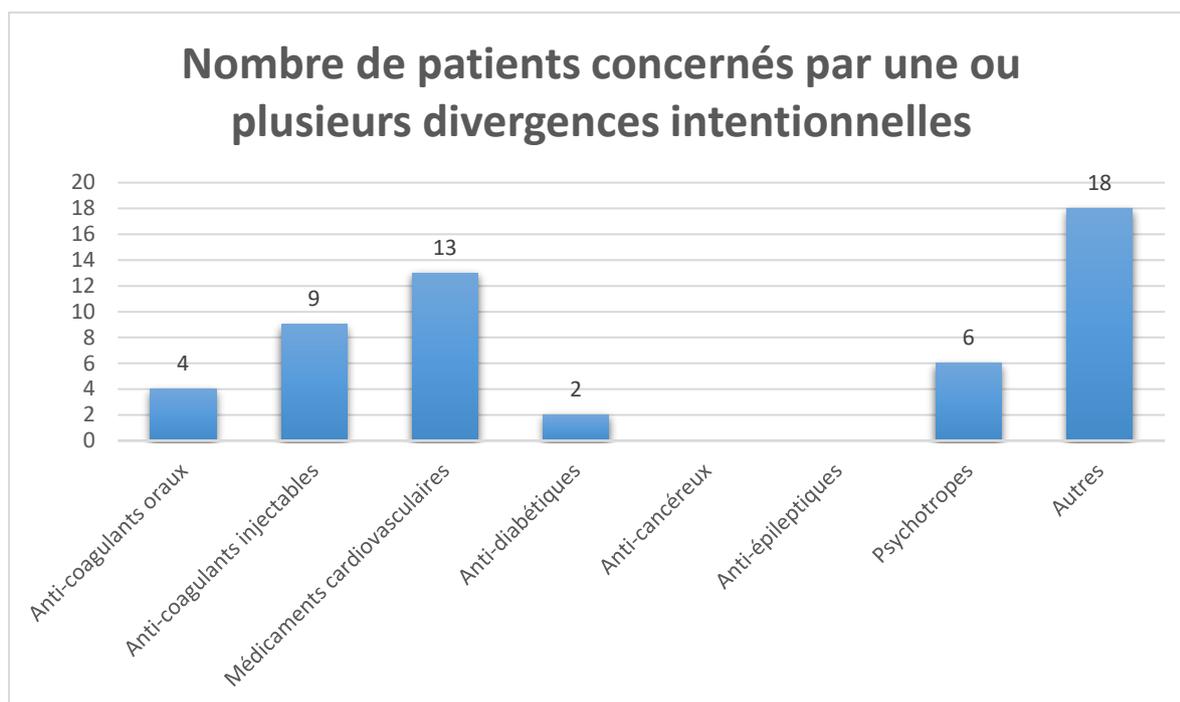


Figure 12 : Nombre total de patients concernés par une ou plusieurs divergences intentionnelles en fonction de la classe pharmacothérapeutique du médicament impliqué

Lors de l'étude, il a été relevé un nombre total de 158 divergences intentionnelles concernant le traitement médicamenteux des patients conciliés.

La plupart de ces divergences sont des arrêts ou des modifications de traitement. De manière quasiment systématique des divergences intentionnelles sont en relation avec le motif d'admission du patient.

Dans la catégorie « autre », on retrouve notamment les traitements pour la gestion de la douleur, des troubles digestifs, ou des traitements ponctuels (une antibiothérapie par exemple).

Les divergences non intentionnelles

Lors de l'étude il a été relevé douze divergences non intentionnelles. Six patients sont concernés par ces divergences soit 33% des patients conciliés.

Quatre patients ont une seule divergence non intentionnelle, un patient en a deux, et un patient en cumule cinq.

Ces divergences ont été classées par classes pharmacothérapeutiques pour ainsi identifier les différentes classes impliquées et mesurer l'impact que cela pourrait avoir.

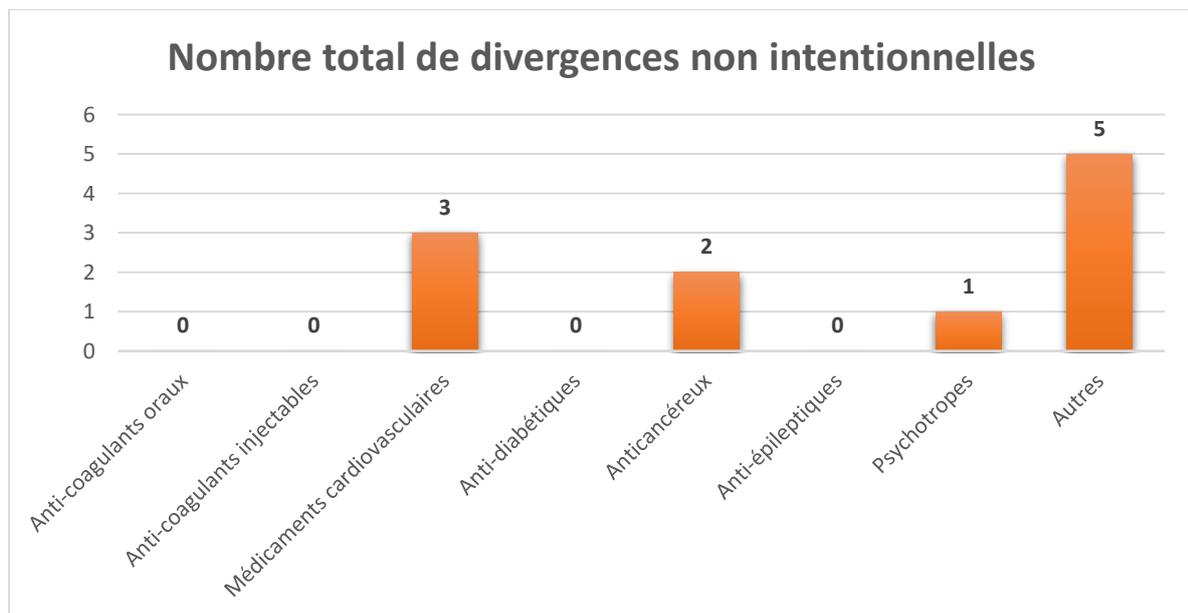


Figure 13 : Nombre total de divergences non intentionnelles relevées chez les patients conciliés en fonction de la classe pharmacothérapeutique du médicament impliqué

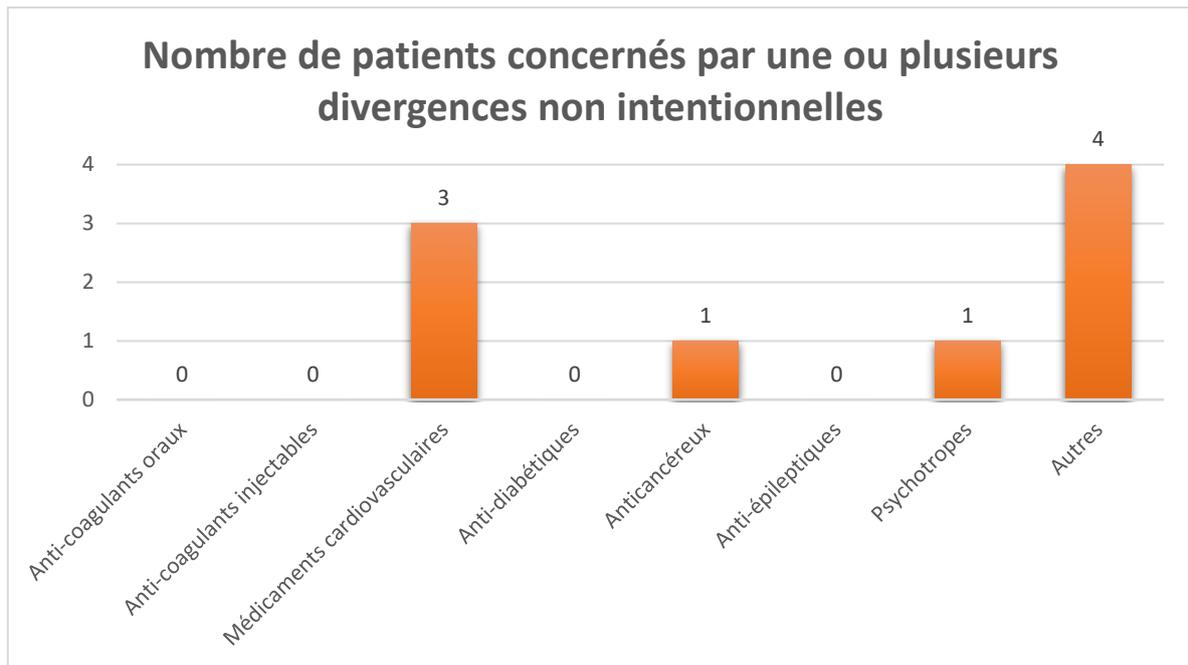


Figure 14 : Nombre total de patients concernés par une ou plusieurs divergences non intentionnelles en fonction de la classe pharmacothérapeutique du médicament impliqué

Il a été relevé :

- Une divergence non intentionnelle concernant le traitement pour une pathologie cardiovasculaire chez trois patients, et une divergence concernant un médicament psychotrope chez un patient.
- Deux divergences non intentionnelles au sujet du traitement anticancéreux chez un patient
- Cinq divergences concernant d'autres classes de médicaments chez quatre des patients conciliés.

La divergence concernant le traitement psychotrope du patient, est un arrêt de la molécule, l'alprazolam, traitement qui n'a pas été repris après la révélation de cette divergence.

Les traitements anticancéreux dont les posologies ont été modifiées involontairement par l'équipe médicale chez un des patients conciliés ont été repris selon la prescription initiale, c'est-à-dire à l'entrée.

Au sujet des traitements cardiovasculaires, pour deux patients il s'agissait de modifications de posologie : l'une concernait une augmentation de la posologie d'amiodarone et l'autre une augmentation de posologie de périndopril. Les deux modifications de posologies ont été reprises selon la prescription d'entrée des patients suite à l'identification de la divergence.

Pour le troisième patient, il s'agissait d'une modification de dosage. Le médicament concerné (le fénofibrate) dont le dosage avait été augmenté, a par la suite été arrêté.

2.5. Interprétation des résultats

Cette étude sur la conciliation médicamenteuse dans le service de MPU du CHU de Nantes a été réalisée quelques mois après l'instauration de la conciliation médicamenteuse dans le service.

Elle a été effectuée sur une période de trois mois et a concerné 18 patients.

2.5.1. Age et nombre de médicaments par patient

Les patients conciliés inclus dans l'étude avaient une moyenne d'âge de 80,8ans. Le plus jeune était âgé de 52 ans et le plus âgés avait 94 ans.

Les patients conciliés avaient en moyenne 10,8 lignes de traitements avant leur hospitalisation. Le nombre de ligne de traitement allait de 5 à 20 lignes avant l'hospitalisation.

On constate que la conciliation médicamenteuse dans ce service concerne des personnes âgées polymédicamentées. L'âge, la polypathologie et donc la polymédication sont des facteurs qui augmentent le risque iatrogène. [9]

En France métropolitaine en 2015, 18% de la population avait plus de 65 ans, et 9,1% d'entre eux plus de 75 ans (source Insee-2016). La population française continue de vieillir. Au 1^{er} janvier 2017, les personnes de 65 ans ou plus représentent 19,2% de la population, soit trois points de plus que dix ans auparavant et quatre points de plus que vingt ans plus tôt [10].

De plus, la polypathologie et la polymédication qui concernent plus de 10% des plus de 75 ans [11] sont des facteurs de risque majeur d'évènements indésirables liés aux médicaments (EIM).

La iatrogénie médicamenteuse est fréquente et grave chez le sujet âgé, mais en grande partie évitable [12] [13].

Le risque iatrogène est augmenté par l'âge, la polymédication mais aussi par des évènements intercurrents aigus notamment une hospitalisation. Grâce à la conciliation médicamenteuse, la transition ville-hôpital est sécurisée et le risque d'EIM est diminué.

2.5.2. Présence de la conciliation médicamenteuse dans le service

Pour mesurer la présence de la conciliation médicamenteuse dans un service on utilise la formule :

$$I' = \frac{\text{nombre de patient conciliés} \times 100}{\text{nombre de patients éligibles}}$$

Formule 2 : Indicateurs de présence de la conciliation médicamenteuse dans un service hospitalier

Lors de cette étude, avec la sélection par le scoring, il a été détecté vingt-trois personnes éligibles pour la conciliation médicamenteuse.

Cependant elle a été réalisée à son terme pour dix-huit patients. Les cinq patients qui n'ont pas pu bénéficier d'une conciliation médicamenteuse complète (d'entrée et de sortie) sont des patients qui ont été transférés dans un autre service ou un autre hôpital avant toute intervention pharmaceutique de conciliation.

L'indicateur est donc ici de 78%.

Le nombre de patients inclus dans l'étude peut paraître faible mais cela s'explique du fait que seul un des trois secteurs du service a été concerné. De plus parmi tous les patients de ce secteur, le scoring des patients admis a permis de sélectionner les patients pour lesquels la conciliation des traitements médicamenteux était jugée la plus appropriée.

Malgré cela, l'étude montre qu'il a été détecté des divergences chez tous ces patients, divergences qui peuvent être à l'origine d'erreurs médicamenteuses.

Actuellement, pour la conciliation médicamenteuse dans le service de MPU, le scoring des patients a été abandonné, car trop chronophage. En effet, tous les patients qui entrent dans le secteur où est mise en place la conciliation médicamenteuse en bénéficient.

2.5.3. Impact de la conciliation médicamenteuse dans le service

Pour mesurer l'impact de la conciliation médicamenteuse dans le service, on utilise la formule :

$$I^3 = \frac{\text{nombre de patients avec au moins une EM interceptée (majeure/critique/catastrophique) et corrigée}}{\text{nombre de patients conciliés}}$$

Formule 3 : Indicateur de l'impact de la conciliation médicamenteuse dans un service hospitalier

Lors de cette étude sur dix-huit patients conciliés, il a été relevé au moins une erreur médicamenteuse chez six patients, soit un indicateur de 33,3%.

Ces erreurs peuvent être expliquées par les divergences non intentionnelles détectées lors de l'élaboration du BMO.

Pour quatre des six patients concernés, elles impliquaient un traitement médicamenteux majeur de leur prise en charge : médicaments psychotropes, médicaments anticancéreux et médicaments cardiovasculaires.

Toutes ces divergences détectées ont été corrigées :

- Le médicament psychotrope (une benzodiazépine) du patient non prescrit pendant l'hospitalisation n'a finalement pas été repris après la détection de cette erreur après avis médical.
- Les deux erreurs de posologie concernant les médicaments anticancéreux par voie orale du patient ont été corrigées rapidement.
- Les erreurs de posologie des médicaments cardiovasculaires (amiodarone et périndopril) ont été corrigées.
- Le médicament anti-cholestérol dont le dosage avait été augmenté a par la suite été arrêté selon les recommandations. [14] [15]

Ces résultats montrent que dans le service la présence de la conciliation médicamenteuse est forte, l'indicateur prouve que plus de trois patients sur quatre admis dans le secteur 1 ont pu bénéficier de la conciliation des traitements médicamenteux.

Ces résultats montrent également qu'elle a un impact sur un nombre non négligeable de patients conciliés puisqu'au moins une erreur médicamenteuse a été interceptée chez un tiers de ces patients.

2.5.1. Durée de la conciliation médicamenteuse dans le service

La durée nécessaire à la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse peut se diviser en trois étapes :

- La réalisation du BMO
- L'échange entre médecins et pharmaciens pour la résolution des divergences non documentées
- La réalisation de la conciliation de sortie et du courrier de conciliation médicamenteuse adressé aux professionnels de santé de ville

a. Durée de réalisation du BMO

La réalisation du BMO varie en moyenne de 20 à 45 minutes.

Ces variabilités peuvent s'expliquer par :

- la disponibilité des professionnels de santé pour le recueil des informations.
- le temps passé avec les professionnels de santé de ville notamment le pharmacien d'officine qui possède des informations fiables.
- la capacité du patient à pouvoir communiquer avec la personne qui réalise la conciliation.
- l'organisation en elle-même de la conciliation.

b. Durée de l'échange médico-pharmaceutique

La durée de l'échange entre médecin et pharmacien à l'hôpital pour la résolution des divergences est en moyenne de 10 minutes.

Cette durée varie principalement en fonction du nombre de divergences relevées.

c. Durée de la conciliation médicamenteuse de sortie

La conciliation médicamenteuse de sortie dure en moyenne 30 minutes.

Il faut faire un point sur les médicaments présents sur la prescription de sortie et échanger avec les médecins si l'on relève une ou plusieurs divergences.

Ensuite, il est réalisé le courrier de sortie qui sera transmis aux professionnels santé de ville, médecin traitant du patient et pharmacien d'officine.

En résumé, la conciliation médicamenteuse d'entrée et de sortie d'un patient dure en moyenne entre 60 et 85 minutes.

2.6. Enquête sur la conciliation médicamenteuse auprès de professionnels de santé

Lors de mon stage hospitalier de trois mois dans le service de MPU, j'ai voulu enquêter sur la conciliation médicamenteuse en ville auprès des médecins traitant et des pharmaciens des patients conciliés. Pour cela, il a été rédigé un questionnaire à l'intention des médecins et pharmaciens qui ont été envoyés en même temps que le courrier de conciliation médicamenteuse de sortie (Cf. Annexes 2 et 3).

Malheureusement, seuls deux professionnels de santé m'ont répondu sur la douzaine de courriers envoyés : un courrier médecin et un courrier pharmacien.

Cependant, les deux courriers qui m'ont été remis sont positifs.

2.6.1. Questionnaire aux médecins traitants

Le médecin traitant ne connaissait pas la conciliation médicamenteuse avant de recevoir le courrier. Il a été très satisfait du courrier et sur une échelle de 0 à 5, il a attribué la note de 5 concernant l'apport et l'intérêt qu'il a accordé à ce courrier.

2.6.2. Questionnaire aux pharmaciens d'officine

Le pharmacien ne connaissait pas non plus la conciliation médicamenteuse avant de recevoir le courrier. Il a également été très satisfait du courrier et sur une échelle de 0 à 5, il a attribué la note de 5 concernant l'apport et l'intérêt qu'il a accordé à ce courrier.

Le pharmacien pense que la communication entre l'hôpital et la pharmacie de ville est peu développée et que la conciliation médicamenteuse est un moyen de la faire évoluer.

3. Discussion

3.1. Difficultés rencontrées

3.1.1. L'élaboration d'un BMO exhaustif

La difficulté majeure rencontrée lors de la conciliation médicamenteuse est l'élaboration d'un BMO exhaustif.

En effet cette recherche active d'informations sur les médicaments du patient nécessite du temps pour rechercher et examiner des sources différentes et fiables. Plus le nombre de sources est élevé, meilleures seront les informations récoltées pour constituer un BMO exhaustif.

Pour avoir un BMO fiable, il faut consulter au moins trois sources différentes.

Pour établir cette juste liste, certaines pistes sont à privilégier :

- Contacter le pharmacien d'officine pour connaître notamment les différents praticiens que consulte le patient
- Consulter la fiche de liaison de l'EHPAD si le patient est résident
- Avoir un contact immédiat avec le patient hospitalisé si son état le permet ou avec un membre de sa famille

Parmi ces sources, la pharmacie de ville, si le patient est fidèle à une officine, en est une très fiable. Cela entend que l'officine du patient soit facilement identifiable ou bien qu'il est apte à répondre à nos questions.

De plus, l'externe en pharmacie n'est présent dans le service que le matin. Les visites ne sont quant à elles autorisées qu'après-midi, il est donc impossible pour l'externe de s'entretenir avec la famille du patient.

Le Dossier Pharmaceutique ou DP pourrait être un outil, cependant il faut avoir les outils informatiques pour le consulter.

« Le DP recense, pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie qui le souhaite, tous les médicaments délivrés au cours des quatre derniers mois, qu'ils soient prescrits par le médecin ou conseillés par le pharmacien (21 ans pour les vaccins, 3 ans pour les médicaments biologiques). Le DP a été créé par la loi du 30 janvier 2007 » [16]

A l'origine seuls les pharmaciens pouvaient consulter ce « dossier-patient » pour mieux sécuriser la dispensation. Aujourd'hui, les pharmaciens et médecins d'établissements de santé peuvent y accéder, ceci pour une meilleure coordination entre professionnels de santé ainsi que le développement des relations entre la médecine de ville et les hôpitaux.

Il peut être ouvert uniquement après un accord écrit du patient par un pharmacien d'officine.

Lors de l'étude, il avait été réalisé avec l'aide de l'interne en pharmacie une enquête concernant le dossier pharmaceutique dans tout le service de MPU.

Le dossier pharmaceutique avait été ouvert pour deux patients seulement et un des patients n'en avait pas été informé par le pharmacien d'officine.

Le DP ne pouvait donc pas encore être utilisé dans le service de MPU du CHU de Nantes pour la réalisation du BMO des patients conciliés.

3.1.2. La conciliation médicamenteuse de sortie

Le service de MPU du CHU de Nantes, est un service pour des patients admis après un passage aux urgences pour un séjour de courte durée.

Parfois, il se peut que l'admission dans le service de MPU ne soit qu'une étape avant le transfert dans un autre service plus adapté à la pathologie du patient.

De plus, l'externe n'est dans le service que le matin. Il se peut qu'une sortie ou un transfert soit décidé et réalisé dans l'après-midi ou dans le weekend. L'externe ne le saura au plus tôt que le lendemain. Il faut donc être très réactif pour que la conciliation de sortie se fasse le plus rapidement possible pour pouvoir en tirer tous les avantages.

Elle n'a plus grande utilité si elle est réalisée trop tard, en particulier lorsque le patient est déjà retourné à son domicile et que la délivrance des médicaments de l'ordonnance de sortie a été faite. Les erreurs médicamenteuses qui auraient pu se trouver dans la prescription ne seront pas évitées.

3.2. Rôle du pharmacien

Comme on a pu le voir précédemment, l'activité de conciliation médicamenteuse repose sur une coordination pluri-professionnelle et le partage d'informations.

Une relation entre les pharmaciens hospitaliers et officinaux est à privilégier pour développer l'activité de conciliation médicamenteuse, en particulier l'échange de données sur le traitement du patient.

Chaque pharmacien a un rôle important à tenir dans cette démarche pour la développer dans les établissements de santé où elle est déjà présente et l'instaurer dans les autres.

En 2015, la Direction Générale de l'offre des soins a mené une enquête auprès d'établissements de santé pour dresser un état des lieux de la conciliation médicamenteuse [17]. Sur plus de 2 000 établissements 22% ont déclaré avoir déjà réalisé de la conciliation médicamenteuse dans leur structure [18]. Pour 95% de ces établissements, la conciliation est faite lors de l'admission des patients. Seul 68% d'entre eux la réalise à la sortie.

La conciliation médicamenteuse met en relation deux pharmaciens : le pharmacien hospitalier et le pharmacien d'officine.

3.2.1. Rôle du pharmacien hospitalier

Ce sont les pharmaciens hospitaliers et les médecins des services concernés des établissements de santé qui réalisent la mise en place de la conciliation médicamenteuse.

Dans le service de MPU, le pharmacien hospitalier supervise toute l'activité de conciliation médicamenteuse.

Il est amené à s'impliquer dans toutes les différentes étapes de la conciliation des traitements médicamenteux. Il a donc un regard et un contrôle direct, en s'appuyant sur l'interne et l'externe en pharmacie, sur le bon déroulement de l'activité et pour que ce travail soit réalisé dans des conditions optimales.

C'est d'ailleurs le pharmacien qui forme les externes et internes en pharmacie pour cette activité. Il leur enseigne la démarche de conciliation médicamenteuse. [19]

Cette formation permet aux différents acteurs de la conciliation médicamenteuse de connaître le principe et le but de la conciliation médicamenteuse. Elle permet également aux étudiants de mieux appréhender les différents outils et méthodes afin qu'ils les maîtrisent et donc les utilisent de façon idéale.

3.2.2. Rôle du pharmacien d'officine

Le pharmacien d'officine a un rôle central dans la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse. C'est en effet, ce pharmacien qui permet grâce au dossier pharmaceutique ou à l'historique patient de compléter et confirmer le BMO réalisé dans un service hospitalier.

Cependant cette approche est encore méconnue de ces pharmaciens.

La sensibilisation des pharmaciens de ville est donc un objectif primordial pour pouvoir développer cette activité de pharmacie clinique.

Par exemple, dans la région Pays de la Loire, l'OMEDIT a publié en 2015 [20] un document relatif au déploiement de la conciliation médicamenteuse dans les établissements de santé régionaux et nationaux. Ce document permet de constater l'état des lieux de la conciliation des traitements médicamenteux en France.

De plus, des formations validant le DPC (Développement Professionnel Continu) obligatoire pour tous les professionnels de santé en exercice concernant la conciliation médicamenteuse sont désormais proposées aux pharmaciens d'officines [21] [22].

Il a également été réalisé un film par le CHU de Lunéville (ERMESS) à destination des pharmaciens sur les Erreurs Médicamenteuses & la Sécurité des Soins qui aborde le sujet de la conciliation médicamenteuse [23].

3.2.3. Rôle de l'externe en pharmacie

C'est à l'externe en pharmacie présent tous les matins cinq jours par semaine dans le service de médecine de l'établissement hospitalier qu'est confiée la tâche de réalisation de la conciliation des traitements médicamenteux, sous la surveillance de l'interne en pharmacie et du pharmacien.

C'est l'externe qui est le premier interlocuteur avec l'interne en médecine et le médecin qui a pris en charge les patients conciliés. Il intervient à toutes les étapes de la conciliation médicamenteuse :

- Il réalise la recherche active d'informations sur les médicaments du patient pour établir le BMO qui sera par la suite validé par l'interne en pharmacie et/ou le pharmacien.
- Il est en relation directe avec les médecins, les pharmaciens et le patient.
- Il discute avec les médecins des divergences relevées lors de l'établissement du bilan médicamenteux
- Après validation de la conciliation médicamenteuse par l'interne en pharmacie et le pharmacien, l'externe transmet le résultat de la conciliation médicamenteuse d'entrée et de sortie aux professionnels de santé concernés.

CONCLUSION

L'activité de conciliation médicamenteuse s'envisage dans une démarche de qualité des soins afin de sécuriser la prise en charge du patient lors de son hospitalisation.

C'est une démarche pluri-professionnelle développée afin d'éviter les erreurs médicamenteuses lors de l'élaboration d'une nouvelle prescription suite à l'hospitalisation des patients. L'interaction entre professionnels de santé est la clé pour la bonne réalisation de la conciliation médicamenteuse.

L'étude montre que l'instauration de la conciliation médicamenteuse dans un service hospitalier de médecine, permet de corriger des erreurs médicamenteuses involontaires qui pourraient nuire gravement à la santé des patients hospitalisés.

Les résultats montrent que pour un tiers des patients conciliés il a été révélé au moins une divergence non intentionnelle. Plusieurs de ces divergences peuvent être considérées comme graves puisqu'elles concernent des pathologies lourdes (par exemple : pathologies cardiovasculaires et maladie cancéreuse).

L'étude n'a duré que trois mois et ne concerne qu'un patient sur trois du service. On peut donc imaginer l'impact de ces divergences sur une année dans le service entier.

De plus, ce service accueille en majorité des personnes âgées polymédicamentées, le risque d'erreurs est donc majoré ainsi que le risque de gravité.

Cette étude montre également l'importance de la prise en charge de manière pluri-professionnelle des patients. Elle met en lumière le rôle de la discussion et de la collaboration entre professionnels de santé au sein d'un établissement de santé (pharmaciens et médecins) mais aussi entre les professionnels hospitaliers et les professionnels de ville.

La communication Ville-Hôpital doit être développée. Ce développement est attendu de tous les professionnels de santé de ville, notamment des pharmaciens d'officines encore trop peu impliqués dans le parcours de soin du patient.

Sur un plan personnel, cette étude m'a permis de découvrir le monde de l'hôpital et de comprendre le fonctionnement d'un service hospitalier. Cette expérience me permet au quotidien de mieux appréhender la prise en charge et l'hospitalisation d'un patient que je rencontre à l'officine.

Cette étude m'a également sensibilisée à l'importance de la discussion médico-pharmaceutique à l'hôpital ainsi que de la communication Ville-Hôpital.

C'était la première fois que je participais à une activité de conciliation médicamenteuse. Cela m'a permis d'observer l'évolution du métier de pharmacien à travers une démarche de qualité notamment pour la sécurisation des prescriptions des patients.

Au sein du service de MPU du CHU de Nantes, une grande partie de la réalisation de ce travail est confiée à l'externe en pharmacie. C'est une très bonne formation pour un étudiant en officine comme moi. J'ai particulièrement apprécié cette expérience car elle était en accord avec mes convictions : développer la communication Ville-Hôpital pour sécuriser la prise en charge des patients hospitalisés et ainsi assurer leur prise en charge dans sa globalité.

ANNEXES

Annexe 1 : Exemple de tableau de scoring patients

Nom Prenom patient	Age			Nombre de médicaments			Médicaments						Score
	< 74 ans	75< <84 ans	> 85 ans	<4	4< <6	>7	Anti-coagulants oraux	>2 médicaments cardiovasculaire	Anti-diabétiques	anti-cancereux oraux	anti-epileptiques	>1 psychotrope	
Patient 1			1			1		1					11
Patient 2	1					1	1		1		1	1	14
"Points"	0	1	2	0	2	4	3	5	2	3	2	3	Total

Annexe 3 : Courrier de Conciliation Médicamenteuse de sortie d'hospitalisation



PROCESS DE PHARMACIE CLINIQUE

Chef de service :
Isabelle ROUILLER-FURIC
isabelle.furic@chu-nantes.fr

Cadre de Santé
Didier ROBERT
didier.robert@chu-nantes.fr

SECTEUR PATIENTS HOSPITALISES
RESPONSABLE :
David FELDMAN
Praticien hospitalier
david.feldman@chu-nantes.fr

HÔTEL-DIEU - HME

Praticien hospitalier
Aline LEPELLETIER
aline.lepelletier@chu-nantes.fr

Praticien hospitalier (MDS)
Martine PENNETIER
martine.pennetier@chu-nantes.fr

Praticien attaché (MDS)
Emilie ROUSSELET
emilie.rousselet@chu-nantes.fr

Assistant spécialiste
Erwan CORBINEAU
erwan.corbineau@chu-nantes.fr

Praticien hospitalier Contractuel (ESEAN)
Muriel COURANT-MENANTEAU
muriel.courant-menanteau@chu-nantes.fr

**SECTEUR PATIENTS
AMBULATOIRES**
RESPONSABLE :
Praticien hospitalier
BRIGITTE MAULAZ
brigitte.maulaz@chu-nantes.fr

**SECTEUR ESSAIS CLINIQUES -
ATU**
RESPONSABLE :
Praticien hospitalier
Laurent FLET
laurent.flet@chu-nantes.fr
Assistant spécialiste
Maxime PARE
maxime.pare@chu-nantes.fr

Nom et adresse du Médecin traitant

Nantes, le 1 juin 2015

Madame, Monsieur,

Un(e) de vos patient(e)s, Monsieur/Madame....., né(e) le, a été hospitalisé(e) du au dans le service de Médecine Polyvalente d'Urgence, à l'Hôtel Dieu (CHU Nantes).

➤ Motif d'hospitalisation :

Il/Elle est retourné(e) à son domicile.

Ce service bénéficie d'une présence et d'un suivi pharmaceutique dans le but d'améliorer la prise en charge médicamenteuse des patients qui y sont hospitalisés.

➤ Informations diverses sur le/la patient(e) :

- **Caractéristiques physiques :**
 - Age :
 - Clairance rénale = mL/min (formule Cockcroft)
- **Allergies :**

Annexe 4 : Plan de prise



Contact : Process de Pharmacie Clinique – CHU de Nantes – Site Hôtel Dieu – Tel : 02.40.08.41.54

PLAN DE PRISE DES MEDICAMENTS : ceci n'est pas une ordonnance

Nom :

Prénom :

Date :

 Vos médicaments	A quoi ça sert...	Remarques	 Petit déjeuner 8 h	 Déjeuner 12 h	 Diner 20 h	 Coucher 21 h

Annexe 5 : Questionnaire destiné aux médecins sur la conciliation médicamenteuse



LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE :

Monsieur, Madame,

Le service de Médecine Polyvalente des Urgences du C.H.U Hôtel Dieu de Nantes bénéficie d'un service de conciliation médicamenteuse.

Le but de cette conciliation médicamenteuse est de prévenir la iatrogénie médicamenteuse et de limiter les erreurs médicamenteuses par l'identification des divergences intentionnelles ou non intentionnelles pour qu'elles soient éventuellement corrigées.

Vous venez de recevoir une lettre de conciliation médicamenteuse concernant un de vos patients hospitalisés dans ce service. Cette lettre a pour objectif d'apporter un complément au dossier médical du patient lors de son hospitalisation.

Je suis actuellement externe en pharmacie dans ce service et réalise ma thèse d'exercice officinal sur ce sujet. Je souhaiterais connaître votre ressenti à propos de cette démarche et de cette lettre.

Je vous remercie de bien vouloir prendre quelques minutes pour répondre au questionnaire et de me le transmettre par :

- Fax : 02.53.48.24.84
- E-mail : camille-lesoin@etu.univ-nantes.fr
- Courrier à l'adresse suivante :
Pharmacie Hôtel Dieu – PTMC CHU de Nantes
1 place Alexis Ricordeau
44093 Nantes Cedex 1

Cordialement,
Melle Camille Lesoin
Etudiante en 5^{ème} année de Pharmacie à l'UFR de Nantes.

Vous êtes :

- Le médecin traitant du patient concerné par le courrier de conciliation médicamenteuse
- Un médecin remplaçant
- Autre :

Question 1 :

Connaissez-vous la conciliation médicamenteuse avant de recevoir cette lettre ?

- Oui
- Non

Remarques :

Question 2 :

Avez-vous reçu la lettre de conciliation médicamenteuse avant le contre-rendu d'hospitalisation de votre patient ?

- Oui
- Non

Remarques :

Question 3 :

Ce courrier vous a-t-il apporté des éléments de réponse concernant l'hospitalisation et la prise en charge médicamenteuse de votre patient ?

- Oui
- Non

Remarques :

Question 4 :

Que pensez-vous du tableau récapitulatif et comparatif du bilan médicamenteux d'entrée et de l'ordonnance de sortie du patient?

- Très satisfaisant
- Moyennement satisfaisant
- Satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Très peu satisfaisant
- Pas satisfaisant du tout

Remarques :

Question 5 :

Sur une échelle de 0 à 5, comment noteriez-vous l'apport et l'intérêt que vous accorderiez à cette lettre? 0 étant la moins bonne note et 5 la meilleure note.

0 1 2 3 4 5

Améliorations à apporter à ce courrier :

En vous remerciant pour le temps que vous avez consacré à cette enquête.

Camille Lesoin
Externe en Pharmacie

Annexe 6 : Questionnaire destiné aux pharmaciens d'officine sur la conciliation médicamenteuse



LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE :

Monsieur, Madame,

Le service de Médecine Polyvalente des Urgences du C.H.U Hôtel Dieu de Nantes bénéficie d'un service de conciliation médicamenteuse.

Le but de cette conciliation médicamenteuse est de prévenir la iatrogénie médicamenteuse et de limiter les erreurs médicamenteuses par l'identification des divergences intentionnelles ou non intentionnelles pour qu'elles soient éventuellement corrigées.

Vous venez de recevoir une lettre de conciliation médicamenteuse concernant un de vos patients hospitalisés dans ce service. Cette lettre a pour objectif d'apporter un complément au dossier médical du patient lors de son hospitalisation.

Je suis actuellement externe en pharmacie dans ce service et réalise ma thèse d'exercice officinal sur ce sujet. Je souhaiterais connaître votre ressenti à propos de cette démarche et de cette lettre.

Je vous remercie de bien vouloir prendre quelques minutes pour répondre au questionnaire et de me le transmettre par :

- Fax : 02.53.48.24.84
- E-mail : camille-lesoin@etu.univ-nantes.fr
- Courrier à l'adresse suivante :
Pharmacie Hôtel Dieu – PTMC CHU de Nantes
1 place Alexis Ricordeau
44093 Nantes Cedex 1

Cordialement,
Melle Camille Lesoin
Etudiante en 5^{ème} année de Pharmacie à l'UFR de Nantes.

Vous êtes :

- Pharmacien titulaire
- Pharmacien adjoint
- Autre :

Question 1 :

Connaissez-vous la conciliation médicamenteuse avant de recevoir cette lettre ?

- Oui
- Non

Remarques :

Question 2 :

Pensez-vous que la communication entre l'hôpital et la pharmacie de ville est ?

- Très développé
- Moyennement développé
- Développé
- Peu développé
- Non développé

Remarques :

Question 3 :

Pensez-vous que la conciliation médicamenteuse est un moyen de développer la communication entre l'hôpital et la pharmacie de ville ?

- Oui
- Non

Remarques :

Question 4 :

Ce courrier vous a-t-il apporté des éléments de réponse concernant l'hospitalisation et la prise en charge médicamenteuse de votre patient ?

- Oui
- Non

Remarques :

Question 5 :

Que pensez-vous du tableau récapitulatif et comparatif du bilan médicamenteux d'entrée et de l'ordonnance de sortie du patient ?

- Très satisfaisant
- Moyennement satisfaisant
- Satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Pas satisfaisant du tout

Remarques :

Question 6 :

Sur une échelle de 0 à 5, comment noteriez-vous l'apport et l'intérêt que vous accorderiez à cette lettre? 0 étant la moins bonne note et 5 la meilleure note.

0 1 2 3 4 5



Améliorations à apporter à ce courrier :

En vous remerciant pour le temps que vous avez consacré à cette enquête.

Camille Lesoin
Externe en Pharmacie

BIBLIOGRAPHIE

- [1] HAS, « Rapport d'expérimentation du projet Med'Rec Annexe 1 _ Mode opératoire de la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission ».
- [2] E. DUFAY, « La conciliation des traitements médicamenteux - Sécuriser le parcours de soins du patient », ERMESS. CH Lunéville, 2014.
- [3] HAS, « Guide conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé », décembre 2016.
- [4] « IMPACT RAPPORT -Initiative HIGH5s et Med'Rec », septembre 2015.
- [5] HAS, « Conciliation médicamenteuse – Prévenir et intercepter les erreurs », 16 janvier 2016. [En ligne]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2735359/fr/conciliation-medicamenteuse-prevenir-et-intercepter-les-erreurs.
- [6] J. ANKRI, « Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé - Cairn.info », 2002. [En ligne]. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2002-4-page-93.htm#anchor_abstract.
- [7] H. Chayé *et al.*, « 7. [Hospital readmission induced by adverse drug reaction: a pilot study in a post-emergency unit of a French university hospital] », *Rev Med Interne*, vol. 36, n° 7, p. 450-456, juillet 2015.
- [8] D. Bonnet-Zamponi *et al.*, « 8. Drug-related readmissions to medical units of older adults discharged from acute geriatric units: results of the Optimization of Medication in AGEd multicenter randomized controlled trial », *J Am Geriatr Soc*, vol. 61, n° 1, p. 113-121, janvier 2013.

[9] HAS, « Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescription de médicaments chez la personne âgées ? », septembre 2014.

[10] Insee, « Bilan démographique 2016 ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860>.

[11] HAS, « Prévenir la iatrogénie et améliorer la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé », Plénière annuelle, 29 décembre 2012.

[12] HAS, « Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé - Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance », 2005.

[13] AFSSAPS, « Prévenir la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé », juin 2005.

[14] Bosshard Taroni W, Büla C, Darioli R., « Statines et personnes âgées : limites à la prescription ? Rev Med Suisse 2005;1:2512-4, 2516-7 ».

[15] Netgen, « Faut-il traiter les dyslipidémies chez les personnes âgées et très âgées ? », *Revue Médicale Suisse*. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-224/Faut-il-traiter-les-dyslipidemies-chez-les-personnes-agees-et-tres-agees>.

[16] Ordre National des Pharmaciens, « Qu'est-ce que le DP ? - Le Dossier Pharmaceutique », 7 mars 2017. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP>.

[17] DGOS, « La conciliation médicamenteuse : enquête sur son déploiement nationale », Ministère des Solidarités et de la Santé, 3 février 2016. [En ligne]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/la-conciliation-medicamenteuse/article/la-conciliation-medicamenteuse-enquete-sur-son-deploiement-nationale>.

[18] Ordre National des Pharmaciens, « Conciliation médicamenteuse : un déploiement national encourageant », La lettre 65, 16 mars 2016. [En ligne]. Disponible sur:

<http://lalettre.ordre.pharmacien.fr/accueil-lettre-65/Conciliation-medicamenteuse-un-deploiement-national-encourageant>.

[19] SFPC, « Fiche mémo - Préconisations pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux », décembre 2015.

[20] OMEDIT - Pays de la Loire, « Conciliation médicamenteuse - Présentation des résultats nationaux et régionaux », mars 2015.

[21] OMEDIT - Nouvelle Aquitaine, « Conciliation médicamenteuse en ville », décembre 2016.

[22] Congrès national des pharmaciens, « Programme UTIP », Nantes, octobre 2016.

[23] Sebastien doerper, « Ermess - ERreur Medicamenteuse & Sécurité des Soins » CHU de Lunéville, 2013. [En ligne]. Vidéo disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=vYECxe0S_XY.

Vu, le Président du jury,

Mme Sylvie PIESARD

Vu, le Directeur de thèse,

Mme Aline LEPELLETIER

Vu, le Directeur de l'UFR,

Mme Virginie FERRE

Nom – Prénoms : LESOIN Camille

Titre de la thèse : Conciliation médicamenteuse : Expérience dans un service de Médecine Polyvalente d'Urgence au CHU de Nantes

Résumé de la thèse :

La sécurisation de la prise en charge du patient lors de son parcours de soins passe par une coordination des professionnels de santé lors de son hospitalisation.

La conciliation médicamenteuse est une démarche de prévention des erreurs médicamenteuses lors de l'établissement d'une nouvelle prescription aux différents points de transition des patients au cours de leur hospitalisation.

Elle implique tous les professionnels de santé de l'hôpital et permet de développer le lien Ville-Hôpital

Afin de démontrer la présence et l'intérêt de la conciliation médicamenteuse pour sécuriser la prise en charge des patients, nous avons réalisé une étude concernant cette démarche au sein d'un service de médecine.

Cette étude montre les bénéfices d'une intervention pharmaceutique pour la sécurité du patient.

MOTS CLÉS :

CONCILIATION MEDICAMENTEUSE, ETUDE, LIEN VILLE-HOPITAL

JURY

PRÉSIDENT :

Mme Sylvie PLESSARD, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier de Chimie Thérapeutique

ASSESEURS :

Mme Aline LEPELLETIER, Praticien Hospitalier, Pharmacien
Mr Nicolas GOFFINET, Praticien Hospitalier, Médecin

Adresse de l'auteur: 11 rue de la brasserie, 44100 NANTES