



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Conciliation médicamenteuse d'admission dans l'unité PESSOA du
Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Admission en 2019.**

Présentée et soutenue publiquement le 18/02/2021 à 18h

au Pôle Formation

par Romain Hocquet

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Baptiste BEUSCART

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Madame le Docteur Elisabeth ZAWADZKI

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Pascaline DEPREUX

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Abréviations

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

ARS : Agence Régionale de Santé

BMO : Bilan Médicamenteux Optimisé

CAQES : Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficienc e des Soins

CAP : Centre d'Accueil Permanent

CMP : Centre Médico Psychologique

CPAA : Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Admission

CTM : Conciliation des Traitements Médicamenteux

DI : Divergence Intentionnelle

DNI : Divergence Non Intentionnelle

DPI : Dossier Patient Informatisé

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

HAS : Haute Autorité de Santé

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

OMA : Ordonnance Médicale à l'Admission

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SOP : Pratique Organisationnelle Standardisée

Table des matières

I.	Introduction	1
II.	Matériel et méthode :	4
A.	Matériel.....	4
B.	Méthode.....	6
1.	Type d'étude et recueil de données	6
2.	Méthodologie	10
3.	Analyse statistique.....	12
III.	Résultats.....	13
A.	Analyse descriptive de la population admise en 2019 à PESSOA.	13
1.	Description du patient type	13
2.	Caractéristiques de la conciliation	16
B.	Critères d'évaluation de la conciliation	22
C.	Résultats de l'enquête auprès des internes.....	23
IV.	Discussion.....	27
A.	Population type au CPAA	27
B.	Réalisation de la conciliation	28
C.	Critères de l'étude Med'Rec	31
D.	L'avis des internes	33
E.	Forces biais et limites	36
V.	Conclusion :	37
VI.	Bibliographie :.....	38
VII.	Annexes.....	41

I. Introduction

Actuellement en plein essor, la conciliation médicamenteuse est un sujet d'actualité dans tous les services hospitaliers, notamment en psychiatrie.

En ce sens, le projet international High 5's a été lancé en 2006 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), soutenu par plusieurs pays dont la France(1). Ce projet vise à répondre aux problématiques concernant la sécurité du patient dans le monde entier (2). Le chiffre 5 correspond à 5 protocoles normalisés portant sur les médicaments concentrés injectables, la transmission correcte des ordonnances aux points de transition dans le processus de soin, le respect des bonnes procédures au bon site opératoire, éviter les erreurs de communication lors des transferts de patient et enfin, la lutte contre les infections associées aux soins. La France a donc lancé le projet Med'Rec en 2009 avec pour population, les patients de plus de 65 ans(3). Il s'agit d'un SOP (Pratique Organisationnelle Standardisée) sur la conciliation médicamenteuse.

La définition suivante a été proposée au collège de la Haute Autorité de Santé (HAS) par les établissements de santé participants à l'étude Med'Rec. «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. 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»(4).

Suite aux études du High 5's et à la mise en évidence d'une nécessité de vérification des prises de traitements médicamenteux, particulièrement lors des périodes de transitions avec les établissements de santé (entrée, transfert et sortie), de nombreux pharmaciens et médecins hospitaliers ont instauré dans leurs services une conciliation médicamenteuse systématique pour les patients, priorisés selon des critères comme l'âge ou le nombre de traitements (5,6).

Les premiers services à y avoir recouru sont ceux de médecine gériatrique, mais suite à l'arrêté du 27 avril 2017 sur le CAQES (Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effcience des Soins), tous les établissements se doivent de réaliser la conciliation sur les patients priorisés sur la base d'une analyse des risques depuis 2018. Les établissements de santé de chaque région sont liés avec leurs Agences Régionales de Santé (ARS) respectives et la Sécurité Sociale par ces CAQES, entraînant des sanctions si les objectifs ne sont pas atteints depuis 2019 (7).

Lors de la journée mondiale pour la protection des patients en mai 2009, il a été rappelé l'importance de ne négliger aucun type de patient, que les soins soient somatiques ou psychiatriques, qu'ils soient d'urgence ou au long cours, en hospitalisation, en ambulatoire ou en rééducation (8).

La prise en charge somatique des patients suivis en psychiatrie a longtemps été moins efficiente que pour les patients non psychiatriques. En effet, malgré une amélioration des prises en charge ces dernières années, il a été montré une mortalité deux fois plus importante des patients pris en charge pour schizophrénie avec une espérance de vie réduite (de 20% en 1991), et une augmentation des événements cardio-vasculaire pour les patients psychiatriques tous types confondus (9,10)(11). Les causes sont autant liées à la pathologie et au mode de vie des patients, qu'aux traitements éventuels (Allongement du QT, prise de poids etc.)(12–15). La prise de

traitement chez ces patients et le suivi peuvent se révéler difficiles et méritent à la fois une éducation thérapeutique adaptée et une attention particulière, chez des personnes dont la perception de leur état physique est parfois biaisée. Sur tous ces critères, nous pouvons étiqueter les patients psychiatriques comme particulièrement à risque (16).

C'est pourquoi en 2016 ont été mises en place les premières conciliations de traitements médicamenteux à l'EPSM Saint-André. C'est un des établissements de l'Etablissement Public de Santé Mentale de l'Agglomération Lilloise (EPSM-AL). Initialement la conciliation des traitements médicamenteux (CTM) d'entrée a été mise en place dans un service d'hospitalisation (59g11) pour une phase test en 2016 afin de déterminer une priorisation optimale des patients. La CTM d'entrée est effective depuis janvier 2019 pour toutes les personnes bénéficiant d'une prise en charge dans l'unité PESSOA. Ce processus est réalisé sous la supervision du médecin généraliste de l'unité en partenariat avec la pharmacie de l'établissement. L'unité PESSOA est située au sein du Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Admission (CPAA), lui-même au sein à l'hôpital saint Vincent de Paul à Lille.

Après un an de conciliation systématique, un bilan s'impose afin d'évaluer l'efficacité de la réalisation de la conciliation médicamenteuse au CPAA.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'efficacité avec laquelle les conciliations des traitements médicamenteux d'entrée étaient réalisées dans l'unité PESSOA pour tous les patients y étant admis du 1^{er} janvier au 31 décembre 2019.

L'objectif secondaire était d'évaluer le ressenti des médecins réalisant cette CTM dans l'unité PESSOA, et de mettre en évidence les freins à sa réalisation.

II. Matériel et méthode :

A. Matériel

L'Etablissement Public de Santé Mentale de l'Agglomération Lilloise est un ensemble de services répartis sur toute la région lilloise et villes proches afin de prendre en charge les patients psychiatriques de Lille, Roubaix, Villeneuve d'Ascq et environs. Il est constitué :

- d'hôpitaux avec des unités d'hospitalisations comptant un total de 429 lits,
- d'un pôle d'addictologie,
- de structures d'accueil de jour, d'accueil thérapeutique à temps partiel,
- d' appartements thérapeutiques,
- d'une permanence des soins,
- d'une maison d'accueil spécialisée,
- d'un dispositif d'écoute des suicidants,
- d'un pôle d'accueil thérapeutique intersectoriel et d'orientation. (Il s'agit de services d'hospitalisations longues),
- de Centres Médico-Psychologique (CMP),
- d'un centre de formation,
- de deux dispositifs tournés vers la précarité et deux conseils locaux de santé mentale(17).

Comme dans chaque région, les soins psychiatriques sont dispensés selon une sectorisation prédéfinie sur des bassins de populations d'environ 67000

habitants par secteur et chaque établissement accueille les patients qui lui correspondent. L'EPSM-AL reçoit les secteurs 59G11, G12, G13, G14, G15, G22, G23 et G24 (18) (Annexe 1).

Le CPAA est situé au sein de l'hôpital Saint Vincent de Paul à Lille dont les locaux sont loués à l'EPSM-AL. Le CPAA est composé du Centre d'Accueil Permanent (CAP) îlot psy et de l'unité PESSOA, il propose donc deux types de prise en charge :

-Le CAP îlot psy, situé au rez-de-chaussée, est un centre de permanence téléphonique, d'accueil et de consultations non programmées et non sectorisées permettant une orientation des patients.

-l'unité PESSOA, située au premier étage, fournit vingt-quatre lits d'hospitalisations sectorisées de courte durée et tous modes d'hospitalisation confondus : soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers, en cas d'urgence, de péril imminent, sur décision d'un représentant de l'Etat et bien sûr en soins libres. L'unité PESSOA a pour fonction principale l'entrée dans les soins avec un triage rapide des patients. Soit les patients nécessitent une hospitalisation de quelques jours et restent hospitalisés dans l'unité, soit ils nécessitent une prise en charge plus longue et sont transférés dans les secteurs d'hospitalisations dont ils dépendent.

Le personnel soignant de PESSOA est constitué, sur le plan médical, de psychiatres, avec une permanence des soins jours et nuits, et d'un médecin généraliste présent la journée du lundi au vendredi. Les internes de médecine générale sont présents en renfort la journée pendant la semaine, ils effectuent des astreintes de weekend et de jours fériés afin de réaliser les entrées somatiques et la

conciliation des traitements médicamenteux d'entrée. Les internes de psychiatrie participent aux astreintes de soins somatiques de weekend et jours fériés et donc à la réalisation des conciliations de traitements.

En ce qui concerne la réalisation de la CTM d'entrée, le médecin la réalise de manière systématique pour les patients entrants, de 15 à 99 ans, et idéalement dans les 24 heures après l'admission dans le service. Les conciliations réalisées sont systématiquement mentionnées dans le dossier médical du patient ainsi que dans le courrier de sortie du patient.

Tous les patients ayant eu une entrée administrative dans l'unité PESSOA entre le 1^{er} janvier le 31 décembre 2019 ont été inclus dans cette étude. Aucun patient n'a été exclu de l'analyse.

B. Méthode

1. Type d'étude et recueil de données

L'étude était rétrospective, observationnelle et monocentrique.

En ce qui concerne les caractéristiques démographiques de notre population, nous avons utilisé le Dossier Patient Informatisé (DPI) afin de récupérer les données comme l'âge, le sexe, le nombre de séjours, le nombre de nouveaux patients (première hospitalisation du patient dans notre établissement). Toutes les hospitalisations d'un même patient sur l'année ont été comptabilisées. Dans le cadre du DPI hors prescriptions médicamenteuses, le logiciel Crossway était utilisé dans tous les services, pharmacie incluse, de l'EPSM-AL. Le dossier de chaque patient était rempli par l'ensemble du personnel, médical ou para médical. Les conciliations d'entrée, les

antécédents et allergies étaient saisis systématiquement dans ce dossier informatisé pour chaque patient. Le DPI permettait également de consulter les données administratives des patients (dates d'hospitalisations, date de naissance, sexe).

Le recueil des données était effectué à partir d'un tableur Excel créé préalablement par les pharmaciens de l'établissement. Depuis la mise en place de la CTM d'entrée à l'EPSM-AL, les externes et internes en pharmacie avaient pour mission, sous la supervision du pharmacien référent, de vérifier et tracer la réalisation de la CTM du médecin ayant vu le patient à son entrée. Pour cela, ils vérifiaient que les conditions étaient réunies afin de considérer la conciliation comme étant conforme.

Selon les définitions de l'HAS de 2017, pour être correcte, la conciliation doit « faire état de minimum trois sources distinctes, doit être tracée dans le dossier du patient. Les informations sur les allergies et antécédents du patient doivent être recueillies dans le dossier et sur un support standardisé de l'établissement. Le bilan médicamenteux optimisé (BMO) n'est ni une prescription, ni une ordonnance. Il établit la liste habituelle exhaustive et complète des médicaments pris ou à prendre par le patient, qu'ils soient prescrits par le médecin traitant ou le spécialiste, ou qu'ils soient pris en automédication. » (4)

Dans le cas où la conciliation médicamenteuse était correctement effectuée, l'étudiant remplissait d'abord une fiche de conciliation papier avec BMO avant de rentrer les données anonymisées dans un tableur en précisant si la CTM était conforme ou non (Annexe 2 et 3). Les données recueillies dans ce tableur étaient : le sexe, l'âge, le nombre de lignes du BMO, le nombre de lignes de l'ordonnance

médicamenteuse à l'admission (OMA), le nombre de divergences intentionnelles (DI), non intentionnelles(DNI), le nombre de DNI corrigées après vérification de la conciliation par la pharmacie et de DNI non corrigées.

Les données administratives regroupées sur le recto de la fiche de conciliation étaient la date d'admission, la date de conciliation, le service d'hospitalisation, les nom et prénom, le sexe, l'âge, les allergies, les coordonnées du médecin traitant, celles de la pharmacie d'officine habituelle. Un encart était présent pour préciser les sources utilisées pour la CTM.

Le verso de cette fiche était réservé au traitement du patient avec les posologies, voies et galéniques avec la comparaison entre le traitement à domicile et le traitement prescrit dans l'établissement. Le but étant de comptabiliser les erreurs corrigées.

Si toutefois la conciliation n'était pas réalisée ou pas satisfaisante, il était renseigné les informations manquantes (après contact des sources manquantes) avant de remplir la fiche papier puis le tableur.

Cependant, si la conciliation n'était pas réalisable de manière optimale, les données étaient incluses dans le tableur et la CTM était alors étiquetée comme non conforme.

Un dernier cas de figure a été rencontré : la CTM impossible à réaliser. Elle était considérée comme telle lorsque les données ne pouvaient pas être recueillies car le patient était inconnu et rien ne permettait de contacter une source externe et / ou le patient était opposant ou incapable de fournir les informations nécessaires à cette CTM.

La pharmacie avait également un autre rôle primordial de vérification de la concordance avec la prescription initiale grâce à PHARMA, le second logiciel de l'EPSM-AL. Il est utilisé uniquement pour les prescriptions médicamenteuses et permet une relation médecin-pharmacien via message texte. (Alerte sur une posologie, conseil de substitution etc.).

Les divergences ainsi que leur caractère intentionnel ou non et leurs corrections, après contact avec le médecin prescripteur, ou non, ont également été ajoutés dans le tableur et sur la fiche de BMO.

La divergence était définie comme une différence de traitement princeps, de posologie ou de galénique entre le BMO et la prescription initiale dans PHARMA.

Aucune divergence n'a été considérée comme non documentée si la conciliation était jugée conforme.

Par ailleurs, les conciliations impossibles à réaliser étaient incluses dans les non conformes. Un patient sans traitement pouvait être inclus dans les conciliations conformes si trois sources avaient été contactées, mais cela n'a pas été le cas dans l'étude.

Pour la deuxième partie de l'étude, un questionnaire composé de sept questions a été distribué à tous les internes et médecins ayant été amenés à réaliser la CTM sur l'année 2019 (Annexe 5). Les questions une à cinq donnaient le choix entre plusieurs propositions et également la possibilité de rajouter une réponse si nécessaire. Les deux dernières concernaient l'intérêt d'une formation sur la CTM et les suggestions pour l'amélioration de la réalisation de la CTM.

Une fois récupérées, les réponses aux questions une à cinq étaient anonymisées dans un tableur. Et les propositions aux questions six et sept étaient recueillies dans un document texte de façon anonyme.

2. Méthodologie

Nous avons considéré que le recueil initial sur les fiches papier était correct, il n'a donc pas été revu pour l'étude.

Pour l'évaluation de la conciliation, les indices de l'étude Med'Rec ont été retenus :

- MR1 : pourcentage de patients ayant bénéficié d'une conciliation des traitements médicamenteux dans les 24h de l'admission parmi tous les patients admis dans l'unité.
- MR2 : Nombre moyen de divergences non documentées intentionnelles, non résolues par patient. (Il s'agit d'une modification de traitement volontaire par le prescripteur mais dont la justification n'est pas connue lors de la conciliation)
- MR3 : Nombre moyen de divergences non intentionnelles non résolues par patient.
- MR4 : Pourcentage de patients ayant au moins une divergence non intentionnelle.

Les méthodes de calcul des différents indices étaient :

- MR1 : le nombre de patients conciliés dans les 24 heures divisé par le nombre de patients éligibles.

- MR2 : le nombre de divergences non documentées intentionnelles non résolues après conciliation divisé par le nombre de patients conciliés dans les 24 heures.
- MR3 : le nombre de divergences non intentionnelles non résolues après conciliation divisé par le nombre de patients conciliés dans les 24 heures.
- MR4 : le nombre de patients ayant au moins une divergence non intentionnelle non résolue divisé par le nombre de patients conciliés dans les 24 heures.

Des critères composites MR1 bis, MR2 bis, MR3 bis, et MR4 bis ont été calculés en utilisant non pas les conciliations conformes dans les 24 heures suivant l'admission, mais toutes les conciliations jugées conformes indépendamment du délai de réalisation.

Dans un second temps, les données extraites des questionnaires ont été analysées.

La définition d'étude « interne » selon la CNIL est ici respectée et n'est donc pas soumise au chapitre IX de la loi informatique et liberté.

Dans le cadre de la réglementation RGPD les fichiers papier et informatiques sont détruits après deux ans d'archivage au sein de l'établissement.

3. Analyse statistique

Une analyse descriptive des données a été réalisée. Pour les variables quantitatives, les moyennes, médianes, minimum, maximum ont été calculés. Pour les variables qualitatives nous avons calculé les fréquences et effectifs.

Les relations entre les différents groupes (conciliations débutées, séjours totaux mensuels, conciliations effectuées dans les 24 heures conformes ou non conformes) ont été évaluées par le test du Khi-2 avec un risque α à 5%.

Le test statistique du Khi-2 est utilisé dans les analyses multivariées afin de déterminer si un lien significatif existe entre les variables étudiées. Afin de pouvoir le réaliser, les variables quantitatives ont été regroupées en groupes de même amplitude. Le test repose sur l'utilisation d'une table statistique permettant de mettre en évidence ou non l'indépendance d'une variable par rapport à l'autre (Annexe 6). Il est nécessaire de déterminer le Degré De Liberté (DDL) du test ainsi que la probabilité d'erreurs acceptée. Nous avons accepté une probabilité d'erreurs de 5 %. En prenant un risque de 5 % de se tromper, l'indicateur du Khi-2 référencé dans la table à vingt degrés de liberté est de 31.41 :

- Si l'indicateur calculé est supérieur à cette valeur, on peut rejeter l'hypothèse d'indépendance et en conclure qu'il existe un lien significatif entre elles.

- Si l'indicateur calculé est inférieur à cette valeur, on peut alors accepter l'hypothèse d'indépendance entre nos deux variables.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPHYNX.

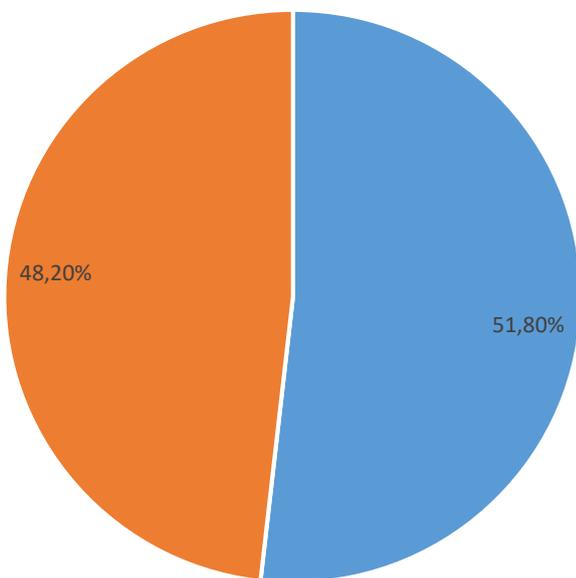
III. Résultats

A. Analyse descriptive de la population admise en 2019 à PESSOA.

1. Description du patient type

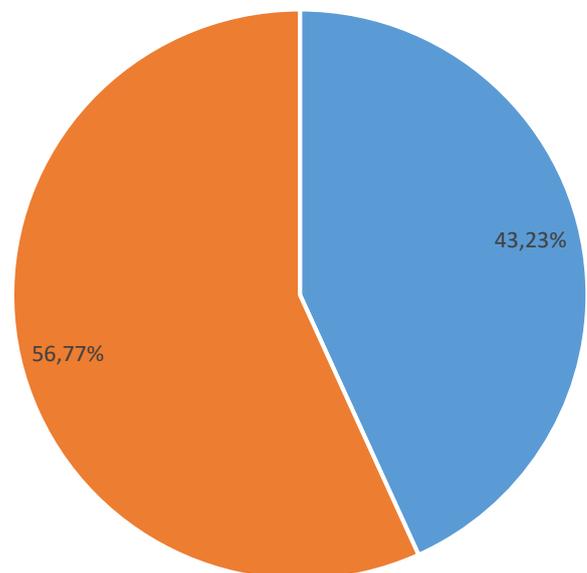
1420 admissions ont été recensées à PESSOA en 2019. L'âge moyen de ces patients était de 36.7 ans avec un minimum de 15 ans et un âge maximum de 84 ans. (Tableau 1) Les femmes représentaient la majorité des patients admis. (Figure 1) Une minorité de patients bénéficiait d'une première admission à PESSOA. (Figure 2).

Figure 1 : Répartition selon le sexe



■ Femmes ■ Hommes

Figure 2 : Patients non connus de PESSOA



■ Patients non connus de PESSOA ■ Patients connus de PESSOA

Tableau 1 : Caractéristiques de la population hospitalisée à PESSOA en 2019

Mois	Age moyen	Pourcentage d'hommes	Nombre de patients
Janvier	37,01	44,12	102
Février	35,56	46,15	91
Mars	36,62	49,65	141
Avril	37,8	58	100
Mai	33,93	44,07	118
Juin	37,72	53,77	106
Juillet	39,84	51,49	101
Août	37,97	56,82	88
Septembre	36,25	42,15	121
Octobre	36,58	42,06	107
Novembre	34,06	44,44	108
Décembre	37,11	45,69	116
Moyenne	36,7	48,2	108
Minimum	/	42	88
Maximum	/	58	141
Total	/	/	1299

Tableau 2 : Caractéristiques des hospitalisations à PESSOA en 2019

Mois	Nombre de patients	Nombre de séjours	Nombre de journées d'hospitalisation	Nombre de nouveaux patients hospitalisés
Janvier	102	117	338	48
Février	91	102	320	36
Mars	141	156	541	72
Avril	100	110	335	42
Mai	118	133	392	55
Juin	106	114	370	51
Juillet	101	114	297	45
Août	88	91	301	42
Septembre	121	131	460	61
Octobre	107	113	354	50
Novembre	108	116	373	60
Décembre	116	123	436	54
Moyenne	108	118	376	51
Minimum	88	91	297	36
Maximum	141	156	541	72
Total	1299	1420	4517	616

Concernant la répartition des hospitalisations, on dénombrait plus de 1400 hospitalisations pour moins de 1300 patients différents, En moyenne, 51 patients étaient hospitalisés pour la première fois chaque mois. (Tableau 2).

Les patients admis étaient hospitalisés pour une durée moyenne de 3 jours dans l'unité PESSOA.

2. Caractéristiques de la conciliation

Lors de leur admission à PESSOA, environ 8 patients sur 10 bénéficiaient de la conciliation médicamenteuse. (Tableau 3). Parmi ces patients, 199 n'avaient pas de traitement avant leur admission.

Tableau 3 : Comparaison entre nombres de conciliations débutées et nombres de séjours enregistrés mensuellement en 2019

Mois	Nombre de conciliations débutées	Nombre de séjours	Proportion
Janvier	46	117	39%
Février	51	102	50%
Mars	78	156	50%
Avril	104	110	94,55%
Mai	126	133	94,74%
Juin	103	114	90,35%
Juillet	99	114	86,84%
Août	89	91	97,80%
Septembre	112	131	85,50%
Octobre	100	113	88,50%
Novembre	117	116	100,86%
Décembre	109	123	88,62%
Totaux	1134	1420	79,86%
Moyenne	94,5	118,33	81%

Les conciliations conformes représentaient un tiers des conciliations débutées totales. (Tableau 4).

Tableau 4 : Comparaison entre nombre de patients dont la conciliation est conforme et réalisée dans les 24 heures suivant l'admission et le nombre de conciliations débutées par mois en 2019

Mois	Patients conciliés dans les 24 h conformes	Nombre de conciliations débutées	Proportion
Janvier	32	46	70%
Février	40	51	78%
Mars	51	78	65%
Avril	29	104	28%
Mai	52	126	41%
Juin	33	103	32%
Juillet	38	99	38%
Août	34	89	38%
Septembre	39	112	35%
Octobre	14	100	14%
Novembre	5	117	4%
Décembre	7	109	6%
Totaux	374	1134	33%
Moyenne	31,17	94,50	33%

Tableau 5 : Relation entre nombre de conciliations débutées par mois et nombres de séjours mensuels en 2019

		Nombre de mois pendant lesquels le nombre conciliations débutées sont comprises dans chaque groupe.					
		Moins de 50	De 50 à 59	De 60 à 69	De 70 à 79	De 80 à 89	90 et plus
Nombre de mois pendant lesquels le nombre de séjours est compris dans chaque groupe	Moins de 100	0	0	0	0	1	0
	De 100 à 109	0	1	0	0	0	0
	De 110 à 119	1	0	0	0	0	5
	De 120 à 129	0	0	0	0	0	1
	De 130 à 139	0	0	0	0	0	2
	140 et plus	0	0	0	1	0	0
			p=0,01	Khi2 = 36,75	ddl* = 20		

*DDL : Degrés De Liberté

Tableau 6 : Relation entre le nombre de conciliations conformes dans les 24 heures suivant l'admission et le nombre de conciliations débutées mensuellement en 2019

		Nombre de mois pendant lesquels le nombre de conciliations conformes dans les 24 heures sont comprises dans chaque groupe :					
		Moins de 8	De 8 à 15	De 16 à 23	De 24 à 31	De 32 à 39	40 et plus
Nombre de mois pendant lesquels le nombre de conciliations débutées sont comprises dans chaque groupe	Moins de 50	0	0	0	0	1	0
	De 50 à 59	0	0	0	0	0	1
	De 60 à 69	0	0	0	0	0	0
	De 70 à 79	0	0	0	0	0	1
	De 80 à 89	0	0	0	0	1	0
	90 et plus	2	1	0	1	3	1
			p=0,87	khi2 = 10	ddl* = 16		

*DDL : Degrés De Liberté

Tableau 7 : Comparaison entre nombre de patients dont la conciliation est conforme et nombre de séjours par mois.

Mois	Nombre de patients conciliables CTM* conforme	Nombre de séjours	Pourcentage CTM conformes/ nombre de séjours
Janvier	33	117	28%
Février	40	102	39%
Mars	53	156	34%
Avril	31	110	28%
Mai	56	133	42%
Juin	42	114	37%
Juillet	60	114	53%
Août	56	91	62%
Septembre	63	131	48%
Octobre	48	113	42%
Novembre	56	116	48%
Décembre	48	123	39%
Totaux	586	1420	41%

*CTM : Conciliation des Traitements Médicamenteux

En prenant en compte tous les patients ayant une conciliation conforme (à moins de 24h et les autres) nous obtenions 41% de conciliations conformes. (Tableau 7). Ce chiffre augmentait à un patient sur deux lorsque nous comparions les conciliations conformes à celles débutées. (Tableau 8).

Tableau 8 : Comparaison entre nombre de patients dont la conciliation est conforme et le nombre de conciliations débutées par mois

Mois	Nombre de patients conciliables CTM conforme	Nombre de conciliations débutées	Pourcentage CTM conformes / débutées
Janvier	33	46	72%
Février	40	51	78%
Mars	53	78	68%
Avril	31	104	30%
Mai	56	126	44%
Juin	42	103	41%
Juillet	60	99	61%
Août	56	89	63%
Septembre	63	112	56%
Octobre	48	100	48%
Novembre	56	117	48%
Décembre	48	109	44%
Totaux	586	1134	52%

*CTM : Conciliation des Traitements Médicamenteux

Tableau 9 : Récapitulatif des données du tableur Excel regroupant les conciliations conformes

Nombre de patients	602		Nombre de divergences non intentionnelles corrigées par homme	0,54
Nombre d'hommes	255		Nombre de divergences non intentionnelles corrigées par femme	0,39
Nombre de Femmes	347		Nombre de divergences intentionnelles total	2094
Nombre de lignes de BMO en moyenne par patient	4,67		Nombre de divergences non intentionnelles total	184
Nombre de lignes d'OMA en moyenne par patient	5,11		Nombre de divergences non intentionnelles corrigées	137
Nombre de divergences intentionnelles par homme	8,21		Nombre divergences non intentionnelles non corrigées	47
Nombre de divergences intentionnelles par femme	6,03		Nombre de divergences intentionnelles moyen par patient	3,48
Nombre de divergences non intentionnelles par homme	0,72		Nombre de divergences non intentionnelles moyen par patient	0,31
Nombre de divergences non intentionnelles par femme	0,53		Nombre de divergences non intentionnelles corrigées moyen par patient	0,23
Taux de patients conciliés avec au moins une divergence non intentionnelle corrigée par rapport au nombre de patients conciliés	0.14		Proportion de divergences non intentionnelles corrigées sur le nombre de divergences non intentionnelles totales	74%

OMA : ordonnance médicamenteuse à l'admission
BMO : Bilan médicamenteux optimisé

Parmi les patients pour lesquels la conciliation était conforme, nous constatons une majorité de femme. Le nombre moyen de traitements par patient sur l'ordonnance médicale à l'admission était supérieur à 5 et diminuait sur le bilan médicamenteux optimisé. Nous dénombrons un peu plus de 2000 divergences intentionnelles. Par

ailleurs le nombre de divergences non intentionnelles totales est de 184, les trois quart étaient corrigées.

Le taux de patients bénéficiant de la conciliation d'entrée avec au moins une divergence non intentionnelle corrigée par rapport au nombre de patients conciliés est un des objectifs du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins : le CAQES (7), il était de 14% dans l'unité PESSOA sur l'année 2019.

B. Critères d'évaluation de la conciliation

Les critères calculés sur la base de l'étude Med'Rec sont présentés dans le tableau 10. Le critère MR1 est le pourcentage de patients ayant bénéficié d'une conciliation des traitements médicamenteux dans les 24h suivant l'admission, il représentait un quart des patients de notre étude, pour un objectif à 100%.

Le critère MR 2, tout comme le résultat Bis était égal à l'objectif, c'est-à-dire zéro, c'est le nombre moyen de divergences intentionnelles non résolues par patient.

Le critère MR3 était calculé à 0.12 divergences non intentionnelles non corrigées par patient pour un objectif inférieur à 0.3 divergences non intentionnelles par patient. Il était moins important à 0.1 pour le MR3 Bis.

Le critère MR4 présente le pourcentage de patients ayant une divergence non intentionnelle non résolue soit 8% pour un objectif à zéro, le résultat diminuait à 7% pour le MR4 Bis.

Tableau 10 : Critères d'évaluation selon l'étude Med'Rec

Scores	MR1	MR2	MR3	MR4
Objectifs selon l'étude Med Rec	100%	0	<0,3 EM/patient	0
Résultats PESSOA	26%	0	0,12	8%
Résultats PESSOA BIS	41%	0	0.08	7%

C. Résultats de l'enquête auprès des internes

Le nombre de questionnaires récupérés était de 20 sur un total de 37 questionnaires distribués correspondant aux internes étant intervenus dans l'unité PESSOA en 2019, soit 54% de réponses.

65% des internes connaissaient la conciliation médicamenteuse avant leur passage au CPAA (13 personnes).

100 % des répondants jugeaient d'un intérêt à la conciliation médicamenteuse à l'admission, dont 70% la décrivaient comme indispensable.

Le nombre de sources nécessaires à la validation de la CTM était connu par 80% (soit 16 réponses) des internes.

La CTM était jugée comme assez facilement réalisable par 80% des répondants et 20% la déclaraient difficilement réalisable.

Les freins principaux à la réalisation de la conciliation étaient : un patient confus, le refus du patient de communiquer des informations, l'absence de médecin traitant (ou le fait qu'il soit injoignable et le nomadisme médical qui est courant en psychiatrie). Ces quatre raisons sont citées par 20% des internes.

Parmi les autres causes pouvant ralentir la CTM, sont évoqués :

- Le nomadisme pharmaceutique,
- Les infirmiers de ville injoignables,
- Le dossier informatique peu rempli,
- Les pannes de serveurs informatiques,
- Les officines de villes injoignables,
- Le trop grand nombre de sources à contacter.
- La difficulté de réalisation le week-end pour l'interne de garde.

Tableau 11 : Principaux freins à la CTM selon les médecins interrogés

Freins	Nombre de citations
Patient confus	16
Refus de fournir les informations ou incapacité à les fournir	18
Médecin traitant injoignable ou patient sans médecin traitant	19
Pharmacie réticente à fournir des informations	9
Pas de pharmacie joignable	8
Nomadisme médical	16

CTM : conciliation des traitements médicamenteux

La formation à la CTM était jugée utile par 13 des 20 internes répondant, un seul n'avait pas d'avis.

La dernière partie du questionnaire laissait libre cours aux propositions visant l'amélioration de la réalisation de la CTM. Nous les avons regroupées en trois catégories :

- l'accès aux données des patients :

Il était proposé que nous puissions accéder au DMP, que ce dernier soit rempli par tous les intervenants et pour ce faire qu'un lecteur de carte Vitale soit disponible dans les services hospitaliers. La carte Vitale permettrait également de voir les délivrances de traitement via le site ameli.

Trois internes proposaient de former les personnels médicaux et paramédicaux afin de recenser plus efficacement les données auprès des sources telles que la famille, et que tous les intervenants tracent les modifications des traitements dans le DPI.

Deux propositions visaient à sensibiliser les patients à connaître leur traitement et avoir leurs ordonnances, via des messages de santé publique par exemple.

- Favoriser le lien ville-hôpital :

Deux répondants exprimaient la nécessité d'informer les pharmacies et les médecins traitants du secteur qu'ils sont susceptibles d'être contactés et mettre une liste des correspondants à disposition des médecins du CPAA. Eventuellement que les secrétaires des médecins traitants puissent avoir accès aux ordonnances des patients.

Développer le lien avec le médecin traitant et les spécialistes du patient via DMP ou autres applications en ligne, était le point le plus présent dans les questionnaires avec quatre internes le mettant en avant.

- Aide à la pratique :

Un interne proposait de diminuer le nombre de sources nécessaires à la validation de la conciliation pour la rendre plus rapide.

Un interne souhaitait ne pas multiplier les internes réalisant la conciliation d'entrée à PESSOA sur une période donnée afin d'assurer une continuité dans la prise en charge.

Ajouter au logiciel des cases pour valider informatiquement les sources, créer une fiche de conciliation ou une observation type dans le DPI étaient proposés par deux internes.

IV. Discussion

A. Population type au CPAA

La population hospitalisée en 2019 était jeune avec une moyenne d'âge de 36.7 ans. Elle reste cependant comparable à la population accueillie dans d'autres hôpitaux, comme au sein de l'hôpital Ambroise Paré de l'AP-HP dans lequel la moyenne d'âge des patients examinés en urgence était de 42 ans(19). Les âges extrêmes et les proportions d'hommes et de femmes étaient également semblables.

Dans notre étude, la CTM était réalisée pour tous les patients entrants, contrairement aux pratiques habituelles dans les services de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO), optant pour une priorisation des patients comme recommandé par la HAS (4). Ces dernières sont basées sur des critères comme l'âge, la multiplicité ou la spécificité des traitements médicamenteux.

C'est le cas par exemple dans l'étude de 2017 du groupe Hospitalier Paul Guiraud à Clamart, les patients étaient inclus selon leur âge, leurs pathologies et la spécificité de leur traitement (en prescription restreinte etc.) (20). La plupart des services choisissent un âge supérieur à 65 ans voir même 75 ans dans les services de gériatrie(5) (6).

La priorisation des patients a été étudiée dans la thèse de 2016 réalisée dans les services d'hospitalisations du 59G11, concluant à une conciliation à réaliser de préférence à partir de 41 ans et à partir de six traitements (21). Dans une étude de 2016 en service de psychiatrie à Grenoble, la priorisation ne prenait pas en compte l'âge des patients, mais uniquement la présence d'un traitement somatique ou de six traitements et plus (22). A Dijon en 2016, l'étude au centre hospitalier La Chartreuse

concluait à l'intérêt de la conciliation dans le service d'accueil d'urgence psychiatrique, comme dans notre étude, car l'organisation en service fermé permet un accès facilité aux patients (23). Une autre étude en 2017 sur l'EPSM de Lille Métropole ne concluait pas à une priorisation nécessaire des patients en psychiatrie mais plutôt au cas par cas (24).

B. Réalisation de la conciliation

En incluant tous les patients, 81% des hospitalisés ont bénéficié d'une conciliation. On constate une nette différence entre le premier trimestre 2019, pour lequel seulement 50% des patients environ bénéficiaient d'une conciliation, et le reste de l'année où l'on se situe plutôt aux alentours de 90%. On pourrait attribuer cette différence à une difficulté de mise en place ; la conciliation nécessitant des moyens humains et une formation du personnel, représenté ici par les médecins et les externes en pharmacie. Un phénomène d'acculturation de la CTM semble nécessaire.

Le faible taux (52%) de conciliations conformes est également lié à l'attribution « non conforme » à la majorité des patients sans traitement car les trois sources ne sont pas toujours recherchées.

Un des points positifs est la relation significative entre le nombre de conciliations conformes et le nombre de conciliations débutées, montrant une capacité des équipes à s'adapter à une hausse de la charge de travail.

Il existe une erreur dans le report des résultats dans le tableur Excel rempli par les externes en pharmacie compilant les conciliations conformes. Nous comptons 602 lignes (chaque ligne représentant un patient) pour 586 conciliations conformes. Il existe donc 16 lignes de trop, liées à une erreur humaine.

Les résultats de la conciliation dans les 24 premières heures sont engageants. Dans notre étude ils sont de 31%, contre 41 % à l'AP HP dans l'étude au Groupe hospitalier Paul-Guiraud en psychiatrie générale adulte (20) portant sur 3 ans, mais sur une population plus restreinte. La différence se fait principalement sur les conciliations après 24h. Nous en comptons 52 % dans notre étude contre 95% en moyenne dans cette même étude à Paris. On peut supposer que cette différence notable réside dans la différence de services d'hospitalisations. Dans notre étude, les hospitalisations sont courtes (trois jours en moyenne) avant sorties ou transferts dans un service de psychiatrie générale, alors que les CTM dans l'étude parisienne sont réalisées dans une unité de psychiatrie générale. Les valeurs des Chi 2 de notre étude confirment notre capacité à augmenter nos conciliations débutées (cf. tableau 5), mais également la difficulté à accroître en conséquence les conciliations conformes dans les 24 heures (cf. tableau 6).

Le pourcentage de divergences non intentionnelles, qui est synonyme d'erreurs médicamenteuses est de 7%, il est plus faible que dans l'étude à l'AP-HP (12%). Nous pouvons donc dire que les premiers prescripteurs ont une réalisation efficace de la conciliation, avec très peu d'erreurs. Nous pouvons d'autant plus nous féliciter que dans des services habitués à la pratique de la CTM comme en gériatrie, le taux de divergences non intentionnelles approche les 4% (6). Une autre différence par rapport aux deux études citées précédemment est qu'actuellement la qualité des divergences est répertoriée uniquement sur les fiches de conciliations des pharmaciens et les données n'ont donc pas été comptabilisées, ni exploitées dans notre étude. C'est-à-dire que nous n'avons pas distingué les divergences en fonction de leur origine : changement de galénique, de posologie, oubli etc.

Lors du processus de conciliation dans notre établissement, même lorsque la conciliation n'est pas conclue ou validée conforme, une divergence, qu'elle soit intentionnelle ou non intentionnelle est documentée. C'est-à-dire que soit le médecin prescripteur explique pourquoi il a modifié le traitement, soit la pharmacie contacte le médecin afin de faire modifier ou non la prescription après discussion. Cependant les données concernant ces DI ou DNI ne sont pas répertoriées pour l'instant et n'ont donc pas pu être exploitées.

Une autre difficulté à la réalisation de la CTM est la durée d'hospitalisation moyenne de trois jours dans notre unité, représentant une durée courte quand la moyenne des durées d'hospitalisation en psychiatrie est de 30 jours soit six fois plus que dans des services de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) (25,26). Nous comprenons ainsi que les patients hospitalisés de manière courte (moins de 24h ou juste pour la nuit) ne permettent pas la réalisation conforme de la CTM, surtout les weekend ou jours fériés pendant lesquels les soignants de ville sont peu joignables.

On constate une quantité non négligeable d'hospitalisations de patients déjà connus ou de ré-hospitalisations des patients dans notre service (près de 50% des entrées sont des patients connus des secteurs psychiatriques G11, G22, G23 et G24). Cependant les données permettant de voir si un patient a bien bénéficié de plusieurs conciliations et si elles sont conformes ne sont pas recensées. Nous avons donc ici une piste d'amélioration qui pourrait permettre de voir si les passages successifs restent efficaces en termes de suivi des informations liées aux traitements. On pourrait craindre un relâchement en cas d'hospitalisations à répétitions.

La réalisation de la conciliation au changement de service, lorsqu'elle n'a pas pu être terminée avant le transfert, est difficile voire compromise. Les changements

d'équipes médicales, paramédicales et la non sensibilisation de ces dernières à la CTM en freinant la réalisation.

C. Critères de l'étude Med'Rec

Le MR1 est le pourcentage de patients ayant bénéficiés d'une conciliation dans les 24 heures parmi tous les patients entrants. Sur les 1420 hospitalisations, 1134 conciliations ont été débutées et 374 réalisées de manière conforme dans les 24 premières heures, soit 26%. 212 de plus à plus de 24h, portant le total à 586, soit 41%. Les difficultés de réalisation dans les 24 premières heures sont liées à des problèmes organisationnels, comme les entrées réalisées le weekend, le manque d'internes ou d'externes en pharmacie pour la validation. Parfois un grand nombre d'admissions rendait également difficile la conciliation, celle-ci nécessitant un temps certain pour être faite convenablement.

Afin d'augmenter l'indicateur MR1, il apparaît nécessaire d'avoir des ressources humaines supplémentaires, mais également qu'elles soient efficacement formées pour ne pas perdre en efficacité. Baisse d'efficacité qui avait été constatée lors de l'augmentation du nombre des conciliations réalisées à hôpital Antoine Béclère de Clamart (27).

Nous pouvons souligner que ce chiffre est proche des données présentes au CH de Lunéville pour l'étude Med'Rec qui est de 44% et reste donc comparable à nos résultats (3).

Le MR2 est le pourcentage de divergences intentionnelles non documentées, il est le reflet de la volonté du prescripteur. Dans notre étude, toutes les divergences

intentionnelles dont la CTM est conforme, sont documentées, c'est-à-dire que le prescripteur a précisé pourquoi il choisissait de changer le traitement (galénique, posologie etc.) dans le dossier informatique, ou que la pharmacie l'avait contacté pour comprendre la prescription. Nous sommes donc à l'objectif en ce qui concerne cet indice lorsque les conciliations sont conformes. Il est ainsi important de poursuivre les efforts dans ce domaine et d'entretenir les relations médecin-pharmacien dans l'établissement, mais également de majorer notre nombre de conciliations conformes.

Le MR3 est le nombre de divergences non intentionnelles, il représente les erreurs médicamenteuses à corriger. L'objectif est de tendre vers 0. Notre étude recense 0.12 erreurs médicamenteuses par patient pour un objectif Med'Rec <0.3, l'objectif était difficilement atteint par les différents centres hospitaliers participants de l'étude Med'Rec. Nos résultats sont donc satisfaisants, témoins d'un faible nombre d'erreur à corriger.

En prenant en compte tous les patients dont la conciliation est conforme (et pas seulement ceux conformes dans les 24 premières heures), nous arrivons à un résultat de 0.08 erreur médicamenteuse par patient. On peut en déduire que prendre le temps pour réaliser les conciliations permet de minorer le risque d'erreur médicamenteuse en majorant le nombre total de conciliations conformes.

Le MR4 représente le pourcentage de patients ayant au moins une divergence non intentionnelle non résolue. Il s'agit dans notre étude de 8% des patients présentant une erreur médicamenteuse mise en évidence lors de la réalisation de la conciliation. C'est un chiffre prometteur, les études comme Med'Rec ou à l'AP-HP

montrent des chiffres sensiblement plus élevés. L'objectif de la conciliation des traitements médicamenteux étant d'éviter les erreurs médicamenteuses en premier lieu, on peut se féliciter de l'efficacité avec laquelle elle est réalisée lorsqu'elle est jugée conforme.

Ce pourcentage diminue à 7% lorsque l'on prend en compte tous les patients dont la conciliation est conforme, mettant en évidence encore une fois l'importance du temps nécessaire à la réalisation d'une conciliation et donc à la mise en place d'une prescription efficace.

Il faut noter que la conciliation est validée même lorsque les DNI sont non corrigées. Ces dernières pouvant l'être plus tardivement. En effet, à partir du moment où la divergence est mise en évidence par l'équipe de pharmacien, une alerte est lancée au médecin, par téléphone ou messagerie du logiciel PHARMA et entraîne, ou non, la modification de la prescription initiale. L'efficacité de la détection des DNI par la réalisation de la CTM et sa validation par la pharmacie n'a pas été effectuée dans notre étude. Le recensement après conciliation des modifications de prescriptions ou non, justifiées ou non, durant l'hospitalisation des patients n'est pas mis en place dans l'établissement. Il s'agit d'une amélioration possible de notre recherche de diminution des erreurs médicamenteuses.

D. L'avis des internes

Seulement deux tiers des internes ont connaissance de la CTM avant leur passage à l'EPSM, ce qui est encourageant mais pas suffisant. Le but n'est pas seulement de réaliser la conciliation dans l'établissement mais également qu'une fois

leur semestre terminé, les internes y pensent où qu'ils soient et favorisent donc les transmissions d'informations concernant les patients, rendant la conciliation d'entrée plus aisée.

On s'aperçoit que le message visant à leur faire prendre conscience de l'importance de la CTM est intégré à la fin de leur semestre, tous la jugeant importante, voir indispensable pour la majorité. Cette majorité validant l'idée d'une formation à la conciliation médicamenteuse en début de semestre.

Dans cette optique, les internes ont, en plus de la formation sur le logiciel de prescription médicale, une introduction à la réalisation de la conciliation médicamenteuse présentée par une des pharmaciennes de l'établissement au début de leur semestre.

Le nombre de sources nécessaire à la validation de la CTM est connu par la plupart des internes (80%), ce qui reste satisfaisant mais non suffisant pour augmenter l'efficacité avec laquelle est réalisé la conciliation et donc permettre de majorer encore le nombre de patients qui bénéficient de la CTM conforme.

La complexité de la mise en place de la CTM d'entrée est un des points mis en exergue par les internes. 20% la décrivant même difficilement réalisable. Les relations avec les autres professionnels de santé sont le premier frein révélé par le questionnaire, soit parce qu'ils ne sont pas joignables ou même parfois réticents à partager les informations concernant un patient à la prise en charge commune.

Depuis la réalisation de l'enquête, plusieurs modifications ont été apportées au logiciel. La conciliation médicamenteuse est dorénavant partie prenante de l'observation d'entrée et des sources pré mentionnées sont à choisir.

Parmi les propositions faites par les internes, certaines, comme diminuer le nombre de sources nécessaires, ne sont pas réalisables. D'autres semblent naturelles et laissent penser plutôt à des oublis, dans le cas des notes explicatives sur les changements de traitements dans le dossier informatique par les psychiatres par exemple.

Pour ce qui est du remplissage de la fiche de conciliation, celle-ci est actuellement réservée aux pharmaciens de l'établissement, mais une fiche informatisée en commun entre médecin et pharmacien pourrait être un outil utile.

Le dernier point soulevé par les internes est depuis longtemps source de discussions (28) ; l'utilisation des ressources numériques en ligne à l'interface ville – hôpital : DMP, ameli (29). Ils mettent en évidence un problème majeur constaté chaque jour à l'hôpital par les médecins : l'absence de possibilité d'usage des moyens liés à la carte Vitale du patient, les services n'étant pas équipés du matériel adéquat. L'accès au dossier du patient permettrait l'acquisition des données du médecin traitant, les dernières consultations, les derniers remboursements de traitements.

Actuellement l'ARS Haut de France poursuit la mise en place d'une plateforme de services en ligne : PREDICE (30). C'est un outil en ligne mis en place progressivement depuis 2019 permettant de regrouper des services divers ; prise de rendez-vous, pré admission dans les établissements de santé, service de télémédecine. Nous y trouvons également un « service de coordination » permettant au patient et aux différents professionnels agissant pour sa santé de communiquer en ligne, d'orienter le patient vers un confrère, d'avoir accès aux comptes rendus d'examens ou d'hospitalisations que le patient leurs transmet. Nous constatons ici une

certaine redondance avec le DMP qui est affiché par les autorités comme le carnet de santé virtuel du patient et qui nécessite également un remplissage par ce dernier.

L'un des points positifs de PREDICE par rapport au DMP pourrait être la discussion facilitée entre professionnels d'un même patient, sous réserve qu'il soit de la région. Un autre avantage est qu'il n'est pas nécessaire d'avoir la carte Vitale du patient pour y accéder.

E. Forces biais et limites

Les forces de notre étude sont d'évaluer la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission sur une population importante et d'apporter des pistes concrètes d'amélioration de nos pratiques ce qui reste peu présent dans la littérature. De plus notre étude porte sur un service d'hospitalisations courtes ou urgentes, ce qui reste peu fréquent.

Les limites de notre étude sont d'être une étude rétrospective et monocentrique. De plus des données supplémentaires auraient pu être collectées comme expliqué ci-dessus. Nous pouvons donc passer à côté de pistes d'améliorations.

Le biais principal de notre étude est méthodologique. Les conciliations des patients sans traitement étant définies comme non conformes.

V. Conclusion :

La conciliation des traitements médicamenteux d'entrée au sein de l'unité PESSOA en 2019 satisfait aux quatre scores d'évaluation Med'Rec et peu d'erreurs médicamenteuses nécessitent d'être corrigées. Cependant la formation à la conciliation médicamenteuse chez les professionnels de santé reste à généraliser, et le lien entre ville et hôpital demeure plus que jamais à promouvoir.

Les enseignements tirés de ces deux dernières années de conciliations médicamenteuses au sein de l'EPSM-AL seront de précieux atouts dans les années à venir. La conciliation dans tous les services d'hospitalisations devenant à partir de 2021 un item à part entière nécessaire à la certification des établissements de santé par la HAS.

VI. Bibliographie :

1. World Health Organization. Action mondiale pour la sécurité des patients. [En ligne] Disponible sur: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-fr.pdf. Consulté le 6 avril 2020.
2. World Health Organization. The High 5s Interim Report [En ligne]. Disponible sur: https://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/High5_Interim_Report.pdf. Consulté le 15 novembre 2020.
3. Haute Autorité de Santé. Initiative des HIGH 5s Medication Reconciliation. [En ligne] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-11/rapport_dexperimentation_sur_la_mise_en_oeuvre_conciliation_des_traitements_medicamenteux_par_9_es.pdf. Consulté le 07/01/2020.
4. Haute Autorité de Santé. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. [En ligne]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf. Consulté le 17 décembre 2019.
5. Esnault M, Corvaisier M, Riou J, Spiesser-Robelet L, Lavigne C. Bilan de la conciliation médicamenteuse dans un service de médecine interne. *La Revue de Médecine Interne*. décembre 2017;38:157-8.
6. Boissinot L, Bachalat N, Perrier-Cornet E, Leglise P, Huchon-Bécel D. Conciliation des traitements médicamenteux en gériatrie : Pertinence et faisabilité. *Pharmactuel*. 2014;47(2).
7. Agence Régionale de la Santé des Hauts de France. Le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiéce des Soins (Caques) [En ligne]. Disponible sur: <http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-contrat-damelioration-de-la-qualite-et-de-lefficiency-des-soins-caques-1>. Consulté le 17 décembre 2019.
8. Organisation Mondiale de la Santé. Sécurité des patients [En ligne]. Disponible sur: <http://www.who.int/patientsafety/fr/> Consulté le 06 avril 2020.
9. Casey DE. Metabolic issues and cardiovascular disease in patients with psychiatric disorders. *Am J Med Suppl*. 1 avr 2005;118:15-22.
10. Davidson S, Judd F, Jolley D, Hocking B, Thompson S, Hyland B. Cardiovascular Risk Factors for People with Mental Illness. *Aust N Z J Psychiatry*. 1 avr 2001;35(2):196-202.
11. Allebeck P. Schizophrenia: a life-shortening disease. *Schizophr Bull*. 1989;15(1):81-9. doi: 10.1093/schbul/15.1.81.
12. Harris C, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry*. juill 1998;173(1):11-53.

13. Girardin F, Sztajzel J. Cardiac adverse reactions associated with psychotropic drugs. *Dialogues Clin Neurosci*. mars 2007;9(1):92-5.
14. Lichtermann D, Ekelund J, Pukkala E, Tanskanen A, Lönnqvist J. Incidence of Cancer Among Persons With Schizophrenia and Their Relatives. *Arch Gen Psychiatry*. 1 juin 2001;58(6):573-8.
15. Corruble E, Hardy P. Observance du traitement en psychiatrie. *EMC - Psychiatr*. janv 2004;1(1):1-6.
16. Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, et al. Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. *L'Encéphale*. 1 sept 2009;35(4):330-9.
17. L'EPSM de l'agglomération lilloise [En ligne]. Etablissements Public de Santé Mentale - Agglomération Lilloise. Disponible sur: <https://www.epsm-al.fr/epsm>. Consulté le 30 avril 2020.
18. Ministère de la Santé Publique. Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. [En ligne]. Disponible sur: https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=21540 Consulté le 16 janvier 2020.
19. Seletti B, Launay C, Garnier B, Brun-Ney D, Boulard JC, Petitjean F. Accueil des urgences psychiatriques au sein d'un centre hospitalier universitaire. Intérêt de l'intégration dans un réseau de soin sectorisé. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. avr 2001;159(3):160-6.
20. Garriguet P, Beauverie P, Yassine S, Mouffak S, Alemanni J, Gaudoneix-Taïeb M, et al. Conciliation médicamenteuse en psychiatrie générale adulte : résultats de 3 années d'expérience. *Pharm Hosp Clin*. juin 2017;52(2):138-46.
21. Rousseaux G. Thèse d'exercice de docteur en pharmacie : Mise en place de la conciliation médicamenteuse en psychiatrie : particularités [En ligne]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/56de7800-adca-41b3-8ff3-93f2169c6843>. Consulté le 10 décembre 2019.
22. Buiche M. Conciliation des traitements médicamenteux : expérimentation du rapport Med'Rec 2015 de l'HAS dans un établissement psychiatrique. :98.
23. Noblot-rossignol M, Vaillau J, Hamad M, Denis F, Beye F. Mise en place de la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission des patients en établissement de santé mentale : des spécificités liées à la psychiatrie ? *Pharm Hosp Clin*. mars 2017;52(1):e5.
24. Desplanques M. Thèse d'exercice de docteur en pharmacie : expérience de la conciliation médicamenteuse dans un établissement public de santé mentale : intérêt de la démarche pour renforcer le lien ville-hôpital [En ligne]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/4c40229d-0139-4e6b-9dee-ff687f06c331>. Consulté le 10 décembre 2019.

25. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'organisation des soins psychiatriques : Les effets du plan "psychiatrie et santé mentale". [En ligne]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/L_organisation_des_soins_psychiatriques_les_effets_du_plan_Psychiatrie_et_sante_mentale_2005-2010.pdf. Consulté le 21 décembre 2020.
26. Beyney P.-A. Thèse d'exercice de docteur en médecine. Facteurs de risque d'allongement de la durée d'hospitalisation. Septembre 2015.
27. Julie Bataille, Niccolo Curatolo, Sandrine Roy, et al. POSTER: A targeted strategy and training program to improve the medication reconciliation process. (2015).
28. Alao O, Anceaux F, Beuscart R. La communication ville-hôpital : un modèle pour améliorer la continuité des soins. :19.
29. Assurance maladie. DMP, tout ce que les professionnels de santé doivent savoir [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/dossier-medical-partage/dmp-tout-ce-que-professionnels-de-sante-doivent-savoir>. Consulté le 30 avril 2020.
30. Agence Régionale de la Santé Hauts de France. Prédice. [En ligne]. Disponible sur: https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2019-07/Pre%CC%81dice-Support_de_com_A4-TB-20190618-R8%20%281%29.pdf

VII. Annexes

Annexe 1 : Répartition des secteurs de psychiatrie adulte dans les Hauts-de-France



Annexe 2 : Recto de la fiche de conciliation des traitements à l'admission

 <p> Date d'admission : _____ Service : _____ Date de conciliation : _____ Sexe : M / F NOM : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ... / ... / ... Age : _____ Allergies : _____ Médecin traitant (nom/adresse/téléphone) : _____ Pharmacien d'officine (nom/adresse/téléphone) : _____ Autre(s) professionnel(s) de santé (nom/adresse/téléphone) : _____ </p>	<p>Sources d'informations consultées :</p> <p> <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Pharmacien officine <input type="checkbox"/> Ordonnances du patient <input type="checkbox"/> Patient et/ou famille <input type="checkbox"/> Médicaments rapportés par le patient <input type="checkbox"/> Dossier d'hospitalisation antérieure <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste <input type="checkbox"/> Autres : </p>
<p><u>Correction des DNI :</u></p> <p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Pourquoi ? </p>	<p><u>Conciliation :</u></p> <p> <input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Non conforme </p> <p><u>FEJEM :</u></p> <p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non </p> <p><u>Entregistrement sur Excel :</u></p> <p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non </p> <p><u>Signature :</u></p>

Annexe 3 : Verso de la fiche de conciliation des traitements à l'admission

Conciliation faite le/...../.....										Commentaires	
Traitement à domicile (BMO = Bilan médicamenteux optimisé)					Ordonnance médicamenteuse à l'admission (OMA)						
Nom/Dosage/Forme	Posologie/voie			(1)	Nom/Dosage/Forme	Posologie/voie			Correct/Divergent	DNI/DI	
	M	M	S			C	M	M			S
Nombre de lignes du BMO					Nombre de lignes de l'OMA						

(1) Statut : AJouté, ARRêté, SUBstitué, Poursuivi, Modifié, SUSpendu, Non Documenté

Annexe 4 : Fichier Excel de recensement des conciliations conformes

Statistiques conciliation médicamenteuse 2019 (1) new.2 (Enregistré automatiquement) (1) - Excel (Échec de l'activation du produit)

Calibri 11 A

Normal Insatisfaisant

Moyenne (J), DNI, DNI corrigées

Présence d'au moins 1 DNI corrigée (Non=0/Oui=1)

Nb de DNI non corrigées

Nb de DNI corrigées

NOMBRE DE DNI

NOMBRE DE DI

NOMBRE DE LIGES OMA

NOMBRE LIGES BMO

AGE (H=0/F=1)

SEXE (H=0/F=1)

INITIALES DU PATIENT

NBRE PATIENTS

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1														
623														
624														
625														
626														
627														
628														
629														
630														
631														
632														
633														
634														
635														
636														
637														
638														
639														
640														
641														
642														
643														
644														
645														
646														
647														
648														
649														

Patients conciliés CPAA

Annexe 5 :

Questionnaire à l'intention des médecins réalisant la conciliation

médicamenteuse au CPAA : (une fois rempli merci de le renvoyer au Dr Depreux à Lommelet ou par mail à romain.hocquet@gmail.com)

1. Connaissez-vous la démarche de conciliation médicamenteuse avant votre passage au CPAA?

Oui Non

2. Jugeriez-vous l'intérêt de la réalisation de la conciliation médicamenteuse à l'admission comme :

Indispensable utile Peu utile Inutile

En quoi :
.....

3. Savez-vous combien de sources différentes sont nécessaires à la validation de la conciliation médicamenteuse ? Oui Non

Préciser le nombre (même en cas de réponse non) :

4. La réalisation de la conciliation médicamenteuse à l'admission au CPAA est selon vous :

Très facilement réalisable Assez facilement réalisable Difficilement réalisable Irréalisable

5. Quels sont les freins à la réalisation de la conciliation médicamenteuse à l'admission selon vous (plusieurs choix possible) :

Patient confus

Patient refusant de fournir les informations ou ne pouvant les fournir (ne parle pas français etc)

Médecin traitant non joignable ou pas de médecin traitant déclaré

Pharmacie réticente à fournir des informations

Pas de famille joignable.

Nomadisme médical

Autre :

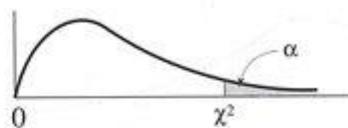
6. Jugeriez-vous utile une formation (comme les cours du lundi midi) à propos de la conciliation médicamenteuse ?

7. Comment améliorer la réalisation de la conciliation médicamenteuse ? (commentaires libres)

.....
.....

Annexe 6 :

Table χ^2 : points de pourcentage supérieurs de la distribution χ^2



<i>dl</i>	.995	.990	.975	.950	.900	.750	.500	.250	.100	.050	.025	.010	.005
1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02	0.10	0.45	1.32	2.71	3.84	5.02	6.63	7.88
2	0.01	0.02	0.05	0.10	0.21	0.58	1.39	2.77	4.61	5.99	7.38	9.21	10.60
3	0.07	0.11	0.22	0.35	0.58	1.21	2.37	4.11	6.25	7.82	9.35	11.35	12.84
4	0.21	0.30	0.48	0.71	1.06	1.92	3.36	5.39	7.78	9.49	11.14	13.28	14.86
5	0.41	0.55	0.83	1.15	1.61	2.67	4.35	6.63	9.24	11.07	12.83	15.09	16.75
6	0.68	0.87	1.24	1.64	2.20	3.45	5.35	7.84	10.64	12.59	14.45	16.81	18.55
7	0.99	1.24	1.69	2.17	2.83	4.25	6.35	9.04	12.02	14.07	16.01	18.48	20.28
8	1.34	1.65	2.18	2.73	3.49	5.07	7.34	10.22	13.36	15.51	17.54	20.09	21.96
9	1.73	2.09	2.70	3.33	4.17	5.90	8.34	11.39	14.68	16.92	19.02	21.66	23.59
10	2.15	2.56	3.25	3.94	4.87	6.74	9.34	12.55	15.99	18.31	20.48	23.21	25.19
11	2.60	3.05	3.82	4.57	5.58	7.58	10.34	13.70	17.28	19.68	21.92	24.72	26.75
12	3.07	3.57	4.40	5.23	6.30	8.44	11.34	14.85	18.55	21.03	23.34	26.21	28.30
13	3.56	4.11	5.01	5.89	7.04	9.30	12.34	15.98	19.81	22.36	24.74	27.69	29.82
14	4.07	4.66	5.63	6.57	7.79	10.17	13.34	17.12	21.06	23.69	26.12	29.14	31.31
15	4.60	5.23	6.26	7.26	8.55	11.04	14.34	18.25	22.31	25.00	27.49	30.58	32.80
16	5.14	5.81	6.91	7.96	9.31	11.91	15.34	19.37	23.54	26.30	28.85	32.00	34.27
17	5.70	6.41	7.56	8.67	10.09	12.79	16.34	20.49	24.77	27.59	30.19	33.41	35.72
18	6.26	7.01	8.23	9.39	10.86	13.68	17.34	21.60	25.99	28.87	31.53	34.81	37.15
19	6.84	7.63	8.91	10.12	11.65	14.56	18.34	22.72	27.20	30.14	32.85	36.19	38.58
20	7.43	8.26	9.59	10.85	12.44	15.45	19.34	23.83	28.41	31.41	34.17	37.56	40.00
21	8.03	8.90	10.28	11.59	13.24	16.34	20.34	24.93	29.62	32.67	35.48	38.93	41.40
22	8.64	9.54	10.98	12.34	14.04	17.24	21.34	26.04	30.81	33.93	36.78	40.29	42.80
23	9.26	10.19	11.69	13.09	14.85	18.14	22.34	27.14	32.01	35.17	38.08	41.64	44.18
24	9.88	10.86	12.40	13.85	15.66	19.04	23.34	28.24	33.20	36.42	39.37	42.98	45.56
25	10.52	11.52	13.12	14.61	16.47	19.94	24.34	29.34	34.38	37.65	40.65	44.32	46.93
26	11.16	12.20	13.84	15.38	17.29	20.84	25.34	30.43	35.56	38.89	41.92	45.64	48.29
27	11.80	12.88	14.57	16.15	18.11	21.75	26.34	31.53	36.74	40.11	43.20	46.96	49.64
28	12.46	13.56	15.31	16.93	18.94	22.66	27.34	32.62	37.92	41.34	44.46	48.28	50.99
29	13.12	14.26	16.05	17.71	19.77	23.57	28.34	33.71	39.09	42.56	45.72	49.59	52.34
30	13.78	14.95	16.79	18.49	20.60	24.48	29.34	34.80	40.26	43.77	46.98	50.89	53.67
40	20.67	22.14	24.42	26.51	29.06	33.67	39.34	45.61	51.80	55.75	59.34	63.71	66.80
50	27.96	29.68	32.35	34.76	37.69	42.95	49.34	56.33	63.16	67.50	71.42	76.17	79.52
60	35.50	37.46	40.47	43.19	46.46	52.30	59.34	66.98	74.39	79.08	83.30	88.40	91.98
70	43.25	45.42	48.75	51.74	55.33	61.70	69.34	77.57	85.52	90.53	95.03	100.44	104.24
80	51.14	53.52	57.15	60.39	64.28	71.15	79.34	88.13	96.57	101.88	106.63	112.34	116.35
90	59.17	61.74	65.64	69.13	73.29	80.63	89.33	98.65	107.56	113.14	118.14	124.13	128.32
100	67.30	70.05	74.22	77.93	82.36	90.14	99.33	109.14	118.49	124.34	129.56	135.82	140.19

AUTEUR : Nom : HOCQUET

Prénom : Romain

Date de soutenance : 18 février 2021

Titre de la thèse : Conciliation médicamenteuse d'admission dans l'unité PESSOA du centre psychiatrique d'accueil et d'admission en 2019, évaluation et voies d'amélioration

Thèse - Médecine - Lille 2021

DES + spécialité : DES médecine générale

Mots-clés : Evaluation -Conciliation - traitements médicamenteux – admission - psychiatrie

Résumé :

Contexte : La protection du patient est un des objectifs prioritaires de l'OMS depuis 2006 et la mise en place du projet High 5's. Dans cette optique, la conciliation des traitements médicamenteux est en pleine expansion en France depuis 2009 et la mise en place de l'étude Med'Rec. Les patients en psychiatrie étant plus une population à risque, une attention particulière doit leur être apportée. L'EPSM-AL a donc mis en place, en 2019, la conciliation des traitements médicamenteux d'entrée dans son centre psychiatrique d'accueil et d'orientation pour des patients, sur la base d'une priorisation étendue. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'efficacité avec laquelle la CTM d'entrée était réalisée en 2019 à PESSOA. L'objectif secondaire était d'évaluer le ressenti des médecins réalisant la CTM.

Méthode : Etude rétrospective monocentrique incluant tous les patients admis dans l'unité PESSOA en 2019.

Résultats : 1420 patients ont été hospitalisés en 2019 avec un âge moyen de 36.7 ans et 51.8% étaient des femmes. 81% des patients admis bénéficiaient d'une conciliation des traitements médicamenteux d'entrée. Parmi les conciliations débutées, un tiers étaient réalisées de manière conforme dans les 24 heures suivant l'admission. A terme, une conciliation sur deux était conforme sur les 1134 débutées. Les critères d'évaluation selon l'étude Med'Rec étaient de 26% pour le MR1. Le MR2 était à 0, le MR 3 à 0.12 et le MR4 à 8%. L'étude sur le ressenti des médecins qui réalisaient la CTM, montrait que tous jugeaient la CTM comme utile. 80% d'entre eux connaissaient le nombre de sources nécessaire à sa réalisation, mais un cinquième la décrivaient difficilement réalisable. Les deux principaux obstacles décrits par les répondants étaient l'absence de réponse au téléphone par les médecins traitants et le refus des patients de fournir les informations les concernant.

Conclusion : Notre étude montre que la réalisation de la CTM d'entrée est réalisée de façon satisfaisante et qu'elle nécessite du temps alloué à sa réalisation. Nous avons mis en évidence que les principales difficultés ressenties lors de sa réalisation étaient la relation ville-hôpital qui reste encore à étoffer. La conciliation devenant un des objectifs pour obtenir la certification de la HAS pour tous les établissements hospitaliers sa démocratisation apparaît comme évidente dans les années à venir.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Asseseurs : Monsieur le Professeur Jean-Baptiste BEUSCART

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Madame le Docteur Elisabeth ZAWADZKI

Directeur de thèse : Madame le Docteur Pascaline DEPREUX