

**MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES DE PHARMACIE
HOSPITALIERE ET DES COLLECTIVITES**

Soutenu publiquement le 23 septembre 2016

Par M. Rousseaux Gautier

Conformément aux dispositions du décret n°90-810 du 10 septembre 1990, tient lieu de
THESE EN VUE DU DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

**Mise en place de la conciliation médicamenteuse en
psychiatrie : particularités**

Membres du jury :

Président :

Monsieur le Professeur Pascal Odou
Professeur des Universités – Pharmacien Praticien Hospitalier
Université de Lille II – Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

Assesseur(s) :

Madame le Docteur Elisabeth Zawadzki
Pharmacien Praticien Hospitalier
Etablissement Public de Santé Mentale de l'Agglomération Lilloise

Monsieur le Professeur Jean-Marc Chillon
Professeur des Universités – Pharmacien Praticien Hospitalier
Université de Picardie Jules Verne – Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens

Monsieur le Docteur Maxime Bubrovsky
Psychiatre Praticien Hospitalier
Etablissement Public de Santé Mentale de l'Agglomération Lilloise

**MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES DE PHARMACIE
HOSPITALIERE ET DES COLLECTIVITES**

Soutenu publiquement le 23 septembre 2016

Par M. Rousseaux Gautier

Conformément aux dispositions du décret n°90-810 du 10 septembre 1990, tient lieu de
THESE EN VUE DU DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

**Mise en place de la conciliation médicamenteuse en
psychiatrie : particularités**

Membres du jury :

Président :

Monsieur le Professeur Pascal Odou
Professeur des Universités – Pharmacien Praticien Hospitalier
Université de Lille II – Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

Assesseur(s) :

Madame le Docteur Elisabeth Zawadzki
Pharmacien Praticien Hospitalier
Etablissement Public de Santé Mentale de l'Agglomération Lilloise

Monsieur le Professeur Jean-Marc Chillon
Professeur des Universités – Pharmacien Praticien Hospitalier
Université de Picardie Jules Verne – Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens

Monsieur le Docteur Maxime Bubrovsky
Psychiatre Praticien Hospitalier
Etablissement Public de Santé Mentale de l'Agglomération Lilloise



Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX

☎ 03.20.96.40.40 - 📠 : 03.20.96.43.64

<http://pharmacie.univ-lille2.fr>



Université Lille 2 – Droit et Santé

Président :

Vice- présidents :

Professeur Xavier VANDENDRIESSCHE

Professeur Alain DUROCHER

Professeur Régis BORDET

Professeur Eric KERCKHOVE

Professeur Eric BOULANGER

Professeur Frédéric LOBEZ

Professeur Damien CUNY

Professeur Benoit DEPREZ

Professeur Murielle GARCIN

Monsieur Pierre RAVAUX

Monsieur Larbi AIT-HENNANI

Monsieur Antoine HENRY

Directeur Général des Services :

Monsieur Pierre-Marie ROBERT

Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

Doyen :

Vice-Doyen, 1^{er} assesseur :

Assesseur en charge de la pédagogie

Assesseur en charge de la recherche

Assesseur délégué à la scolarité

Assesseur délégué en charge des relations internationales

Assesseur délégué en charge de la vie étudiante

Professeur Damien CUNY

Professeur Bertrand DECAUDIN

Dr. Annie Standaert

Pr. Patricia Melnyk

Dr. Christophe Bochu

Pr. Philippe Chavatte

M. Thomas Morgenroth

Chef des services administratifs :

Monsieur Cyrille PORTA

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
Mme	CAPRON	Monique	Immunologie
M.	DECAUDIN	Bertrand	Pharmacie Galénique
M.	DINE	Thierry	Pharmacie Clinique
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
M.	DUTHILLEUL	Patrick	Hématologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie
M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie Clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique

M.	DEPREUX	Patrick	Chimie Organique (ICPAL)
----	---------	---------	--------------------------

Liste des Professeurs des Universités

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Physique
M.	BERTHELOT	Pascal	Chimie Thérapeutique 1
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie – Pharmacie Clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	Chimie Thérapeutique 2
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences Végétales et Fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences Végétales et Fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Physique
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie Générale
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie Générale
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences Végétales et Fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie Industrielle
M.	GOOSSENS	Jean François	Chimie Analytique
Mme	GRAS	Hélène	Chimie Thérapeutique 3
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie Cellulaire
M.	LUC	Gerald	Physiologie
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie Thérapeutique 2
Mme	MUHR – TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PAUMELLE-LESTRELIN	Réjane	Biologie Cellulaire
Mme	PERROY – MAILLOLS	Anne Catherine	Droit et économie Pharmaceutique
Mme	ROMOND	Marie Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHERAERT	Eric	Droit et économie Pharmaceutique
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie Industrielle
M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire
M	TARTAR	André	Chimie Organique
M.	VACCHER	Claude	Chimie Analytique
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie Organique
M.	MILLET	Régis	Chimie Thérapeutique (ICPAL)

Liste des Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie
M.	LANNOY	Damien	Pharmacie Galénique
Mme	ODOU	Marie Françoise	Bactériologie
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacie Galénique

Liste des Maitres de Conférences

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	AGOURIDAS	Laurence	Chimie Thérapeutique 2
Mme	ALIOUAT	Cécile Marie	Parasitologie (90%)
M.	ANTHERIEU	Sébastien	Toxicologie
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
Mme	BANTUBUNGI	Kadiombo	Biologie Cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Pharmacie Galénique
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie
M	BELARBI	Karim	Pharmacologie
M.	BERTHET	Jérôme	Physique
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie Industrielle
M.	BOCHU	Christophe	Physique
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
Mme	CACHERA	Claude	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON	Sandrine	Biologie Cellulaire (80%)
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie (80%)
Mme	CHARTON	Julie	Chimie Organique (80%)
M	CHEVALIER	Dany	Toxicologie
M.	COCHELARD	Dominique	Biomathématiques
Mme	DANEL	Cécile	Chimie Analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie (80%)
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie Cellulaire
M.	FARCE	Amaury	Chimie Thérapeutique 2
Mme	FLIPO	Marion	Chimie Organique
Mme	FOULON	Catherine	Chimie Analytique
M.	GELEZ	Philippe	Biomathématiques
Mme	GENAY	Stéphanie	Pharmacologie Galénique
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
Mme	HAMOUDI	Chérifa Mounira	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA	Kpakpaga Nicolas	Pharmacologie
M.	KARROUT	Youness	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie Thérapeutique 1
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie Analytique
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie Pharmaceutique
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie Analytique
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre Arthur	Sciences végétales et fongiques
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie Industrielle

Mme	NEUT	Christel	Bactériologie
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques
Mme	RIVIERE	Céline	Pharmacognosie
Mme	ROGER	Nadine	Immunologie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	WILLEMAGNE	Baptiste	Chimie Organique
M.	WELTI	Stéphane	Sciences Végétales et Fongiques
M.	YOUS	Saïd	Chimie Thérapeutique 1
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques

M.	FURMAN	Christophe	Pharmacobiochimie (ICPAL)
Mme	GOOSSENS	Laurence	Chimie Organique (ICPAL)
Mme	LELEU-CHAVAIN	Natascha	ICPAL

Professeurs Agrégés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	MAYES	Martine	Anglais
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie Pharmaceutique

Professeurs Certifiés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mlle	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeur Associé - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	DHANANI	Alban	<u>Droit et Economie Pharmaceutique</u>

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BERTOUX	Elisabeth	Pharmacie Clinique - Biomathématiques
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques
M.	CUCCHI	Malgorzata	Information Médicale
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacie Clinique
M.	GILLOT	François	Droit et économie Pharmaceutique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacie Clinique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

AHU

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	DEKYNDT	Bérengère	Pharmacie Galénique
M.	PEREZ	Maxime	Pharmacie Galénique

***Faculté des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques de Lille***

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX

Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64

<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Pascal Odou,

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury.
Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Marc Chillon,

Vous me faites l'honneur d'être membre de ce jury et de juger ce travail.
Veuillez accepter mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Maxime Bubrovsky,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury.
Je vous suis également reconnaissant de m'avoir accueilli au Centre Jean Varlet et à Charles Baudelaire afin d'effectuer ce travail. Merci pour vos conseils et votre soutien à ce projet.

A Madame le Docteur Elisabeth Zawadzki,

Je te remercie beaucoup de m'avoir accepté en stage et de m'avoir confié ce sujet de mémoire. Cette année à l'EPSM a été pour moi une très belle façon de terminer mes 4 ans d'Internat.

Merci pour tes conseils, ton écoute et ton dynamisme !

A toute l'équipe de la pharmacie de l'EPSM,

A Corinne, Céline et Sandrine B pour vos conseils.

A Amélie, Fanny, Jessica, Louise, Maguy, Myriam, Sandrine C, Philippe, Thomas et Yann pour votre soutien.

Ce fut un réel plaisir de travailler à vos côtés

A Marie-Claude,

Merci de m'avoir accueilli durant mes premiers stages et de m'avoir fait découvrir ce métier.

A mes amis,

A Cassandra, Raphaëlle, Vanessa, Florian, Gautier M et Quentin.

Nous avons passé de bons moments ensemble au cours de ces (longues) études et j'espère que ça continuera !

A mes co-internes et amis,

Audrey, Anaïs, Emmanuelle, Pauline, Basile et les autres.

Merci pour tous ces bons moments passés à vos côtés à se soutenir, à se marrer et à passer des soirées inoubliables !

A mes parents,

Papa et Maman, toujours là, toujours présents dans les bons moments comme les moins bons. Merci pour votre soutien indéfectible et vos encouragements. Merci de m'avoir appris le travail et le respect d'autrui. Je ne pense pas qu'on puisse avoir meilleurs parents. Du fond du cœur, merci.

A Sophie, Domitille et Timothée

Les meilleurs frère et sœurs qui soient ! Merci à tous les trois pour ces 27 ans de bonheur !

Table des matières

1	Introduction.....	13
2	Mise en place de l'activité	14
2.1	Description de la sectorisation en psychiatrie et de l'Etablissement Public de Santé Mentale de l'Agglomération Lilloise (EPSMAL).....	14
2.2	Les modalités d'hospitalisation des patients en psychiatrie en France	15
2.3	Définition de la Conciliation des Traitements Médicamenteux et cadre réglementaire	17
2.4	Présentation de la CTM à l'admission	18
2.4.1	Les deux méthodes de CTM	18
2.4.2	Déroulement général d'une CTM.....	19
2.5	Développement de la CTM dans les EPSM et cliniques psychiatriques en France	20
2.5.1	La CTM en psychiatrie dans la littérature.....	20
2.5.2	Enquête sur le déploiement de la CTM en psychiatrie	22
3	Matériel et méthode	23
3.1	Sites de mise en place	23
3.2	Formulaire de recueil des traitements.....	24
3.3	Déroulement d'une conciliation médicamenteuse.....	25
3.4	Sources d'information	26
3.4.1	Le patient.....	26
3.4.2	La personne de confiance.....	26
3.4.3	L'officine de ville.....	27
3.4.4	Le médecin traitant	28
3.4.5	Le Dossier Pharmaceutique.....	29
3.4.6	Le Dossier Patient Informatisé (DPI)	30
3.4.7	Autres sources	30
3.5	Indicateurs utilisés pour évaluer la CTM	31
4	Résultats	32
4.1	Description de la population	32
4.2	Sources utilisées	33
4.3	Divergences retrouvées.....	34
4.3.1	Indices Med'Rec	34
4.3.2	Caractérisation des divergences.....	34
4.3.3	Test statistique	38
4.3.4	Détails des deux unités de soins étudiées.....	38
5	Discussion	40
5.1	Population étudiée	40
5.2	Sources utilisées	41
5.2.1	Le patient.....	41
5.2.2	La personne de confiance.....	42

5.2.3	La pharmacie de ville	42
5.2.4	Le médecin traitant	44
5.2.5	Le Dossier Patient Informatisé	44
5.2.6	Autres sources	45
5.3	Divergences retrouvées.....	46
5.4	La CTM en psychiatrie	48
5.4.1	Différences avec la CTM en MCO	48
5.4.2	Les particularités liées à la sectorisation.....	49
5.4.3	Les particularités liées aux patients de psychiatrie.....	49
5.4.4	La prise en charge somatique en psychiatrie	51
5.4.5	Les perspectives d'évolution de la CTM à l'EPSMAL	52
6	Conclusion	55
7	Bibliographie.....	56
8	Annexes	62

Liste des tableaux

Tableau 1- Caractéristiques de la population étudiée	32
---	----

Liste des figures

Figure 1- Organigramme des différents établissements de l'EPSMAL.....	15
Figure 2 - Sources utilisées pour établir le BMO	34
Figure 3 - Répartition des lignes de prescriptions en médicaments somatiques et psychiatriques.....	35
Figure 4 - Répartition des médicaments concernés par les DNI en fonction de leur classe ATC.....	36
Figure 5 - Répartition des DNI en médicaments somatiques et psychiatriques	36
Figure 6 - Classification des DNI constatées.....	37
Figure 7 - Classification des DNI concernant des médicaments psychiatriques	37
Figure 8 - Répartition des médicaments somatiques et psychiatriques en DNI et non DNI.....	38
Figure 9 - Répartition des DNI en fonction de la classe ATC dans l'unité Baudelaire	39
Figure 10 - Répartition des DNI en fonction de la classe ATC à Jean Varlet	39

Liste des abréviations

ATC	Anatomique, Thérapeutique et Chimique
ASIPS	Agence des Systèmes d'Informations Partagés de Santé
ANP3SM	Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale
BMO	Bilan Médicamenteux Optimisé
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CMP	Centre Médico-Psychologique
COMEDIMS	Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
CPAA	Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Admission
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPS	Carte de Professionnel de Santé
CTM	Conciliation des Traitements Médicamenteux
DI	Divergence Intentionnelle
DID	Divergence Intentionnelle Documentée
DIND	Divergence Intentionnelle Non Documentée
DNI	Divergence Non Intentionnelle
DP	Dossier Pharmaceutique
DPI	Dossier Patient Informatisé
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
EPSMAL	Etablissement Public de Santé Mentale de l'Agglomération Lilloise
ETP	Education Thérapeutique du Patient
FFP-CNPP	Fédération Française de Psychiatrie – Conseil National Professionnel de Psychiatrie
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IHI	Institute for Healthcare Improvement
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MMAS	Morisky Medication Adherence Scale
OMA	Ordonnance Médicamenteuse à l'Admission
PCM	Prise en Charge Médicamenteuse
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
RTU	Recommandation Temporaire d'Utilisation
SDRE	Soins à la Demande d'un Représentant de l'Etat
SDT	Soins à la Demande d'un Tiers
SFPC	Société Française de Pharmacie Clinique
SL	Soins Libres
SPI	Soins pour Péril Imminent sans demande d'un tiers
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VHC	Virus de l'Hépatite C

1 Introduction

La Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM) est de plus en plus mise en place au sein des hôpitaux français et étrangers. Cependant, les résultats sont contrastés et semblent dépendre de l'unité d'hospitalisation et de l'organisation déjà en place. Des études ont montré que plus de la moitié des patients conciliés au sein d'une unité de médecine interne avaient une Divergence Non Intentionnelle (DNI) ^{1,2} et que le nombre moyen de DNI était de 0.5 à 1 par patient^{1,3-5}. Mais Boissinot et al⁶ ne retrouvaient que 4% de DNI dans une unité de gériatrie aiguë où les médecins gériatres contactaient systématiquement les médecins traitants à l'entrée des patients. En quelque sorte, une conciliation était déjà effectuée à l'entrée des patients dans l'hôpital. Leurs traitements habituels leur sont demandés aux urgences, dans un processus non formalisé et sans grande exhaustivité. Ainsi, au Centre Hospitalier de Lunéville, seuls 24.1% des patients sortant des urgences ont une juste liste des médicaments pris à domicile. La liste doit donc être ré-établie dans les unités de soins où l'on atteint 81.3% de justes listes⁷. Il y a donc nécessité d'un processus formalisé tel que la CTM pour établir la liste des médicaments pris par le patient avant son entrée à l'hôpital.

Malgré le déploiement de la CTM en France, peu d'études ont été faites sur l'implantation de la CTM dans les établissements psychiatriques et ses particularités⁸⁻¹⁰. Une étude menée en Grande-Bretagne sur les pratiques de CTM dans les centres de santé mentale montrait que 80% des établissements ayant répondu au sondage avaient implanté la CTM mais que peu d'études avaient été faites sur le sujet¹¹. On liste uniquement des études montrant que les DNI concernent en majorité des médicaments somatiques¹². La prise en charge somatique des patients hospitalisés en EPSM est un axe majeur de travail qui a fait l'objet de recommandations de la Fédération Française de Psychiatrie – Conseil National Professionnel de Psychiatrie (FFP-CNPP)¹³. Les soins des patients des hôpitaux psychiatriques se concentrent majoritairement sur la pathologie psychiatrique du patient et négligent trop souvent la santé physique des patients¹⁴⁻²¹. Il a été démontré que les pathologies psychiatriques telles que la schizophrénie étaient des facteurs de risque d'apparition de diabète et de maladies cardio-vasculaires²².

Lors de la mise en place de la CTM dans notre établissement il nous est apparu intéressant d'étudier les particularités liées à la psychiatrie que ce soit pour l'équipe pharmaceutique et les équipes de soins.

2 Mise en place de l'activité

2.1 Description de la sectorisation en psychiatrie et de l'Etablissement Public de Santé Mentale de l'Agglomération Lilloise (EPSMAL)

L'organisation de la psychiatrie en secteurs de psychiatrie générale et secteurs de psychiatrie infanto-juvénile a été mise en place par la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales²³. Elle permet une dispense des soins dans une aire géographique de proximité par rapport au domicile du patient et favorise la désinstitutionalisation des patients souffrant de maladies mentales.

L'EPSMAL est un établissement public de santé mentale situé à Saint-André-lez-Lille. Il comporte 8 secteurs de psychiatrie générale, 4 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et un inter-secteur d'addictologie. Ses capacités de soins pour le secteur sont :

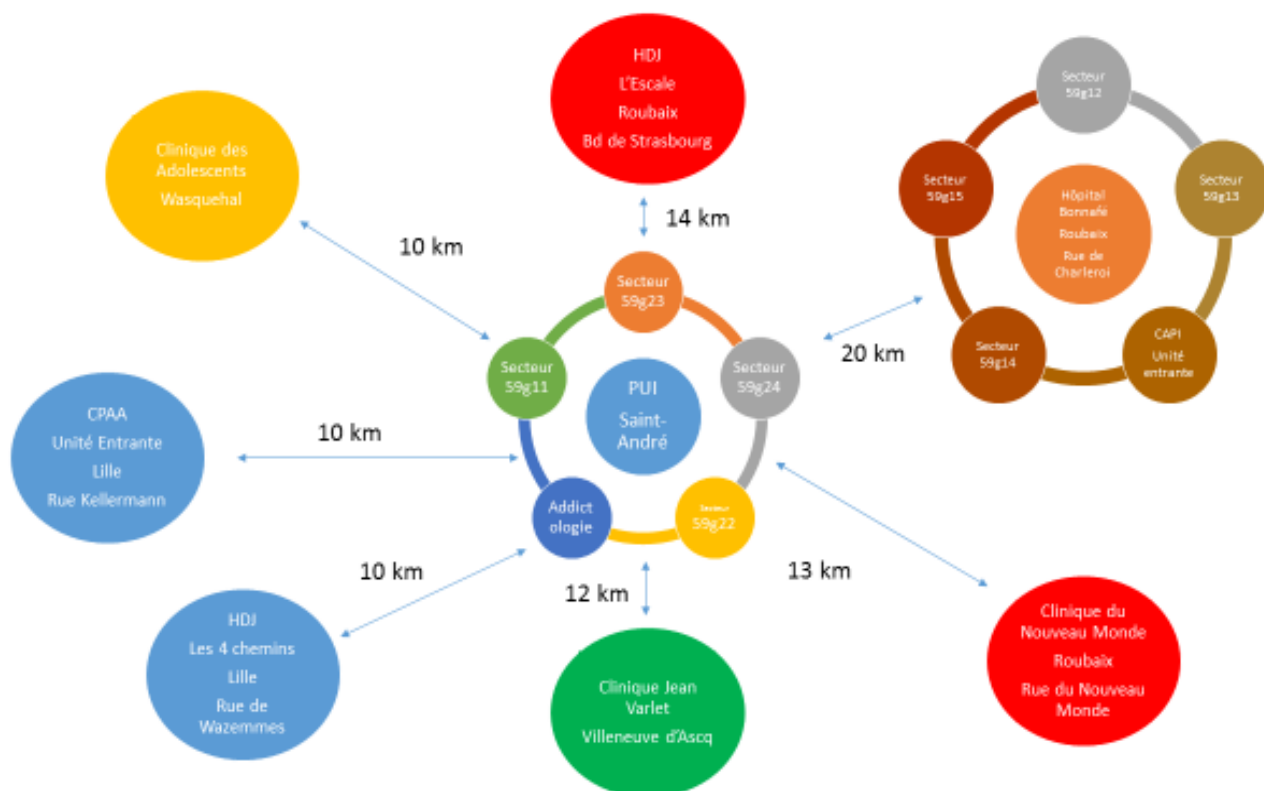
- en hospitalisation temps plein : un total de 332 lits répartis de façon suivante : 125 sur les pôles roubaisiens (situés à 20 km de la pharmacie), 127 sur les pôles lillois, 60 en longs séjours et 20 en addictologie.
- en hospitalisation de jour : 58 places
- en hospitalisation de nuit : 8 places

Ses capacités en soins de psychiatrie infanto-juvénile sont de :

- 9 lits en hospitalisation temps plein
- 64 places en hospitalisation de jour.

L'EPSMAL gère aussi les centres médico-psychologiques (CMP) des secteurs de psychiatrie sous sa responsabilité. Les CMP sont des centres où les psychiatres de l'EPSMAL peuvent suivre en consultation leurs patients en ambulatoire.

Figure 1- Organigramme des différents établissements de l'EPSMAL



2.2 Les modalités d'hospitalisation des patients en psychiatrie en France

Le Code de la Santé Publique définit les modalités de soins en psychiatrie en France. Ces modalités ont été réformées en juillet 2011 et septembre 2013^{24,25}. Elles posent le principe de soins avec consentement et l'exception de soins sans consentement. Quatre modalités d'applications sont ainsi définies, dont trois concernant des soins sans consentement :

- Soins Libre (SL)
- Soins à la Demande d'un Tiers (SDT)
- Soins pour Péril Imminent sans tiers (SPI)
- Soins à la Demande d'un Représentant de l'Etat (SDRE)

Les Soins Libres, avec consentement du patient, doivent rester la règle dans la mesure du possible. On estime que parmi les patients hospitalisés en psychiatrie, 80% le sont en SL²⁶. Les patients en SL ont exactement les mêmes droits que les patients hospitalisés pour toute autre pathologie en MCO, notamment le droit de mettre fin aux soins et de sortir d'hospitalisation.

Le SDT est un soin sans consentement du patient fait à la demande d'un membre de la famille, de l'entourage ou de toute autre personne pouvant justifier de relations avec

le patient préalables à la demande de soins. Le patient doit présenter des troubles mentaux, être dans l'impossibilité de donner son accord et nécessiter des soins immédiats. L'admission nécessite une demande manuscrite du tiers, un certificat médical d'un médecin extérieur à l'établissement et un certificat d'un deuxième médecin pouvant exercer dans l'établissement. Les deux certificats doivent être concordants et faits indépendamment l'un de l'autre.

Le SPI est une modalité de soin établie dans le cas où le consentement d'un tiers n'est pas disponible au moment de l'admission. Le directeur de l'établissement peut décider de l'hospitalisation s'il y a péril imminent pour la santé du patient. Un certificat d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement doit valider l'admission sous contrainte. Le directeur doit contacter la famille, l'entourage ou la tutelle du patient dans les 24 heures après son admission.

Pour l'admission en SDRE, quatre conditions doivent être réunies : la présence de troubles mentaux, l'impossibilité de consentir aux soins, la nécessité de recourir aux soins et l'atteinte à la sûreté des personnes ou à l'ordre public. L'hospitalisation nécessite un arrêté du préfet ou du maire et un certificat d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement.

Les soins sous contraintes (SDT, SPI et SDRE) doivent être levés dès que possible. Un examen somatique doit être effectué dans les 24 heures suivant l'admission et le psychiatre doit établir un certificat justifiant la nécessité ou non de poursuivre les soins sous contrainte.

Dans les 72h de soins sous contraintes, un nouveau certificat doit être établi. Dans le cas d'un SDT en urgence ou d'un SPI, le psychiatre doit être différent de ceux des deux premiers certificats.

Si la poursuite des soins médicaux est décidée au-delà de 72h, un avis motivé déclenche la saisine du Juge des Libertés et de la Détention dans les 8 jours suivant l'admission sous contrainte. Le Juge des Libertés et de la Détention a 12 jours pour se prononcer. Si l'hospitalisation est poursuivie, un certificat de suivi doit être établi tous les mois.

La contrainte des soins peut être levée à tout moment. Il est d'ailleurs recommandé de rechercher le consentement des patients lors des hospitalisations en psychiatrie.

Les patients peuvent bénéficier de permissions de sortie pour favoriser leur guérison, leur réadaptation ou réinsertion sociale ou si des démarches extérieures doivent être faites. Il existe deux modalités de permission :

- Les sorties accompagnées de courte durée : elles durent moins de 12 heures. Pendant toute la durée de la sortie, le patient est accompagné par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement et/ou par un membre de la famille ou par la personne de confiance. Les patients en SDT doivent obtenir l'autorisation du directeur de l'établissement après avis favorable du psychiatre responsable. Le préfet doit être informé 48 heures avant la sortie accompagnée d'un patient en SDRE et peut s'y opposer.
- Les sorties non accompagnées de 48 heures ou plus : elles se font après avis favorable du psychiatre responsable. Pour un SDT, le tiers est informé et peut solliciter une autorisation de sortie sous certaines conditions. Pour un SDRE, le préfet doit être informé 48 heures avant la date de sortie et peut s'y opposer par écrit jusqu'à 12 heures avant la date prévue de sortie²⁶.

2.3 Définition de la Conciliation des Traitements Médicamenteux et cadre réglementaire

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM) comme « *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.* »²⁷

Cette définition de la HAS reprend les termes de l'« Institute for Healthcare Improvement » (IHI) qui définit la CTM comme : « the process of creating the most accurate list possible of all medications a patient is taking – including drug name, dosage, frequency and route – and comparing that list against the admission, transfer, and/or discharge orders. The goal is to ensure that all correct medications are to the patient and to prevent unintended changes or omissions at all transition points »²⁸ (le processus de création de la liste la plus complète possible de tous les médicaments pris par le patient – incluant le nom du médicament, la dose, la fréquence et la voie d'administration – et de la

comparer aux ordonnances d'entrée, de transfert et/ou de sortie. Le but est de s'assurer que tous les médicaments sont bien prescrits au patient et de prévenir les changements ou les omissions non intentionnelles aux points de transition).

L'article 8 de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé indique qu'une étude des risques encourus par les patients lors de la prise en charge médicamenteuse doit être mise en place²⁹. Elle inclut « les risques pouvant aboutir à la survenue d'un évènement indésirable à l'étape de la prescription, y compris la gestion du traitement personnel du patient à l'admission et la prescription de sortie » et « les dispositions prises pour réduire les évènements jugés évitables » avec une attention particulière portée « au traitement personnel du patient et aux transferts du patient au sein de l'établissement ou dans un autre établissement ».

Dans le cadre de la certification v2014, l'EPSMAL a réalisé son compte qualité et le défaut de continuité de traitement entre la ville et l'hôpital a été identifié comme un risque potentiel pour la sécurité du patient. En effet la référence 20 relative à la prise en charge médicamenteuse (PCM) du patient du manuel de certification v2010 revu en janvier 2014 « nécessite de prendre en compte le traitement personnel du patient à l'admission, de documenter l'exhaustivité du traitement médicamenteux lors des transferts et de la sortie et d'établir une coordination efficace avec les professionnels de ville »³⁰. « La mise en place d'une démarche qualité concertée de ce processus systémique complexe, pluri-professionnel, présentant de nombreuses interfaces concourt à la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse évitable ». Le manuel de certification fait ainsi référence à la CTM.

2.4 Présentation de la CTM à l'admission

2.4.1 Les deux méthodes de CTM

Il existe deux méthodes pour effectuer la CTM à l'entrée du patient²⁷:

- La conciliation **proactive** : le **Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO)** est établi avant la rédaction de la première ordonnance à l'entrée du patient appelée **l'Ordonnance Médicale à l'Admission (OMA)**. Le médecin prescripteur peut alors prendre en compte le BMO lors de la rédaction de la première ordonnance. Elle permet de prévenir toute erreur médicamenteuse.

- La conciliation **rétroactive** : le BMO est établi après la rédaction de l'OMA. Elle permet d'intercepter et de corriger les divergences éventuelles entre le BMO et l'ordonnance.

Pour des raisons pratiques, la conciliation rétroactive est la méthode la plus utilisée de CTM à l'entrée. Elle est en effet beaucoup plus facile à mettre en place d'un point de vue organisationnel.

2.4.2 Déroulement général d'une CTM

▪ **Réalisation du BMO**

Le BMO est une synthèse de tous les traitements médicamenteux pris par le patient à domicile au moment de son admission en établissement de santé. Le BMO est obtenu grâce à la consultation de plusieurs sources d'informations (patient, ordonnances, pharmacien de ville, médecin traitant entre autres).

Le BMO est la liste la plus complète possible des médicaments pris par le patient au moment de son admission, à ne pas confondre avec l'historique médicamenteux qui retrace tous les médicaments pris par le patient sur les mois précédents.

▪ **Comparaison du BMO et de l'OMA**

Une fois le BMO établi, il est comparé ligne par ligne avec l'OMA. Sur la fiche de conciliation, il est précisé si la prescription d'un médicament a été Poursuivie, Ajoutée, Modifiée, Suspendue, Arrêtée ou Substituée.

Les écarts entre les lignes de prescription sont repérés et qualifiés de « Divergences ».

▪ **Caractérisation des divergences**

Il existe 3 types de divergences différentes :

- Les **Divergences Intentionnelles Documentées (DID)** : la modification de la ligne de traitement a été volontairement décidée par le médecin prescripteur et notifiée dans le dossier du patient.
- Les **Divergences Intentionnelles Non Documentées (DIND)** : la modification de la ligne de traitement est volontaire mais n'a pas été notifiée dans le dossier. Ces divergences peuvent être à l'origine d'erreurs médicamenteuses.
- Les **Divergences Non Intentionnelles (DNI)** : la modification de la ligne de traitement n'est pas volontaire et résulte souvent d'une

méconnaissance du traitement à domicile du patient de la part du médecin. Il s'agit d'une **erreur médicamenteuse**.

Les DNI sont indiquées au médecin prescripteur qui peut modifier sa prescription le cas échéant.

2.5 Développement de la CTM dans les EPSM et cliniques psychiatriques en France

2.5.1 La CTM en psychiatrie dans la littérature

Bien que la littérature soit abondante sur la conciliation médicamenteuse en MCO, les études centrées sur la conciliation en psychiatrie sont assez rares. Les établissements psychiatriques ne représentaient que 8% des répondants à une enquête nationale de la DGOS sur la mise en place de la conciliation médicamenteuse dans les établissements de santé français³¹.

Quelques posters ont été réalisés sur la conciliation en psychiatrie.

En 2014, le CH de Villejuif s'est intéressé aux contraintes rencontrées lors de la conciliation en psychiatrie. Il en a résulté que les contraintes liées au contexte de la psychiatrie (rupture de soins, défaut de communication, rupture familiale et sociale) peuvent être contournées grâce à la multiplicité des sources d'informations. Par contre les difficultés non liées au contexte psychiatrique (effectif de la pharmacie limité, professionnels de ville non joignables) étaient plus nombreuses¹⁰.

L'EPSM de Caen a effectué plusieurs études sur la conciliation en psychiatrie. La CTM à l'admission a été mise en place en 2012 et s'est étendue à tous les patients en 2016. La CTM est effectuée par les étudiants en pharmacie (externes). Seulement 67% des patients conciliés ont été vus en entretien. Sur les 398 patients conciliés, 63 erreurs concernant au total 34 patients ont été retrouvées. Les erreurs concernaient autant les médicaments de psychiatrie que les médicaments somatiques (53% vs 47%)^{32,33}.

L'EPSM Lille Métropole a aussi mis en place la conciliation en 2014 sur quatre unités d'hospitalisation. Lors de la mise en place, il n'y a pas eu d'entretiens avec les patients, la pharmacie de ville était peu consultée (5%) et les sources d'information principales étaient surtout le médecin traitant (35%) et le Dossier Patient Informatisé (DPI). Seules 36% des DNI étaient modifiées par le médecin après la CTM¹².

Fin 2015, une nouvelle organisation de la CTM à l'EPSM Lille Métropole a permis d'augmenter à 93% le taux de modification des erreurs par les médecins après la CTM. Le pharmacien d'officine est désormais la source d'information principale et le patient est directement consulté dans 24% des cas⁹.

Sur la conciliation en psychiatrie, on retrouve un travail présenté à Dijon:

- "Conciliation des Traitements Médicamenteux à l'admission des patients: expérimentation en établissement de santé", mai 2016, Marie Noblot-Rossignol³⁴.

L'objectif primaire de cette thèse était de définir le profil type du patient de psychiatrie à concilier en priorité et le moment pour effectuer la conciliation (au niveau du service entrant ou une fois le patient transféré en unité d'hospitalisation). Deux cent patients ont été conciliés. La moyenne d'âge était de 53 ans. Les DNI représentaient 7% des divergences retrouvées et il y avait en moyenne 0.26 DNI par prescription. Ce travail conclut qu'aucun critère de prise en charge psychiatrique (suivi initial, soins sans consentement, première hospitalisation) n'est lié statistiquement au risque de présenter une DNI. A l'inverse, les critères somatiques tels que l'hypertension artérielle, la dysthyroïdie et la prise en charge en Affection Longue Durée (ALD) sont liés à un risque de présenter une DNI.

Un autre travail a été présenté à Grenoble:

- "Conciliation des Traitements Médicamenteux: expérimentation du rapport Med'Rec 2015 de l'HAS dans un établissement psychiatrique", juin 2016, Marine Buiche³⁵.

Le but de cette présentation était de mettre en évidence des axes de mises en œuvre de la CTM en psychiatrie en se basant sur le rapport d'expérimentation Med'Rec 2015 de la HAS²⁷. La moyenne d'âge des patients était de 44.9 ans et la moyenne de DNI par patient était de 0.33. Il s'avère que la moyenne de DNI était de 0.14 par patient de plus de 65 ans, de 0.61 par patient ayant au moins un médicament somatique et de 0.71 par patient ayant au moins 6 médicaments somatiques. A l'issue de cette étude, l'auteur proposait d'ajouter de nouveaux critères d'éligibilité des patients à la CTM spécifiques à la psychiatrie : la présence d'au moins un médicament somatique à l'entrée, une première hospitalisation dans l'établissement psychiatrique et un délai de plus de 6 mois depuis la dernière hospitalisation dans l'établissement. Les freins à la CTM spécifiques à la psychiatrie et identifiés par l'auteur étaient la conciliation dans

les 24h des patients, la conciliation de patients en chambre d'isolement, le cloisonnement entre la prise en charge somatique et psychiatrique et la libre circulation des patients. L'auteur concluait que ces freins spécifiques étaient contournables grâce à la multiplicité des sources et par une réorganisation de la CTM.

Enfin, un troisième travail a été présenté à Bordeaux sur une unité de géro-psycho-geriatrie :

- "La Conciliation des Traitements Médicamenteux en géro-psycho-geriatrie: quelles sources d'information utiliser?" septembre 2014, Mélanie Gérard³⁶.

Devant la littérature et le nombre apparemment limité d'établissements ayant mis en place la conciliation en psychiatrie, nous avons voulu évaluer plus largement l'implantation de la CTM au sein des établissements de psychiatrie français.

2.5.2 Enquête sur le déploiement de la CTM en psychiatrie

En parallèle à l'implantation du processus de CTM dans notre EPSM, nous voulions avoir un aperçu du stade de développement de la CTM au sein de structures psychiatriques comparables à la nôtre. Une feuille de sondage a donc été créée grâce au logiciel GoogleForms® (annexe 1). Nous avons ensuite utilisé les adresses e-mails des différents adhérents du réseau PIC (Pharmaciens Information Communication), un réseau réunissant les pharmaciens des différents établissements français spécialisés en psychiatrie. 28 établissements ont répondu à notre sondage.

Seulement 35.7% des répondants avaient mis en place un processus de CTM au sein de leur EPSM ou équivalent. La CTM était réalisée par l'externe en pharmacie, l'interne en pharmacie ou un pharmacien. Dans 90% des cas, elle était effectuée à l'admission et dans 60% des cas à la sortie. Un seul établissement faisant de la CTM l'avait mise en place lors du transfert du patient. Cela peut s'expliquer par le fait que, les patients étant hospitalisés dans un service en fonction de leur lieu d'habitation principal, les transferts entre services sont rares. Les transferts d'un service à un autre se font souvent lorsque le patient nécessite d'être isolé et que la chambre d'isolement du service n'est pas disponible. Même dans ce cas, le patient continue d'être suivi par l'équipe psychiatrique de son service d'origine.

Dans la majorité des cas, les patients étaient vus dans les 48h suivant leur admission. Dans 70% des cas, la CTM ne concernait qu'un nombre restreint de secteurs pris en

charge par la pharmacie. 77% des établissements répondants devaient, tout comme nous, desservir des secteurs et unités d'hospitalisation éloignés de plus de 1 km de la PUI. 57% de ces EPSM ont mis en place différents moyens pour y effectuer la CTM. Dans la majorité des cas (75%), le conciliateur était présent quelques demi-journées ou quelques jours de la semaine dans le service et effectuait la conciliation à ce moment. Un établissement avait choisi de se faire faxer les ordonnances des patients entrants et de faire la conciliation à distance. 50% des PUI effectuant la CTM ciblaient tous les patients entrant dans le service. Les patients jugés prioritaires étaient les patients âgés de plus de 65 ans, les patients avec des pathologies ciblées (VIH, VHC, diabète) et les patients avec un traitement somatique lourd.

Les obstacles rencontrés pour la mise en place de la CTM dans les EPSM étaient nombreux. Le problème le plus récurrent est un manque de moyens humains : la conciliation est reconnue comme étant une activité chronophage qu'il peut être difficile d'intégrer dans une activité de routine. Le plus souvent, la conciliation est réalisée par l'interne ou l'externe en pharmacie. De ce fait, lorsque le poste n'est pas pourvu, la conciliation n'est plus effectuée au sein de l'établissement. Il y a aussi un manque de moyens matériels pour la communication sécurisée entre les différents intervenants de la CTM. Les difficultés liées aux patients et à leur état sont aussi mentionnées. Enfin, les patients de psychiatrie font l'objet d'une double prise en charge médicale (psychiatrique et somatique). De ce fait, en fonction de la classe du médicament divergent (psychiatrique ou somatique), on devra identifier à quel médecin (psychiatre ou généraliste) il va falloir s'adresser.

3 Matériel et méthode

3.1 Sites de mise en place

Après plusieurs discussions sur le projet de la CTM, le chef de pôle du secteur 59G11, le pharmacien gérant de la PUI et l'interne en Pharmacie se sont réunis le 09 Novembre 2015, pour mettre en place un processus de CTM dans l'unité d'hospitalisation « Charles Baudelaire » constituée de 20 lits. Il s'agit du secteur de psychiatrie 59g11 (Anstaing, Baisieux, Chéreng, Forest-sur-Marque, Gruson, Tressin, Villeneuve d'Ascq, Willems). Une fiche de projet avait auparavant été rédigée et présentée en Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS). Une réunion de présentation en présence de tous les médecins psychiatres du secteur et de l'interne de Médecine Générale a eu lieu le 21 Janvier

2016. Lors de cette réunion, il a été décidé d'élargir le processus de conciliation à la Clinique Jean Varlet, également dépendante du secteur 59G11, avec 24 lits soit un total de 44 lits d'hospitalisation.

3.2 Formulaire de recueil des traitements

Un premier modèle de feuille de recueil des traitements est créé en se basant sur quelques modèles de feuille de CTM déjà existants dans les Centres Hospitaliers de Béthune, Saint-Philibert et Bayeux entre autres. Cette feuille recueille :

- l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance),
- ses allergies, son mode de vie,
- le mode d'hospitalisation (SL, SPI, SDT et SDRE),
- la date d'admission du patient,
- la date de conciliation,
- les nom, adresse et téléphone de la pharmacie de ville,
- les nom, adresse et téléphone du médecin traitant,
- les sources utilisées,
- une évaluation de l'observance par le score MMAS-8 (Morisky Medication Adherence Scale),
- une comparaison du Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO) et de l'Ordonnance Médicamenteuse à l'Admission (OMA),
- les raisons de la non correction des divergences constatées.

Ce modèle a été testé auprès de trois patients de l'unité « Charles Baudelaire ». Après ce test, le score d'observance MMAS-8 (8 questions) a été jugé trop long. Le score MMAS est couramment utilisé pour l'évaluation de l'observance des traitements oraux. Il a été composé par Morisky et al dans une étude menée sur l'hypertension artérielle en 1986³⁷. Le score ne comportait au début que 4 questions (MMAS-4) mais a été modifié en une version à 8 questions en 2001³⁸. Dans notre cas, il a été noté une certaine « fatigabilité » au cours de l'entretien. Le score MMAS-8 a donc été remplacé par le score MMAS-4. Les premiers patients ont pu être conciliés avec ce nouveau modèle à partir du 8 décembre 2015 (cf annexe 2).

3.3 Déroulement d'une conciliation médicamenteuse

Le déroulement d'une conciliation médicamenteuse se fait selon les recommandations de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC)³⁹.

Chaque jour, l'interne repère grâce aux logiciels Pharma® (Computer Engineering) et Crossway® (Société Maincare) les entrées de patient. Il téléphone au service afin de s'assurer que le patient est disponible et apte à participer à l'entretien. Si le patient est disponible, l'interne se rend dans le service. Il se présente alors au patient, vérifie l'identité du patient (demande de nom, prénom et date de naissance), demande son accord pour un entretien, et explique succinctement la démarche de conciliation. Le patient doit ensuite indiquer les médicaments qu'il prenait avant son hospitalisation avec nom, dosage et posologie s'il les connaît. Au vu des antécédents, l'interne aide parfois le patient (ex : avez-vous des médicaments pour votre diabète ?) et demande systématiquement s'il y avait prise de formes autre que des comprimés par voie orale (comme des gouttes dans les yeux, des gouttes dans les oreilles, des patchs, des injections, des pommades...), s'il y avait des médicaments sans ordonnance et/ou des produits de phytothérapie. Il est également demandé au patient s'il a avec lui une ordonnance, des médicaments ramenés de la maison ou une liste personnelle de médicaments. Le nom du médecin traitant est ensuite recherché ainsi que celui de la pharmacie de ville où le patient a l'habitude de s'approvisionner.

Une fois l'entretien terminé, les différentes sources disponibles sont consultées. Pour l'appel téléphonique aux différents professionnels de santé, l'interne vérifie l'identité de son interlocuteur (ex : Bonjour, je suis bien au cabinet du docteur Untel ?), il se présente et nomme l'institution dans laquelle il travaille. Il vérifie si le sujet concilié est bien un patient régulier du cabinet médical ou de la pharmacie et il interroge le médecin/pharmacien sur les derniers médicaments prescrits/dispensés. En cas de réserve du professionnel de santé quant à la divulgation de ces données, l'interne propose d'énumérer les informations sur le traitement qu'il a pu déjà collecter pour que le professionnel confirme ou non les traitements et apporte éventuellement un complément d'information.

Après avoir consulté les différentes sources à disposition, un BMO est établi. Ce BMO est ensuite comparé à l'OMA et les divergences sont notifiées au médecin psychiatre ou à l'interne en psychiatrie pour les médicaments de psychiatrie. Une notification est faite au médecin ou à l'interne généraliste pour les médicaments somatiques. Les divergences sont ensuite classées en différentes catégories :

- Divergence Intentionnelle Documentée (DID)
- Divergence Intentionnelle Non Documentée (DIND)
- Divergence Non Intentionnelle (DNI).

Le médecin a ensuite la possibilité de corriger ou non les DNI constatées. Une copie de la feuille de conciliation est laissée dans le service au niveau du poste infirmier dans un classeur dédié à la CTM et à la disposition des soignants.

3.4 Sources d'information

Le pharmacien conciliateur doit consulter différentes sources d'information, au minimum trois, afin d'obtenir le BMO le plus exhaustif et correct possible³⁹. Les sources utilisées peuvent être les suivantes :

3.4.1 Le patient

L'entretien avec le patient est l'étape préalable principale à toute conciliation médicamenteuse. Le patient peut avoir amené avec lui une ordonnance médicamenteuse, une liste personnelle de médicaments voire son traitement personnel qui sont autant de sources valables pour faire la conciliation. Lorsque l'entretien avec le patient est impossible (refus de communication), l'accès aux autres sources d'information peut s'avérer plus compliqué. C'est en effet grâce au patient que nous obtenons le nom de la pharmacie référente et du médecin traitant³⁶. Une étude menée aux Pays-Bas a montré que l'absence de consultation du patient lors du processus de conciliation ne permet pas d'avoir une vue complète sur les médicaments pris à domicile par le patient⁴⁰. A noter que la plupart du temps, les divergences repérées suite à l'entretien avec le patient concernent des médicaments sans ordonnance ou à impact clinique mineur⁴¹. L'entretien avec le patient est donc une étape incontournable mais les informations recueillies doivent être complétées et vérifiées avec d'autres sources d'informations⁴²⁻⁴⁵.

3.4.2 La personne de confiance

Dans certains cas, le recours à la famille afin d'établir le BMO peut s'avérer utile surtout lorsque c'est un membre de la famille qui gère les prises de médicaments. Cependant, la consultation de la famille ne doit se faire qu'après accord du patient (sauf cas particulier) afin de ne pas rompre le secret médical. Il convient donc, dans le cas où l'entretien avec la famille s'avère nécessaire, de ne communiquer qu'avec la personne de confiance désignée par le patient, qui est au courant de l'hospitalisation en cours.

L'article L1111-6 du Code de la Santé Publique permet à « *Toute personne majeure [de] désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.* »⁴⁶.

La personne de confiance peut être un parent, un proche ou le médecin traitant du patient. Elle doit connaître les volontés du patient, les exprimer pour lui le cas échéant, les respecter mais aussi respecter la vie privée du patient. Elle doit également respecter un devoir de confidentialité.

Les patients exclus du droit de désigner une personne de confiance sont les mineurs (patients n'ayant pas atteint 18 ans révolus) et les patients majeurs sous tutelle.

La désignation d'une personne de confiance n'est pas obligatoire et elle peut être révoquée à tout moment par le patient. Elle doit cependant être systématiquement proposée à tous les patients intégrant un établissement de psychiatrie quel que soit le mode d'hospitalisation (libre ou sous contrainte). Les patients sous contrainte ont les mêmes droits que les patients en soins libres pour la désignation d'une personne de confiance⁴⁷.

Du fait de sa relation privilégiée avec le patient, la personne de confiance peut être une source d'information pour l'établissement du BMO, notamment en cas d'entretien impossible avec le patient.

3.4.3 L'officine de ville

Dans les cas où le patient se rend toujours dans la même pharmacie de ville pour la délivrance de ses médicaments, contacter le pharmacien de l'officine peut s'avérer crucial dans l'établissement du BMO. En effet, la pharmacie est le point où sont rassemblées toutes les informations concernant les médicaments prescrits par le médecin traitant, par les médecins spécialistes et les médicaments sans ordonnances (Over The Counter : OTC) dispensés récemment au patient. Les officines sont toutes

dotées d'un logiciel de gestion où sont conservées les traces de toutes les délivrances de médicament. De plus en plus de pharmacies ont recours au scannage de l'ordonnance et peuvent ainsi nous renseigner sur la posologie des médicaments et la durée de traitement. Des études ont montrées que la pharmacie de ville était la source la plus fiable et la plus disponible lors de l'établissement du BMO^{36,40}. La limite de cette source est que le patient ne se rend pas forcément toujours dans la même pharmacie pour se procurer les médicaments. Il peut donc persister des divergences entre le BMO établi à l'entrée et les médicaments réellement pris par le patient à domicile. Une étude de Jeanpierre et al a permis de montrer que chez une population plutôt âgée (65 ans en moyenne), 61,8 % des patients affirmaient toujours s'approvisionner en médicaments dans la même pharmacie et 30,9 % s'approvisionnent le plus souvent dans la même pharmacie⁴⁸. Chez ce type de population, le pharmacien de ville peut être davantage considéré comme une source fiable pour établir le BMO.

Avant de mettre en place la conciliation, nous avons établi une liste des pharmacies d'officine situées dans le secteur de psychiatrie 59g11. Cette liste comprenait les adresses et numéros de téléphone de toutes les officines afin de pouvoir les contacter plus rapidement.

3.4.4 Le médecin traitant

Depuis le 1^{er} janvier 2006, toute personne de plus de 16 ans doit choisir et déclarer un médecin traitant afin de bénéficier du suivi et de la coordination de leurs soins aux meilleurs taux de remboursements par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Les patients qui n'ont pas de médecin traitant sont moins remboursés⁴⁹⁻⁵¹.

Il a été prouvé que les médecins traitants sont moins disponibles en général que les pharmaciens de ville mais qu'ils font eux aussi partie des sources les plus fiables afin d'obtenir un BMO⁵². Karkov et al ont montré que, bien que les médecins traitants rapportent le moins de divergences par rapport à l'OMA, celles-ci ont toujours un impact clinique significatif sur le patient⁴¹. Cependant, le contact avec les médecins traitants comme source principale peut avoir parfois certaines limites. Exemple : l'exhaustivité des médicaments prescrits par des médecins spécialistes et qui ne sont pas forcément dans les bases de données du médecin traitant.

Nous avons établi la liste des médecins généralistes situés dans le secteur de psychiatrie 59g11. Cette liste comprenait les adresses et numéros de téléphone de leurs cabinets afin de pouvoir les contacter plus rapidement.

3.4.5 Le Dossier Pharmaceutique

Le Dossier Pharmaceutique (DP) a été créé par l'article 25 de la loi du 30 janvier 2007 relative à l'organisation de certaines professions de santé⁵³. Le but du DP est d'éviter les interactions médicamenteuses et les redondances de traitement grâce à la consultation d'un historique de dispensation de médicaments commun à toutes les pharmacies connectées au DP. Les données sont conservées 4 mois pour la plupart des médicaments, 3 ans pour les médicaments biologiques et 23 ans pour les vaccins⁵⁴. Le DP bénéficie aujourd'hui à plus de 33 millions de patients en France. D'après les données de l'Ordre National des Pharmaciens, seulement 226 PUI (8.7% des PUI à l'échelle nationale) y seraient raccordées contre 99.8% des officines⁵⁵. L'utilisation du DP contribuerait à améliorer la prise en charge du patient car il facilite la reconstitution de l'historique médicamenteux. Néanmoins, les études qui ont pu être menées sur l'utilisation du DP par les PUI sont contradictoires. Henry et al ont comparé deux groupes de patients conciliés : ceux avec le DP parmi les sources et ceux sans consultation du DP. 91 % (21) des DNI totales étaient retrouvées dans le groupe de patient « DP » dont 20 grâce au DP confronté à une autre source. 10 (50%) de ces DNI n'ont pu être détectées que grâce à la consultation du DP⁵⁶. Mais une autre étude de Gutermann et al ne montrait pas de différences dans le nombre de DNI détectées et le temps passé à la conciliation entre avant et après l'instauration du DP au niveau de l'hôpital⁵⁷. Le DP avait quand même permis d'augmenter le nombre de sources utilisées pour établir le BMO et donc de consolider les informations recueillies.

Le DP est néanmoins loin d'être exhaustif dans les informations recueillies : il manque certaines informations comme la posologie et la durée du traitement^{56,58,59}. Plusieurs études au niveau international concernant l'utilisation d'un dossier de santé informatisé dans la conciliation médicamenteuse montrent la nécessité de compléter les informations obtenues par une deuxième source⁶⁰⁻⁶⁷.

Le DP peut avoir une importance capitale dans la création du BMO chez les patients qui s'approvisionnent dans différentes officines et pour lesquels il est difficile d'établir un BMO fiable en contactant les pharmaciens de ville⁴⁸.

Malgré tout, à l'hôpital, le gros problème du DP reste son accessibilité qui nécessite aujourd'hui l'utilisation de la carte vitale du patient. Afin de mettre en place le DP, une convention est à signer avec l'Ordre des Pharmaciens. Actuellement, le coût de deux bornes de lecture de carte vitale est de 400€ par an et de 500€ pour l'installation (prix indicatifs février 2016).

Cependant, à partir du 3^e trimestre 2016, une nouvelle version du DP permettrait de le consulter à la PUI sans utiliser la carte vitale du patient. Cette consultation avec dématérialisation de la carte vitale se ferait grâce au logiciel FAST (Fourniture d'un Accès Sécurisé aux Traitements)⁶⁸. Ceci pourrait favoriser l'utilisation du DP en milieu hospitalier. La carte vitale serait lue dans le service d'entrée du patient grâce à une borne mais le DP serait dès lors accessible pendant la totalité du séjour du patient à l'hôpital pour les pharmaciens et les médecins sans avoir à réutiliser la carte vitale du patient.

Compte-tenu de cette évolution, la demande pour l'installation du DP à la PUI a été réalisée auprès du service informatique (projet et budget 2017) pour notre EPSM.

3.4.6 Le Dossier Patient Informatisé (DPI)

A l'EPSMAL, le DPI utilisé est Crossway® (Société Maincare). Il est utilisé dans tous les services de soins pour la gestion des patients, le dossier de soins infirmiers, dont la traçabilité de toutes les transmissions et les observations médicales.

Dans ce DPI, il existe une feuille de traitement d'entrée où sont tracées les observations somatiques.

Il arrive que les internes y annotent les traitements pris à domicile par les patients. Il peut être intéressant pour le pharmacien de lire ces renseignements et de vérifier leur concordance avec l'ordonnance médicale à l'admission dans Pharma®. Il est aussi intéressant de la consulter pour les patients ayant déjà été hospitalisés récemment à l'EPSMAL et pour les patients suivis dans les CMP. En effet, les psychiatres des CMP ont accès à Crossway® et peuvent y laisser leurs observations, notamment les modifications apportées aux traitements.

Le DPI Crossway® peut donc être une source supplémentaire d'information si le médecin a déjà interrogé le patient et tracé les informations recueillies.

3.4.7 Autres sources

D'autres sources peuvent être utilisées selon les circonstances. Dans le cas de patients institutionnalisés ou hébergés au sein de foyers d'accueil ou d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), le traitement n'est pas

géré par le patient lui-même mais par le personnel de l'institution en question. Ces établissements sont des sources fiables aussi bien pour le traitement médicamenteux mais aussi pour la recherche des autres sources d'informations (pharmacie, médecin traitant)³⁶.

Il est possible également que le patient ait été hospitalisé récemment dans un autre établissement de santé ou qu'il en soit transféré directement. Dans ce cas, un courrier de sortie est généralement établi par cet établissement et résume les traitements habituels du patient et les changements qui ont pu y être apportés. Ces courriers sont d'autant plus importants que bien souvent les changements récents ne sont pas encore totalement intégrés par le patient.

3.5 Indicateurs utilisés pour évaluer la CTM

Le SOP (Standard Operating Protocol, protocole opérationnel standardisé) Med'Rec du projet High 5s de l'OMS définit 4 indicateurs permettant l'évaluation et l'expression des résultats du processus de CTM. Ces indicateurs sont appelés MR :

- **MR1** est une mesure du processus qui vise à déterminer le degré d'implantation de la conciliation dans l'établissement et qui évalue si le processus fonctionne comme prévu. Il s'agit du pourcentage des patients ciblés conciliés dans les 24h suivant leur admission. Le projet High 5s fixe un objectif de 100 %. Cet indicateur permet aux équipes chargées de la CTM de mesurer leur capacité à concilier le plus de patients dans les 24h pour intercepter le plus d'erreurs médicamenteuses de façon rapide.
- **MR2** est le nombre moyen de Divergences Intentionnelles Non Documentées par patient. Il s'agit d'un indicateur évaluant l'exhaustivité de la communication entre les prescripteurs, c'est-à-dire de la traçabilité de toute modification de la prescription dans le dossier du patient. Ces DIND peuvent être à la base d'erreurs ou de confusion dans les prescriptions ultérieures. L'objectif de la CTM est de réduire au minimum le nombre de DIND en documentant et traçant les divergences intentionnelles.
- **MR3** est le nombre moyen de Divergences Non Intentionnelles par patient. Il s'agit de la mesure de toutes divergences (omission, ajout, erreurs de dose

ou de posologie) constatées lors de la CTM et non souhaitées par les prescripteurs. Il s'agit d'erreurs médicamenteuses. LA CTM doit permettre de réduire le nombre de DNI, la cible à atteindre étant de 0,3 DNI par patient en moyenne.

- **MR4** est le pourcentage de patients avec au moins une DNI découverte au cours de la CTM. L'objectif est de réduire le pourcentage de patients avec au moins une erreur médicamenteuse.

Les indices MR2, MR3 et MR4 sont à évaluer sur la population de patients vus dans les 24 heures après leur admission. Afin d'avoir une vision d'ensemble sur tous les patients de l'étude, nous avons décidé d'évaluer ces indices sur l'ensemble des patients conciliés.

4 Résultats

4.1 Description de la population

Tableau 1- *Caractéristiques de la population étudiée*

Sexe:	
Homme	36
Femme	39
Ratio H/F	0,92
Âge moyen (ans)	41.08
Mode d'hospitalisation:	
Soins libres	55
Soins à la demande d'un tiers	15
Soins pour péril imminent	5
Soins à la demande d'un représentant de l'Etat	0
Moment de la conciliation:	
Dans les 24h	41
Dans les 48h	11
Dans les 72h	15
Plus de 72h	8
Nombre moyen de lignes à domicile	4,7
Nombre moyen de lignes à l'admission	5,3
Nombre de divergences	272
Nombre de DIND	79
Nombre de DNI	68
Nombre de DNI corrigées	41

De Décembre 2015 à Juin 2016, nous avons pu concilier 75 patients sur le secteur 59g11 : 36 hommes et 39 femmes soit un sex ratio de 0.92. Vingt-neuf patients étaient hospitalisés à la Clinique Jean Varlet et quarante-six au sein du secteur d'hospitalisation "Charles Baudelaire". L'âge moyen était de 41.08 ans. Il était de 38.3

ans pour les patients de Baudelaire et de 45.5 ans pour les patients de la Clinique Jean Varlet. Les patients de plus de 65 ans représentent 6.7% de notre échantillon. Soixante-six patients (88%) ont accepté de participer au processus de CTM, quatre ont refusé l'entretien et 5 patients n'étaient pas interrogeables. Cinquante-cinq patients étaient hospitalisés en SL (73.3%), 15 patients étaient en SDT (20%), 5 patients étaient en SPI (6.7%) et aucun patient n'était en SDRE. L'analyse du détail en fonction du service montre que 100% des patients de la Clinique Jean Varlet et 57% des patients de l'unité Charles Baudelaire étaient en Soins Libres. Les patients en SDT et en SPI étaient tous hospitalisés à Charles Baudelaire.

Le nombre moyen de lignes par patient est de 4.8 ± 3 lignes par patients. Les patients de Baudelaire ont en moyenne 3.9 lignes de traitement par patient et les patients de Jean Varlet ont en moyenne 5.9 lignes de traitement.

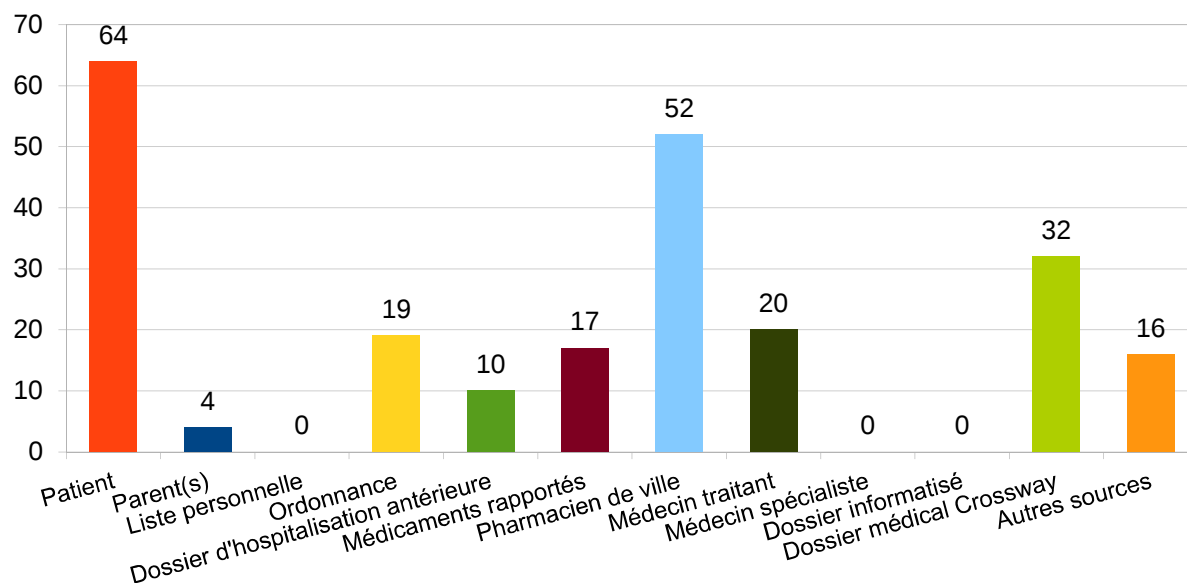
4.2 Sources utilisées

En moyenne, il a été utilisé 3.09 sources par patient pour établir le BMO.

Le patient est la source la plus utilisée : 64 patients (85%) ont pu être vus en entretien dans le cadre de la conciliation médicamenteuse et être utilisés comme source. 2 patients (2.7%) vus en entretien ne savaient pas leur traitement et n'ont pas pu être utilisés comme source. Le taux d'acceptation de l'entretien est de 94.5% chez les patients en SL (52/55), 73% chez les SDT (11/15) et 60% chez les SPI (3/5). Quatre patients ont refusé de participer à l'entretien : 2 patients en SDT, 1 patient en SPI et 1 patient en SL. Il n'a pas été possible de voir 5 patients : 2 patients en SDT, 1 en SPI et 2 en SL.

La pharmacie de ville a participé à la CTM du patient dans 69.3% des cas (52 patients). Les médecins traitants ont pu être contactés pour 20 patients (26%). On note également une bonne utilisation du dossier patient informatisé Crossway®. Pour 4 patients, la personne de confiance a été contactée pour compléter les informations recueillies.

Figure 2 - Sources utilisées pour établir le BMO



4.3 Divergences retrouvées

4.3.1 Indices Med'Rec

L'indice MR1 relatif au pourcentage de patients conciliés dans les 24h était de 54.6%.

L'indice MR2 relatif au nombre moyen de DIND par patient est de 1.09 DIND par patient.

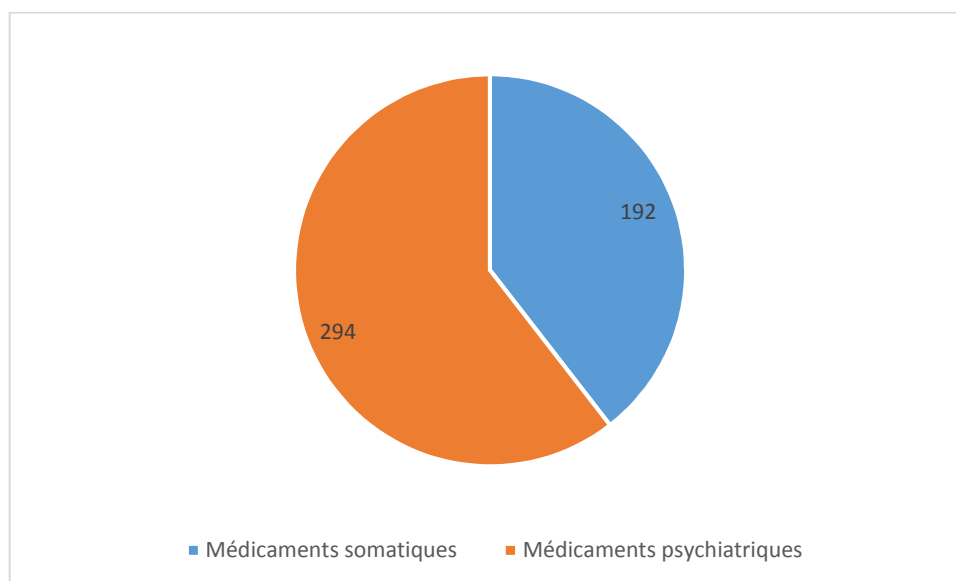
L'indice MR3 relatif au nombre moyen de DNI par patient est de 0.89 DNI par patient.

L'indice MR4 relatif au pourcentage de patient avec au moins 1 DNI découverte lors de la CTM est de 40%.

4.3.2 Caractérisation des divergences

Au total, 486 lignes de prescriptions ont été étudiées. Les médicaments à visée somatique représentaient 39.5% des lignes et les médicaments à visée psychiatrique représentaient 60.5% des lignes étudiées.

Figure 3 - Répartition des lignes de prescriptions en médicaments somatiques et psychiatriques



Sur le total des lignes de prescriptions, 14% présentaient une DNI.

Les divergences concernaient majoritairement des classes ATC de médicaments à visée somatique (67.6 % des cas de DNI) : 14 médicaments du système digestif (20.6%), 11 médicaments du système cardio-vasculaire (16.2%), 5 médicaments de dermatologie (7.3%), 3 médicaments du système génito-urinaire (4.4%), 1 médicament hormonal (hors hormones sexuelles et insuline) (1.5%), 2 médicaments anti-infectieux (2.9%), 2 médicaments du système musculo-squelettique (2.9%, dont le baclofène utilisé dans le cadre de la Recommandation Temporaire d'Utilisation dans le sevrage alcoolique) et 8 médicaments du système respiratoire (11.8%).

22 DNI concernaient des médicaments du système nerveux (32.3%). Les médicaments de psychiatrie appartiennent à la classe N (système nerveux) de la classification ATC. Sur les 22 DNI concernant des médicaments du système nerveux, 20 DNI concernaient des médicaments de psychiatrie.

On a donc comptabilisé 48 DNI concernant des médicaments somatiques soit 70.6% des DNI et 20 DNI concernant des médicaments de psychiatrie soit 29.4% des DNI.

Figure 4 - Répartition des médicaments concernés par les DNI en fonction de leur classe ATC

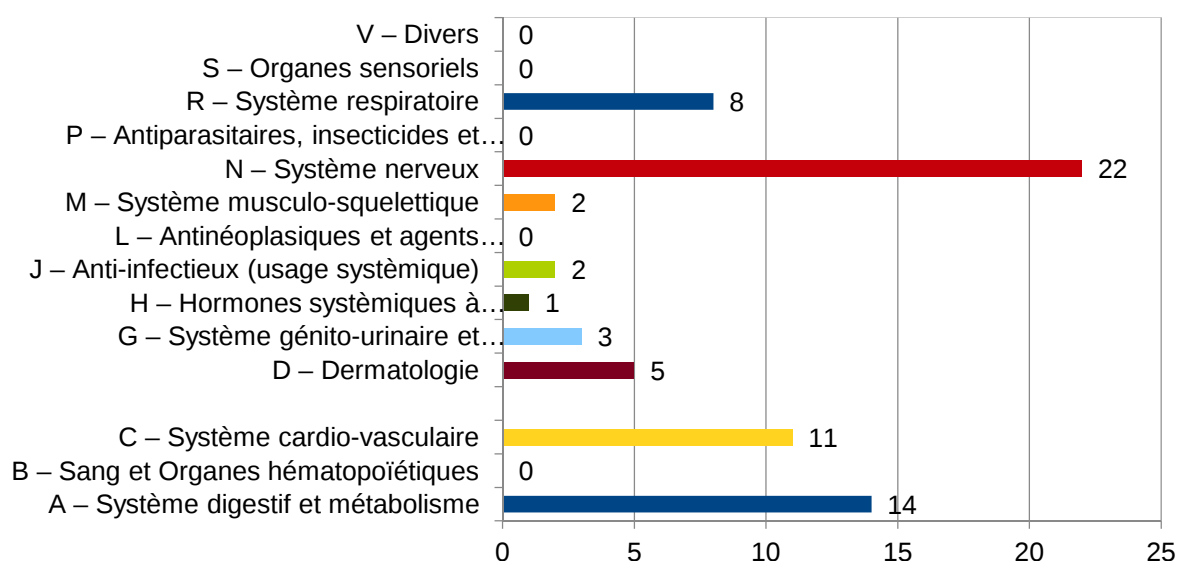
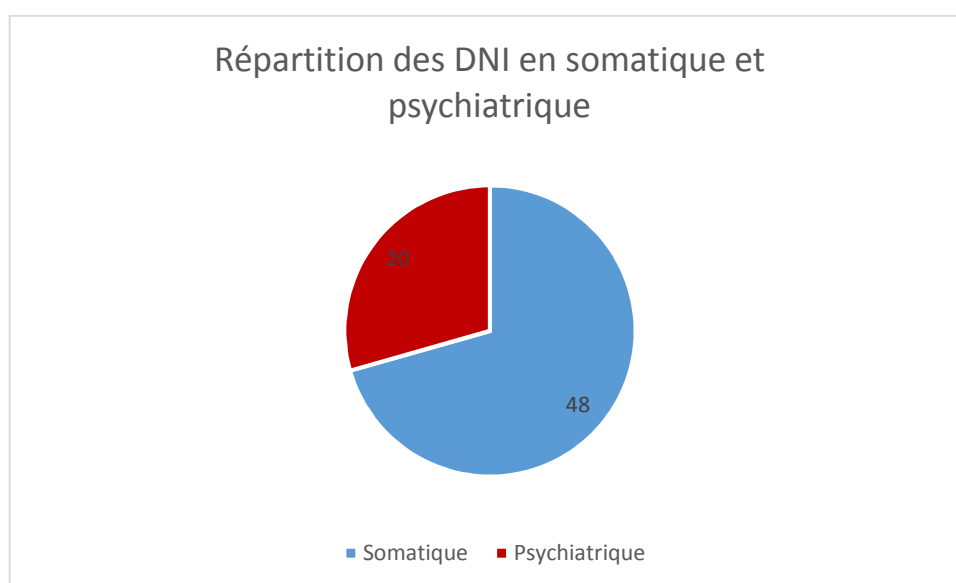
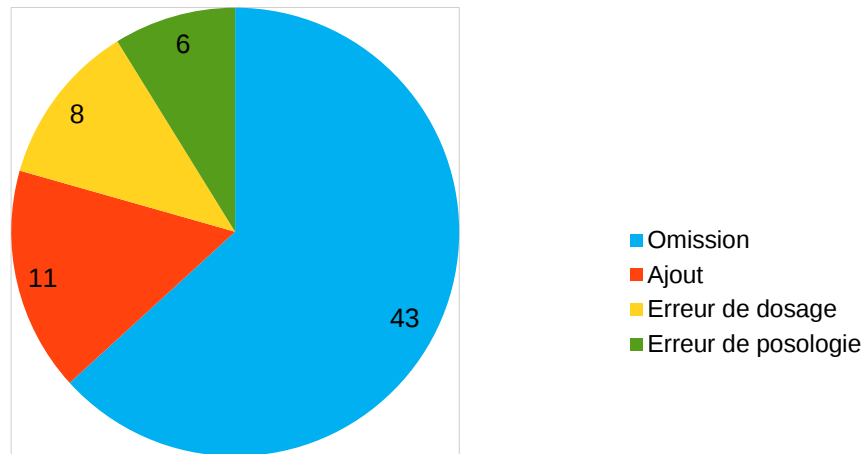


Figure 5 - Répartition des DNI en médicaments somatiques et psychiatriques



La divergence retrouvée majoritairement était l'**omission** d'un traitement dans 43 DNI (63.2% des DNI). Ensuite venaient les **ajouts** (ajout non intentionnel d'un traitement qui n'était ni prescrit ni pris au domicile) avec 11 cas (16.2%), les **erreurs de dosages** (8 cas, 11.8%) et les **erreurs de posologie** (6 cas, 8.8%).

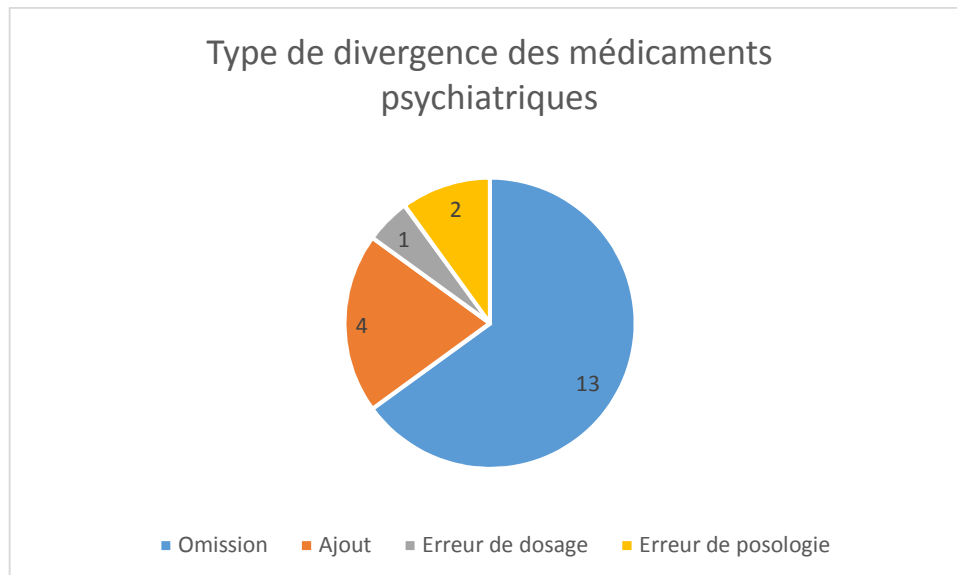
Figure 6 - Classification des DNI constatées



42 DNI sur les 68 constatées ont été corrigées soit un taux de correction de 61.8%.

Parmi les médicaments psychiatriques divergents, 13 (65%) étaient des omissions, 4 (20%) des ajouts, 1 (5%) une erreur de dosage et 2 (10%) des erreurs de posologie. Le taux de correction concernant les DNI des médicaments psychiatriques est de 55% (11/20). En comparaison, le taux de correction concernant les DNI des médicaments somatiques était de 64.6% (31/48).

Figure 7 - Classification des DNI concernant des médicaments psychiatriques



Parmi les patients admis en SL (n=55), 29 (52.7%) avaient au moins 1 DI, 26 (47.2%) avaient au moins 1 DIND et 26 (47.2%) avaient au moins 1 DNI. 4 patients (7.2%) ne présentaient pas de divergences.

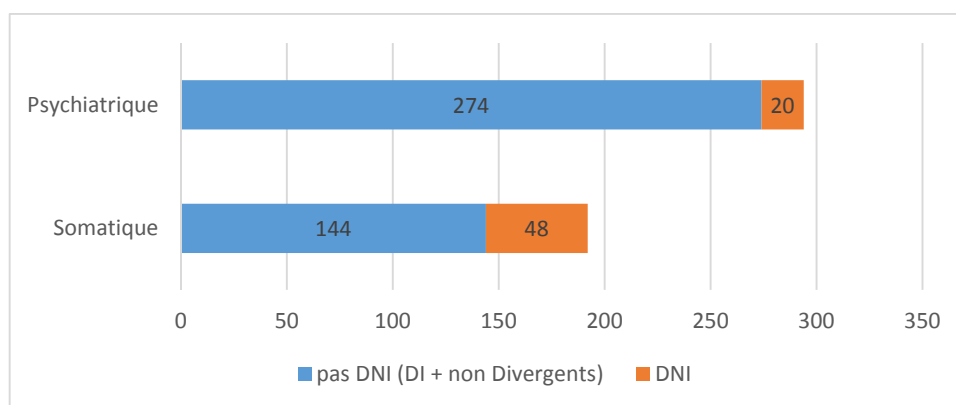
Pour les patients admis en SDT (n=15), 6 (40%) présentaient au moins 1 DI, 8 (53.3%) présentaient au moins 1 DIND et 4 (26%) présentaient au moins 1 DNI. Un patient (6%) ne présentait pas de divergences.

Pour les patients admis en SPI (n=5), 4 (80%) présentaient au moins 1 DI et 1 (20%) présentait au moins 1 DIND. Aucun des patients ne présentait de DNI.

4.3.3 Test statistique

Devant la différence du nombre de lignes de médicaments somatiques et de médicaments psychiatriques (192 lignes somatiques et 294 lignes psychiatriques), nous avons effectué un test statistique pour définir si la différence de proportion entre les médicaments somatiques et psychiatriques retrouvés comme DNI était significative.

Figure 8 - Répartition des médicaments somatiques et psychiatriques en DNI et non DNI

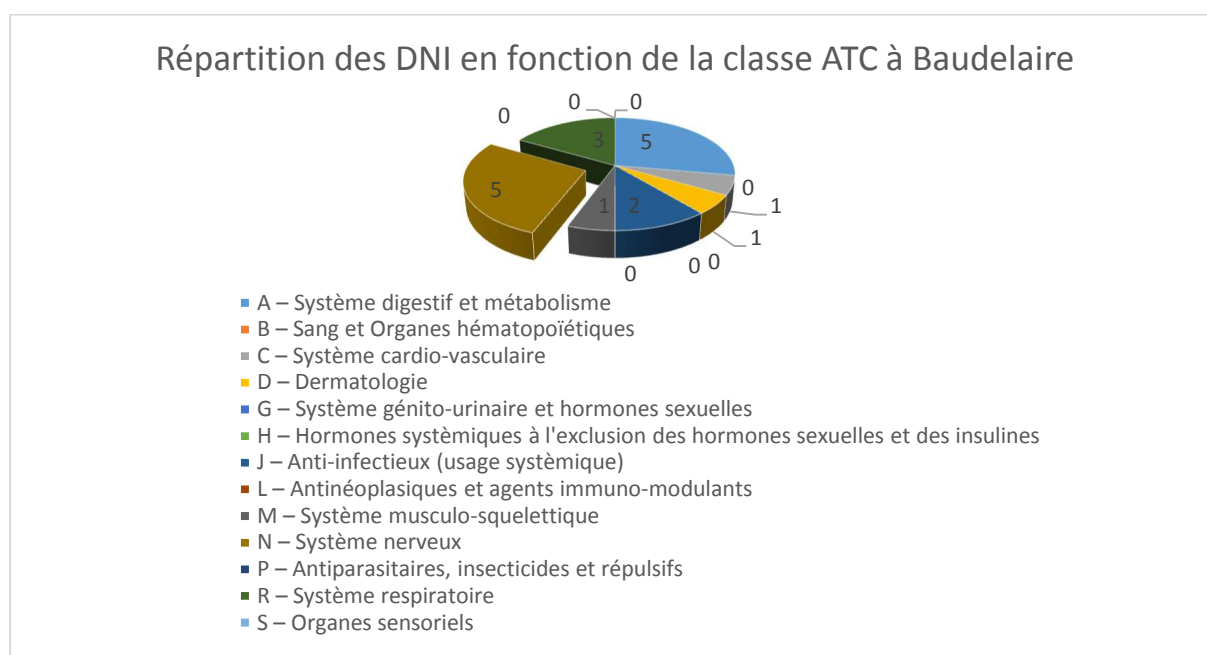


Un test du Khi 2 a permis de caractériser la différence de proportion entre les médicaments somatiques et les médicaments psychiatriques dans les DNI comme très significative ($p < 0.01$, $\text{Khi}^2 = 31.96$, $\text{ddl} = 1$).

4.3.4 Détails des deux unités de soins étudiées

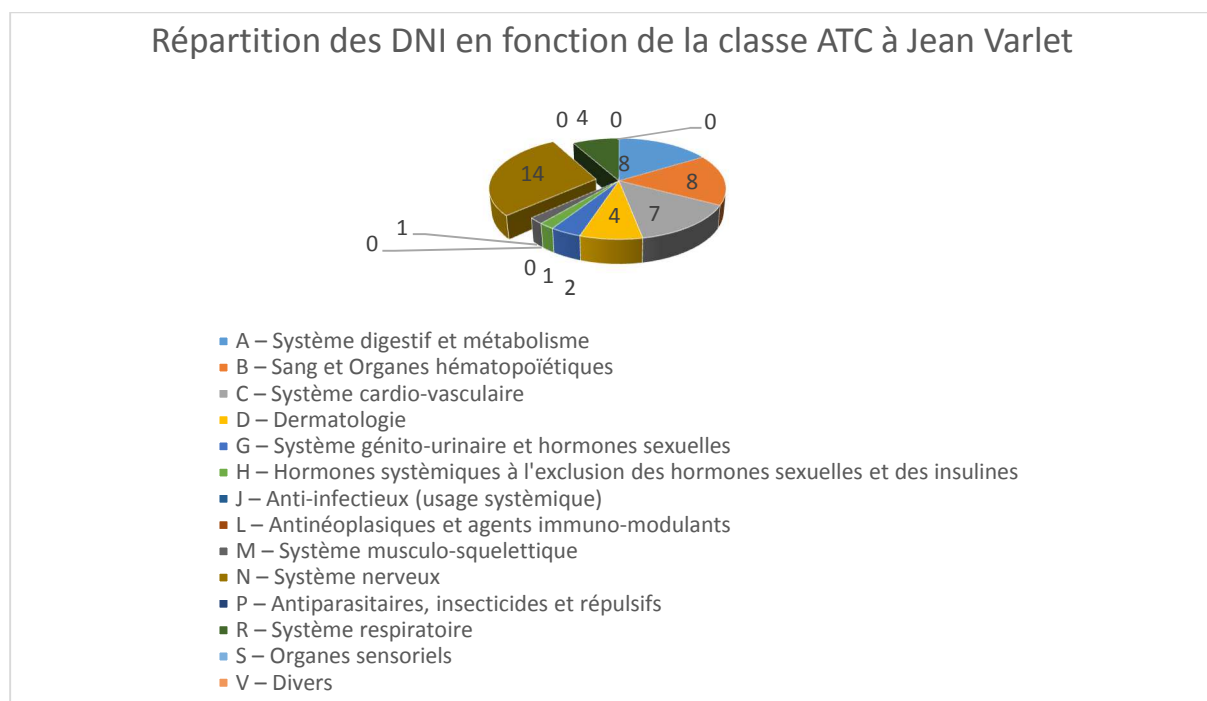
Pour les patients conciliés dans l'unité Baudelaire, 18 DNI ont été retrouvées. 5 DNI (27.8%) concernaient des médicaments de psychiatrie et 13 DNI (73.2%) concernaient des médicaments somatiques. 40% des DNI psychiatriques et 53.8% des DNI somatiques ont été corrigées.

Figure 9 - Répartition des DNI en fonction de la classe ATC dans l'unité Baudelaire



Pour les patients conciliés à la Clinique Jean Varlet, 37 DNI ont été retrouvées. 12 DNI (32.4%) concernaient des médicaments de psychiatrie et 25 DNI (67.6%) concernaient des médicaments somatiques. 75% des DNI psychiatriques et 60% des DNI somatiques ont été corrigées suite à la conciliation.

Figure 10 - Répartition des DNI en fonction de la classe ATC à Jean Varlet



5 Discussion

5.1 Population étudiée

Notre échantillon de patients est assez représentatif des patients suivis en psychiatrie. Il s'agit d'une population plutôt jeune par rapport aux patients rencontrés en MCO. La population est presque paritaire avec un sex ratio de 0.92. La majorité des patients conciliés sont en Soins libres (73%). La Clinique Jean Varlet, structure intersectorielle pour patients anxio-dépressifs, n'autorise que l'hospitalisation des patients en Soins Libres. Les patients candidats à l'entrée dans la clinique sont d'abord reçus en entretien de pré-admission par un psychiatre afin d'évaluer si la structure est adaptée à la pathologie du malade. Dans l'unité d'hospitalisation Charles Baudelaire, la majorité des patients conciliés était hospitalisée en Soins Libres (57%). En effet, l'hospitalisation avec le consentement des patients reste la règle (80% des hospitalisations en France)²⁶. Les psychiatres essaient le plus souvent possible d'obtenir le consentement du patient pour une hospitalisation. Les hospitalisations sans consentement (SDT, SPI et SDRE) sont beaucoup plus contraignantes pour les patients et les psychiatres avec les différents certificats et autorisations à obtenir. De plus, un sujet hospitalisé sous contrainte présente un risque plus important qu'un sujet consentant à l'hospitalisation de ne pas se montrer compliant envers les soins.

La population étudiée a une moyenne d'âge au moment de la conciliation de 41 ans. Le nombre moyen de lignes de traitement à domicile par patient est de 4.8 ± 3 lignes. Ces données sont assez semblables à celles obtenues par l'EPSM de Caen (âge moyen: 47 ans; nombre moyen de médicaments à domicile: 3.81) et par le CHS de la Savoie (âge moyen: 47.9 ans)^{69,70}. Ces chiffres montrent déjà une différence avec la population la plus souvent étudiée dans la littérature concernant la CTM en hôpital MCO. Dans ces études, les patients étudiés sont les sujets de plus de 65 ans et ont entre 7 et 8 lignes de traitement à domicile (Doerper et al: 81.8 ans, 8 médicaments/patient ; Pérennes et al: 78 ans, 7 ± 2.9 médicaments/patient)^{3,7}. La population de plus de 65 ans est la plus étudiée car elle présente un plus gros risque de survenue d'erreurs médicamenteuses. Elle a été la cible privilégiée du projet High 5's de l'OMS qui a demandé la mise en place de la CTM au sein des hôpitaux français²⁷.

On remarque que les patients de Jean Varlet ont tendance à avoir plus de médicaments prescrits à domicile que ceux hospitalisés à Charles Baudelaire.

5.2 Sources utilisées

5.2.1 Le patient

64 patients sur les 75 de notre étude, soit 85% des patients, ont pu être utilisés comme source lors du processus de la CTM. Un taux d'acceptation plus élevé avait été retrouvé lors d'une étude sur la conciliation en psychiatrie au CHS de la Savoie (91% des patients avaient accepté l'entretien)⁷⁰. Nous avons pu voir que le taux d'acceptation était plus élevé chez les patients en Soins Libres (94.5%) que chez les patients en SDT (73%) et les patients en SPI (60%). Bien que les échantillons soient de petites tailles, on peut estimer qu'un patient admis sous contrainte peut être dans un état psychique incompatible avec la possibilité de participer à un entretien dans les premiers jours de son hospitalisation (état de crise, paranoïa, non reconnaissance de sa pathologie, incohérence des idées). Dans ces cas-là, le recours à d'autres sources d'information (médecin, établissement de transfert, foyer) est indispensable. Malgré cela, la majorité des patients hospitalisés en psychiatrie sont en SL et sont autant aptes à participer à un entretien qu'un patient en MCO. De ce fait, la pathologie psychiatrique du patient n'a que rarement été un problème dans le processus de CTM. Ceci reste à pondérer car le patient de psychiatrie peut ne pas toujours être très fiable lorsqu'il fournit des informations sur son traitement médicamenteux. Un déni de la maladie et l'opposition générale au médicament sont les facteurs de non observance majeurs chez les patients schizophrènes⁷¹.

La fiabilité des réponses données par les patients de psychiatrie peut donc être remise parfois en cause. Elle n'a pas été évaluée dans notre étude. Il convient donc toujours de confirmer les médicaments pris au domicile par d'autres sources, comme dans les hôpitaux MCO.

Une étude de Bouwmans et al a étudié la fiabilité d'un questionnaire rempli par des patients de psychiatrie en ambulatoire. Ce questionnaire s'intéressait à l'impact économique des soins et le patient devait y renseigner les médicaments pris et ses absences au travail. La fiabilité était mesurée par la méthode du test-retest : le questionnaire était rempli une première fois puis renvoyé une deuxième fois à une sous-population de patients deux semaines après. Les réponses étaient comparées entre le test et le retest. Le taux de concordance était très bon (82% à 99%) pour la partie concernant les médicaments. Cependant, l'étude de fiabilité a été faite sur une petite sous-population et a eu un taux de réponse faible (61.8%). 10% des retests n'ont

pas pu être utilisés car renvoyés tardivement et les patients concernés par l'étude avaient des troubles psychiatriques modérés et étaient vus en ambulatoire⁷². Notre étude concernant des patients hospitalisés avec des troubles psychiatriques plus lourds, nous ne pouvons pas généraliser ces résultats à notre échantillon.

5.2.2 La personne de confiance

Dans notre étude, nous n'avons consulté la personne de confiance que pour 4 patients. Ces patients avaient tous accepté l'entretien mais ils présentaient des problèmes pour se rappeler leurs traitements ou le nom de la pharmacie. Cela a nécessité de faire appel à la personne de confiance pour pouvoir compléter le BMO.

Le recours à la personne de confiance est cependant resté marginal dans notre étude.

5.2.3 La pharmacie de ville

La pharmacie de ville a été l'une des sources les plus utilisées dans cette étude afin d'établir le BMO des patients conciliés. Elle a pu être consultée dans 69.3% des cas. Pour les patients ayant refusé l'entretien ou n'ayant pas pu y participer, l'identification de la pharmacie habituelle était bien souvent impossible, les patients en soins sous contrainte ne rapportant pas d'ordonnance.

Pour certains patients ayant accepté l'entretien, l'identification de leur pharmacie de référence s'est avérée difficile. Certains patients n'avaient pas vraiment de pharmacie attitrée et allaient souvent dans différentes officines. Nous nous sommes contentés de ne pas contacter plus de deux pharmacies par patient. Dans le cas où le patient allait dans différentes officines, il lui était demandé dans laquelle il s'était rendu le plus récemment. Pour quelques patients plutôt jeunes et sans comorbidités, il s'agissait d'un premier contact en psychiatrie. Ils n'avaient donc pas de pharmacie habituelle au moment de la CTM et souvent pas de traitements chroniques à domicile.

Pour le reste des patients, la pharmacie était identifiable avec plus ou moins de difficultés. Les personnes se souviennent souvent peu du nom de leur officine. Pour obtenir l'adresse et le numéro de l'officine, nous avons cherché à consulter une ordonnance tamponnée ramenée par le patient ou à aider le patient à la situer géographiquement (ville, rue, établissements et commerces aux alentours) puis il a

fallu chercher ensuite sur internet. La recherche de l'officine s'est parfois avérée chronophage.

Dans cette étude, les pharmacies ont été contactées par téléphone après leur identification par le patient. L'interne se présentait et s'assurait que le patient était bien venu récemment dans cette officine. Il expliquait succinctement la démarche de CTM et demandait quels médicaments avaient été dispensés récemment au patient.

Le contact par téléphone pose le souci de la confidentialité des données du patient, le pharmacien de ville ne pouvant pas vérifier l'identité de son interlocuteur. Dans un cas seulement, le pharmacien d'officine a pu identifier que l'appel venait bien de l'EPSMAL grâce à un dispositif d'affichage du numéro de téléphone, mais l'identité de l'appelant n'est toujours pas vérifiable. De plus, les pharmaciens de ville sont encore peu habitués à être sollicités lors de l'hospitalisation d'un de leurs patients contrairement aux médecins traitants. Un travail effectué en 2015 au CHRU de Lille sur la communication entre l'hôpital et la ville à la sortie des patients d'hospitalisation montre que les pharmaciens de ville sont très sensibles au problème de la confidentialité des informations médicales transmises par téléphone. Ce travail montre aussi que, bien qu'étant de plus en plus sollicités dans le contexte de la CTM, peu de pharmaciens d'officine connaissent le concept de la conciliation médicamenteuse⁷³.

La communication entre l'hôpital et les pharmacies de ville est un processus récent et en cours de développement. De ce fait, certains pharmaciens peuvent se montrer encore réticents à communiquer par téléphone des données confidentielles relatives aux traitements de leurs patients. En cas de réticence du pharmacien pour communiquer les traitements, l'interne lui demandait de confirmer les informations déjà récupérées auprès du patient et d'autres sources, instaurant ainsi un climat de confiance. Il était ensuite demandé au pharmacien de ville d'apporter les précisions nécessaires. Certains hôpitaux conseillent parfois d'envoyer par fax un document à l'en-tête de l'hôpital que le pharmacien peut remplir et renvoyer. Mais là encore, ce moyen de communication n'est pas sécurisé.

Pour assurer une communication sécurisée des données confidentielles entre les différents acteurs de la santé, l'Agence des Systèmes d'Informations Partagés Santé (ASIPS), sous l'autorité du ministère de la Santé, recommande l'utilisation de la messagerie sécurisée de Santé (MS Santé)⁷⁴. MS Santé est validée par les différents ordres de professionnels de la Santé. Cette messagerie permet l'échange de données de manière sécurisée dans un circuit fermé avec des utilisateurs clairement identifiés

et la traçabilité des échanges. Les utilisateurs peuvent se connecter via leur carte professionnelle de santé (CPS) ou grâce à leur nom d'utilisateur et mot de passe. Dans ce dernier cas, un code d'accès à usage unique est envoyé à l'utilisateur qui doit le renseigner informatiquement pour accéder à la messagerie. L'implantation de cette messagerie au sein des établissements publics de santé mais aussi dans les cabinets des médecins libéraux et dans les officines permettrait un échange des données confidentiel et sécurisé.

L'installation de ce système de messagerie sécurisée est en cours au sein de l'EPSMAL (projet du service informatique planifié pour 2017).

5.2.4 Le médecin traitant

Contrairement aux pharmaciens de ville, les médecins traitants sont plus habitués à être contactés par l'hôpital pour obtenir des informations complémentaires concernant les patients. Il n'y a jamais eu de réticences de la part des médecins contactés à fournir les données nécessaires à l'établissement du BMO, après présentation de l'interne en pharmacie. Ce mode de communication reste toutefois non sécurisé pour échanger des données aussi confidentielles.

Ainsi, plusieurs médecins généralistes utilisent déjà une messagerie sécurisée : Apicrypt (environ 38600 utilisateurs libéraux en mai 2016)⁷⁵. Depuis octobre 2015, la nouvelle version d'Apicrypt (Apicrypt2) peut être interopérable avec MS Santé. Ceci permettrait une communication sécurisée et tracée entre les utilisateurs des deux messageries⁷⁶.

5.2.5 Le Dossier Patient Informatisé

On note dans notre étude une bonne utilisation du dossier patient informatisé (DPI) Crossway® comme source d'information. Plusieurs patients vus en conciliation ont des antécédents récents d'hospitalisation à l'EPSMAL ou sont suivis au niveau d'un centre médico-psychologique (CMP) dépendant de l'EPSMAL. Les médecins recevant en consultation les patients au CMP remplissent le DPI et renseignent les modifications de posologie ou de traitement. Cependant, ces données sont souvent très partielles : elles ne concernent que les médicaments de la pathologie psychiatrique. Les modifications effectuées ne sont pas toujours clairement inscrites

(ex: diminution de la posologie). Il convient donc de toujours vérifier avec les autres sources (pharmacien, médecin traitant, patient, courriers) les données renseignées dans notre DPI.

5.2.6 Autres sources

25% des patients avaient ramené une ordonnance manuscrite, 23% avaient rapporté leurs médicaments et 21% avaient une autre source d'information comme un infirmier libéral passant à domicile, une lettre de transfert du foyer d'accueil du patient ou une lettre de transfert ou de sortie d'un autre établissement de santé.

Les médicaments rapportés par le patient ne sont pas considérés comme une source privilégiée dans l'établissement d'un BMO. Cette source ne nous renseigne que sur les noms de médicaments et leur dosage. Il faut toujours une source complémentaire pour confirmer que les médicaments rapportés sont toujours bien pris actuellement, les patients pouvant amener également des médicaments qui ont été arrêtés et pour lesquels ils avaient encore du stock.

Les ordonnances de médicament peuvent être des sources importantes du BMO. Il convient toujours de bien vérifier les dates de prescription et de dispensation pour s'assurer qu'il s'agit toujours d'une ordonnance d'actualité. Rien n'empêche cependant que d'autres médicaments soient prescrits sur une autre ordonnance non rapportée par le patient. Il convient encore une fois de recouper les informations obtenues avec d'autres sources. L'ordonnance est également une source d'information concernant le médecin traitant ou spécialiste, son nom et l'adresse de son cabinet apparaissant dans l'en-tête. Elle est aussi une source d'information sur la pharmacie ayant dispensé les traitements, celle-ci devant tamponner l'ordonnance pour signifier que l'ordonnance a déjà été dispensée et le détail des quantités dispensées est souvent imprimé au dos de l'ordonnance.

Dans certains cas, les patients étaient transférés d'un autre hôpital ou avaient été hospitalisés très récemment. Le patient et les autres sources peuvent ne pas mentionner les nouveaux traitements mis en place par méconnaissance des changements. Les lettres de sortie ou de transfert des hôpitaux sont donc des sources précieuses sur le traitement à prendre actuellement par le patient et sur les raisons de certaines modifications.

5.3 Divergences retrouvées

Nos patients avaient en moyenne 0.89 DNI (indicateur MR3). Cette moyenne est plus élevée que les moyennes retrouvées dans les thèses précédentes sur le sujet (0.23 et 0.3 respectivement), mais elle se rapproche de la valeur moyenne retrouvée par l'ensemble des établissements hospitaliers français ayant participé au SOP Med'Rec du projet High 5's (0.9)^{27,34,35}

L'indice MR4 évaluant la proportion de patients ayant au moins 1 DNI est de 40%. Ce taux élevé montre l'intérêt et la nécessité de mettre en place une démarche de conciliation médicamenteuse dans notre établissement.

On remarque que le type de divergence le plus retrouvé est l'**omission** de traitements médicamenteux. Ce résultat est concordant avec les différentes études menées sur la conciliation, que ce soit en psychiatrie et en MCO^{7,27,34,35}.

L'un de nos objectifs était de voir s'il y avait une différence entre les médicaments à fonction somatique et les médicaments à fonction psychiatrique des patients au niveau des DNI, les patients hospitalisés en psychiatrie faisant l'objet d'une double prise en charge psychiatrique et somatique avec un cloisonnement bien marqué entre les deux spécialités. On remarque que bien que les médicaments somatiques soient en minorité dans les médicaments prescrits et pris par les patients à domicile (39.5%), ils forment la large majorité des médicaments identifiés comme DNI à la suite de la conciliation (70.6%). On peut supposer que cette surreprésentation des médicaments somatiques parmi les DNI serait due à une plus grande attention portée sur l'état psychiatrique et l'historique des médicaments psychiatriques pris par le patient afin de pouvoir adapter au plus vite son traitement et stabiliser son état.

Maintenant, si on étudie les DNI en fonction de la classe ATC des médicaments concernés, on remarque que les médicaments de la classe N (Système nerveux) sont les plus représentés avec 22 DNI dont 20 concernant des médicaments psychiatriques. Cette forte représentation des médicaments psychiatriques par rapport aux autres classes ATC de médicaments s'explique par le fait que les médicaments psychiatriques sont rassemblés en une seule classe ATC alors que les médicaments somatiques sont répartis dans les 14 classes ATC de médicaments. Cette surreprésentation s'explique aussi par un plus grand nombre de prescriptions de médicaments psychiatriques que de prescriptions de médicaments somatiques (294 contre 192 soit 60.5% contre 39.5% respectivement). Ce plus grand nombre de

prescription peut entraîner un plus grand nombre d'erreurs de prescription. Les autres classes les plus représentées étaient la classe A (système digestif) et la classe C (système cardiovasculaire). Cette prédominance est comparable aux autres travaux menés sur la CTM en psychiatrie^{34,35}. Elle s'explique par la prescription de médicaments corrigeant les effets indésirables digestifs des neuroleptiques (sécheresse buccale, constipation) et par la présence de plusieurs facteurs de risques cardio-vasculaires chez les patients psychiatriques¹³.

Le taux de correction des DNI concernant des médicaments somatiques dans notre étude est de 64.6%. L'hospitalisation en psychiatrie est aussi pour les patients l'occasion de bénéficier d'un examen somatique complet et d'une mise au point sur les traitements somatiques actuels à laquelle participe la CTM. Ce taux de correction plutôt faible s'explique en partie par l'organisation des deux services de notre EPSM : l'interne de médecine générale se partageant entre des demi-journées à Baudelaire et des demi-journées à Jean Varlet (les deux unités sont gérées par le même secteur 59g11) et le médecin généraliste de Jean Varlet n'étant présent que quelques demi-journées par semaine. Il est ainsi parfois difficile d'avoir une continuité de suivi de la prise en charge somatique du patient. La communication passe par les mémos laissés sur les ordonnances informatiques, la fiche de conciliation laissée dans le dossier du patient et les informations relayées par les équipes soignantes. Elle serait perfectible pour tenter d'obtenir un taux de correction de DNI supérieur.

Le taux de correction des DNI de médicaments psychiatriques est quant à lui de 55%. Chaque patient est sous la responsabilité d'un psychiatre référent qui gère son traitement. Nous avons, dans cette étude, utilisé la communication par e-mail ou par mémos laissés sur l'ordonnance informatique lorsqu'un retour d'information avec le médecin n'était pas possible.

On peut aussi expliquer ce taux de correction plus faible par les adaptations de traitement psychiatrique faites au moment de l'hospitalisation. Les patients sont hospitalisés soit à cause d'une rupture des soins, soit parce que le traitement en cours ne se montre pas ou plus efficace. De ce fait, une divergence au départ non intentionnelle comme une omission d'un traitement peut être laissée car les adaptations de traitement rendent la prise de ce médicament non nécessaire.

Ces taux de correction sont perfectibles et l'organisation de la CTM pourrait être améliorée en travaillant sur la communication et le retour d'information sur les DNI aux différents médecins.

5.4 La CTM en psychiatrie

5.4.1 Différences avec la CTM en MCO

Plusieurs éléments nous démontrent que la CTM en psychiatrie ne peut pas être conduite comme la CTM dans un hôpital MCO.

En psychiatrie, les patients sont libres de se déplacer comme ils le souhaitent au sein de l'unité d'hospitalisation ou à l'extérieur de l'hôpital alors qu'en MCO, les patients restent la majorité du temps alités dans leur chambre. Il peut être moins facile en psychiatrie de localiser le patient.

Les patients en état de crise aiguë, représentant parfois un danger pour les autres et surtout eux-mêmes, peuvent être mis en chambre d'isolement, voire contenus. Cette situation reste exceptionnelle mais quand elle survient, le patient n'est pas visible pour la CTM, ce qui n'arrive pas en MCO.

Les patients de psychiatrie sont également plus jeunes en moyenne que les patients de MCO et présentent moins de comorbidités. Certains peuvent être en rupture de soins ce qui peut rendre plus difficile l'identification des sources tels que la pharmacie de ville de référence ou le médecin.

L'approche du patient en psychiatrie lors de la CTM n'est de plus pas exactement la même selon les modalités de son admission. Les patients en SL seront plus coopérants car en demande de soins. Nous avons vu que les patients en soins sous contrainte, modalité de soins n'existant pas en MCO, ont un taux d'acceptation plus faible. Cependant, la modalité de SL est majoritaire en psychiatrie, les soins sous contrainte devant rester une exception.

La fiabilité des patients de psychiatrie peut également être remise plus facilement en cause par rapport aux patients hospitalisés en MCO. Notre étude n'a pas évalué la fiabilité des entretiens avec le patient. On retrouve en psychiatrie des patients en rupture de soins ou dans le déni de la maladie mais, à notre connaissance, aucune comparaison n'a été faite par rapport à des patients de MCO.

Dans les établissements psychiatriques, les patients sont pris en charge par deux médecins : un psychiatre, qui gère la pathologie psychiatrique, et un somaticien, qui gère les affections et les traitements somatiques du patient. De ce fait, en fonction du médicament concerné par une DNI, le conciliateur doit s'adresser à l'un ou l'autre des médecins. De plus, les médecins doivent souvent gérer des structures externes telles

que les CMP ou les cliniques pour anxio-dépressifs et ne sont pas toujours présents dans les unités de soins ou dans l'établissement de santé, ce qui rend la communication plus difficile.

5.4.2 Les particularités liées à la sectorisation

La première difficulté concernant la mise en place de la CTM dans notre hôpital psychiatrique est liée à l'organisation de l'hôpital en plusieurs sites. La PUI se situe sur le site de Lommelet, à Saint-André-lez-Lille, or plus des deux tiers des lits sont sur Roubaix et Villeneuve d'Ascq. Il a été prouvé qu'il était nécessaire de voir le patient et donc de se rendre dans le service afin de mener à bien un processus de CTM. La conciliation est une activité chronophage qu'il semble donc difficile d'inclure dans les activités de routine de la PUI. Même en ne conciliant que les patients entrants dans les services d'hospitalisation, il sera difficile d'étendre la conciliation aux secteurs d'hospitalisation roubaisiens (secteurs 59g12, 59g13, 59g14 et 59g15) qui sont situés à l'Hôpital Lucien Bonnafé de Roubaix, à 20 km de la PUI.

Cette mise en place de la CTM au secteur 59g11 est un test qui prouve la difficulté de concilier les patients non présents sur le site de Lommelet.

La plupart des PUI interrogées nous font part également d'un manque de moyens humains et matériels, ce qui empêche la mise en place d'un processus de CTM pérenne.

5.4.3 Les particularités liées aux patients de psychiatrie

Une seconde difficulté concernant la mise en place de la CTM en psychiatrie est liée aux particularités de l'hospitalisation en psychiatrie. Il est conseillé d'effectuer la CTM dans les 24h qui suivent l'entrée du patient dans le service.

Notre indice MR1 est de 54.6%. De ce fait, à peine plus de la moitié des patients ont été vus dans les 24h suivant leur entrée dans le service. 14.7% ont été vus dans les 48h, 20% dans les 72h et 10.7% après plus de 72h.

Quatre patients ont refusé de participer à l'entretien de la CTM : 2 patients en SDT, une patiente en SPI (avec qui il y a eu un entretien mais qui refusait de donner le nom

de ses médicaments, de son médecin traitant et de sa pharmacie habituelle) et un patient en SL.

Il a été impossible d'avoir un entretien avec 5 patients : 2 patients en SDT du fait de leur confusion et leur mutisme, 1 patient en SPI et 2 patientes en SL (une patiente en permission et une patiente avec un contexte d'entrée difficile).

Nous avons vu qu'il existe plusieurs modalités de soins en psychiatrie :

- Soins Libres (SL) : les patients sont hospitalisés de leur plein gré. Il est attendu qu'ils soient plus enclins à participer à la CTM.
- Soins à la Demande d'un Tiers (SDT), Soins pour Péril Imminent (SPI) et Soins à la Demande d'un Représentant de l'Etat (SDRE) : le patient n'est pas là de son plein gré et peut se montrer réticent pour participer à la CTM. Le patient a également plus de risques d'être en état de crise, d'agitation au début de l'hospitalisation et ne pas être disponible pour l'entretien les premiers jours de l'hospitalisation. Le pharmacien peut pour ces patients être amené à effectuer la CTM plus de 24 heures après l'admission du patient, ce qui peut influencer sur la qualité du BMO.

Les patients de psychiatrie bénéficient de permissions de sorties comme nous l'avons vu précédemment afin de favoriser leur guérison et leur permettre d'effectuer différentes démarches. Ces sorties peuvent retarder la CTM du patient. Dans notre étude, une seule patiente, en SL, n'a pas pu être conciliée car elle était en permission de sortie.

Nous avons également vu qu'il arrive quelque fois que le patient se trouve en "isolement" ou en "contention" notamment en début de séjour, lors d'épisodes de crises aiguës. Il est alors impossible de voir le patient pour mener à bien un entretien dans le cadre de la CTM. Les patients peuvent également être trop sédatés après un état d'agitation aiguë à l'admission, ce qui peut altérer le souvenir de leur traitement antérieur lors de l'entretien.

La fiabilité des données apportées par le patient peut également être parfois discutée. Les patients délirants, schizophrènes peuvent très bien minimiser le nombre de médicaments pris ou mentir sur leur traitement actuel car ils ne le considèrent pas efficace, ou refusent de se croire malade, et donc ne voient pas l'utilité des traitements. Ce problème est bien connu des pharmaciens qui font de l'éducation thérapeutique du

patient (ETP). Ainsi, deux patients ont refusé l'entretien en arguant ne pas avoir de traitements. Les deux patients étaient connus du service et en rupture de soins.

D'autres patients peuvent au contraire augmenter les doses ou le nombre de prises de certains médicaments stupéfiants ou antalgiques. Dans toute CTM de patients psychiatriques, il semble donc encore plus primordial de consulter plusieurs sources afin d'établir le BMO, le but étant non seulement de vérifier qu'aucun médicament n'a été omis mais aussi de confirmer les dires du patient.

5.4.4 La prise en charge somatique en psychiatrie

La prise en charge somatique des patients de psychiatrie doit être améliorée dans les hôpitaux psychiatriques.

Les patients de psychiatrie, notamment les patients souffrant de troubles schizophréniques, ont une incidence plus élevée de maladies cardio-vasculaires et de syndromes métaboliques¹⁵. Cette incidence plus élevée explique notamment pourquoi les patients schizophrènes ont en moyenne une durée de vie inférieure de 10 ans par rapport au reste de la population¹⁷. Cela est dû à plusieurs facteurs : la pathologie psychiatrique, les traitements antipsychotiques et antidépresseurs et les comportements à risque souvent présents chez ces patients (mauvaises habitudes alimentaires, conduites sexuelles à risque, tentatives d'autolyse, usage de stupéfiants...) ²⁰.

La prise en charge somatique peut aussi être retardée par une difficulté d'interprétation des symptômes par le praticien. En effet, beaucoup de patients de psychiatrie ont des plaintes somatiques qui sont rattachées à une origine psychogène (somatisation, douleur, anxiété, troubles psychosomatiques)⁷⁷⁻⁷⁹. Cela peut parfois rendre l'examen clinique et l'interprétation de cet examen difficile pour le praticien.

Les traitements psychiatriques (antipsychotiques, antidépresseurs, normothymiques) ont des conséquences somatiques prouvées : allongement de l'espace QT corrigé et troubles du rythme cardiaque avec plusieurs neuroleptiques, prise de poids, hypothyroïdie sous lithium pour n'en citer que quelques-uns^{13,80,81}.

L'hospitalisation en hôpital psychiatrique est l'occasion de faire un bilan somatique de patients souvent en rupture de soins ou inattentifs au suivi médical.

Le problème des soins somatiques dans les établissements psychiatriques est connu et fait l'objet d'une recherche constante d'amélioration par les établissements de psychiatrie. La présence de spécialistes du somatique au sein de centres de psychiatrie a commencé il y a 25 ans avec un service de médecine interne intégrant un CHS⁸² puis la présence de médecins généraux s'est progressivement établie⁸³. En 2002, à la suite des premières journées nationales sur les soins somatiques en santé mentale, l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale (ANP3SM) a été créée afin de promouvoir les soins somatiques et les équipes de soins somatiques dans les établissements de santé mentale⁸⁴.

La fédération française de psychiatrie a publié des recommandations concernant le suivi somatique pour les patients souffrant de troubles schizophrènes et de troubles bipolaires. Ces recommandations se focalisent essentiellement sur la détection et la prévention des facteurs de risque cardio-vasculaires chez ces patients ainsi que sur les effets indésirables des traitements antipsychotiques (allongement QTc, syndrome métabolique)¹³.

Le dernier manuel de certification v2014 a édicté des critères au profit des patients hospitalisés en psychiatrie (item 17b) :

- un examen somatique doit toujours être réalisé, notamment à l'admission d'un malade
- un projet de prise en charge somatique doit être formalisé
- un suivi somatique du patient doit être organisé tout au long de la prise en charge³⁰.

A l'EPSMAL, chaque service d'hospitalisation accueille un interne de médecine générale chargé de s'occuper des problèmes somatiques des patients sous la supervision de plusieurs assistants généralistes.

A cause de la rupture des soins et du changement de professionnels de santé s'occupant du patient, la CTM peut s'inscrire dans une démarche plus globale d'optimisation de la prise en charge des patients, notamment du point de vue somatique.

5.4.5 Les perspectives d'évolution de la CTM à l'EPSMAL

Pendant la durée de cette étude (décembre 2015 à juin 2016), toutes les entrées de patients au sein du service d'hospitalisation Charles Baudelaire du 59g11 et de la

Clinique Jean Varlet ont bénéficié d'une conciliation d'entrée effectuée par l'interne de pharmacie. Il est évident que pour pérenniser et étendre la CTM dans l'EPSMAL, des modifications au mode opératoire doivent être apportées.

Dans de nombreux hôpitaux, les pharmaciens confient le recueil du BMO aux externes en pharmacie. Cette démarche peut parfois présenter plusieurs limites. Tout d'abord, les externes en pharmacie dans notre académie ne sont présents qu'en début de semaine (lundi, mardi et mercredi matin). Les patients vus par les externes ne peuvent être que les patients entrés le week end et en début de semaine. Les patients entrés les jeudis et vendredis ne peuvent ainsi être vus ou alors seulement à partir du lundi, dépassant largement les 24h recommandées. Il faut également une bonne formation des externes leur expliquant l'importance du recueil du BMO afin de s'assurer de l'optimisation de leur action. Ainsi, les équipes de l'hôpital Antoine Bécclère de Clamart ont vu une augmentation des BMO établis entre 2011 et 2014 mais avec une diminution de leur qualité⁸⁵. Des erreurs liées à la CTM ont été réalisées. Il s'est avéré que les externes en pharmacie n'avaient pas bien évalué l'importance de leur rôle dans la prise en charge du patient. Une formation a donc été mise en place afin d'expliquer pourquoi le recueil du BMO était très important dans la prise en charge des patients de chirurgie et comment les entretiens avec le patient et les différentes sources devaient être effectués. Les externes changeant tous les 3 mois, cette procédure peut s'avérer lourde à renouveler pour les pharmaciens⁸⁶.

Il est en tout cas préférable de notre point de vue que le processus de CTM soit opéré par un pharmacien ou l'interne. En effet, une revue de la littérature de 2015 montre que les conciliations menées par les pharmaciens diminuent le taux de réadmission à l'hôpital et notamment les réadmissions pour cause d'événements indésirables liés aux médicaments⁸⁷.

La conciliation à l'entrée ne semble pas indiquée pour tous les patients entrants dans notre EPSM. Dans le souci d'établir une conciliation de qualité et apporter un bénéfice aux patients et aux soignants en gardant les moyens actuels, il pourrait être judicieux de ne cibler que certains patients. Les facteurs de risque de survenue de divergences non intentionnelles dans les hôpitaux généraux sont l'âge avancé (plus de 65 ans), le nombre de lignes de traitement, le nombre de comorbidités et l'hospitalisation en chirurgie⁸⁸⁻⁹¹. Au sein de notre EPSM, les patients hospitalisés de plus de 65 ans ne représentaient que 7% des hospitalisations en septembre 2014, 10% en septembre 2015 et 11% en juillet 2016 (audits internes) et nous ne disposons évidemment pas de service de chirurgie. De plus, toutes les classes de médicaments peuvent faire l'objet

d'une DNI⁹¹. Il serait donc préférable pour l'EPSMAL de prioriser les patients avec une comorbidité associée à leur pathologie psychiatrique ou de cibler les patients souffrant de certaines pathologies (diabète, VIH, VHC, polyarthrite rhumatoïde, cancer) comme cela a été fait par exemple à l'hôpital Antoine Béclère⁸⁶.

Afin d'évaluer la proportion de patients ayant trois médicaments somatiques prescrits ou plus, nous avons étudié les ordonnances de tous les patients présents un jour donné dans les unités d'hospitalisation de l'EPSMAL. Cette étude a montré que sur 255 patients hospitalisés, 94 patients avaient trois médicaments somatiques ou plus, soit 37% des patients hospitalisés ce jour-là. 21 patients (8%) avaient même plus de 6 médicaments somatiques. Cette étude nous montre que la proportion de patients sous traitement somatique lourd n'est pas négligeable et que le nombre de médicaments somatiques prescrits à l'entrée doit faire partie des critères de sélection des patients pour la CTM à l'entrée. Ce sont ces nouveaux patients avec de lourds traitements somatiques qui seront désormais tous conciliés à l'EPSMAL.

Puis, une prochaine étape de développement de la CTM à l'EPSMAL sera l'implantation de la CTM de sortie. Cette implantation sera facilitée par l'utilisation d'une nouvelle version du logiciel de gestion et de prescription Pharma®. La dernière version permet l'impression d'ordonnances de sortie et inclut un module permettant d'effectuer la CTM à l'entrée et à la sortie. Il est prévu de tester ce module dès installation.

6 Conclusion

Ce travail sur les particularités de la CTM en psychiatrie a permis de mettre en valeur l'approche particulière du patient de psychiatrie. Il a révélé tous les points suivants :

- Les particularités organisationnelles et juridiques qui existent par rapport à l'hospitalisation en MCO ;
- La sectorisation et l'éloignement en sites géographiques délocalisés ;
- La prise en charge du patient par deux spécialistes : le psychiatre et le somaticien ;
- Les différentes modalités d'hospitalisation en psychiatrie et les droits des patients ;
- Les patients plus jeunes qu'en MCO ;
- Les DNI plus courantes avec les traitements somatiques, la prise en charge somatique étant devenue une préoccupation importante de l'hospitalisation en psychiatrie.

Un travail sur les moyens de communication avec les praticiens doit également être envisagé pour permettre une correction optimisée des erreurs constatées.

Ce travail était également très intéressant humainement parlant du fait du contact avec les patients.

La mise en place de la CTM en psychiatrie est donc tout à fait possible mais elle doit faire l'objet d'attentions envers ces particularités et être mise en place avec les moyens dont disposent les PUI.

7 Bibliographie

1. Cornish, P. L., Knowles, S. R., Marchesano, R., *et al.* Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch. Intern. Med.* **165**, 424–429 (2005).
2. Fummi, C., Brunschweiler, B. & Vacher, H. Conciliation médicamenteuse à l'admission du patient dans une unité de chirurgie orthopédique septique: une étude menée sur six mois. *J. Pharm. Clin.* **34**, 185–91 (2015).
3. Pérennes, M., Carde, A., Nicolas, X., *et al.* Conciliation médicamenteuse : une expérience innovante dans un service de médecine interne pour diminuer les erreurs d'anamnèse médicamenteuses. *Presse Médicale* **41**, e77–e86 (2012).
4. Vira, T., Colquhoun, M. & Etchells, E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Qual. Saf. Health Care* **15**, 122–126 (2006).
5. Doerper, S., Conrard, E., Baum, T., *et al.* Erreurs médicamenteuses liées à l'interface ville/hôpital dans un établissement de santé français. *Rencontres Prescrire*. (2010).
6. Boissinot, L., Bachalat, N., Perrier-Cornet, E., *et al.* Conciliation des traitements médicamenteux en gériatrie: Pertinence et faisabilité. *Pharmactuel* **47**, 105 (2014).
7. Doerper, S., Morice, S., Piney, D., *et al.* La conciliation des traitements médicamenteux: logigramme d'une démarche efficace pour prévenir ou intercepter les erreurs médicamenteuses à l'admission du patient hospitalisé. *Pharm. Hosp. Clin.* **48**, 153–160 (2013).
8. Brownlie, K., Schneider, C., Culliford, R., *et al.* Medication reconciliation by a pharmacy technician in a mental health assessment unit. *Int. J. Clin. Pharm.* **36**, 303–309 (2014).
9. Paumier, C., Di Paolo, J., Pilliez, A., *et al.* POSTER: Conciliation des Traitements Médicamenteux dans un établissement de Santé Mentale: évaluation d'une nouvelle organisation. 7e Congrès Français de Psychiatrie, Lille. (2015).
10. Mouffak, S., Guillet, M., Alemanni, J., *et al.* POSTER: Quelles difficultés peut-on rencontrer lors de la conciliation médicamenteuse en psychiatrie et comment les contourner? XIVe congrès de la Société Française de Pharmacie Clinique. Grenoble. (2014).
11. Kothari, M., Maidment, I., Lyon, R., *et al.* Medicines reconciliation in comparison with NICE guidelines across secondary care mental health organisations. *Int. J. Clin. Pharm.* **38**, 289–295 (2016).
12. Courtin, J., Paumier, C., Pilliez, A., *et al.* POSTER: Mise en place d'une conciliation des traitements médicamenteux dans un établissement de santé mentale. Congrès Hopipharm 2014. La Rochelle. (2014).
13. Société Française de Psychiatrie - Conseil National Professionnel de Psychiatrie. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. (2015).
14. Dickerson, F. B., Brown, C. H., Daumit, G. L., *et al.* Health Status of Individuals With Serious Mental Illness. *Schizophr. Bull.* **32**, 584–589 (2005).
15. De Hert M, Van Wikel R, Silic A, *et al.* Physical health management in psychiatric settings. *Eur. Psychiatry* **25**, S22–S28 (2010).

16. Chaudhry IB, Jordan J, Cousin F-R, *et al.* Management of physical health in patients with schizophrenia: international insights. *Eur. Psychiatry* **25**, S37–S40 (2015).
17. Heald A. Physical health in schizophrenia: a challenge for antipsychotic therapy. *Eur. Psychiatry* **25**, S6–S11 (2010).
18. Heald A, Montejo A.L., De Hert M, *et al.* Management of physical health in patients with schizophrenia: practical recommendations. *Eur. Psychiatry* **25**, S41–S45 (2010).
19. Höschl, C. Foreword. Importance of physical health in patients with schizophrenia. *Eur. Psychiatry* **25**, S1–S2 (2010).
20. Leucht, S., Burkard, T., Henderson, J., *et al.* Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr. Scand.* **116**, 317–333 (2007).
21. Montejo A.-L. The need for routine physical health care in schizophrenia. *Eur. Psychiatry* **25**, S3–S5 (2010).
22. Voruganti, L., Punthakee, Z., Vanlieshout, R., *et al.* Dysglycemia in a community sample of people treated for schizophrenia: The Diabetes in Schizophrenia in Central-south Ontario (DiSCO) study. *Schizophr. Res.* **96**, 215–222 (2007).
23. *Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. Code de la Santé Publique* (1960). at <<http://www.chameaupsy.com/documents-d-archive/107-circulaire-du-15-mars-1960>>
24. *LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2011-803* (2011).
25. *LOI n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2013-869* (2013).
26. Modalités de soins en psychiatrie - Droits en psychiatrie - Psycom. at <<http://www.psycom.org/Droits-en-psychiatrie/Modalites-de-soins-en-psychiatrie>>
27. *Rapport d'expérimentation sur la mise en oeuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français.* (Haute Autorité de Santé, 2015). at <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/rapport_dexpermentation_sur_la_mise_en_oeuvre_conciliation_des_traitements_medicamenteux_par_9_es.pdf>
28. Institute for Healthcare Improvement: Medication Reconciliation to Prevent Adverse Events. at <<http://www.ihl.org/topics/adesmedicationreconciliation/Pages/default.aspx>>
29. *Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. Code de la Santé Publique* at <<http://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2011/4/6/ETSH1109848A/jo>>
30. Haute Autorité de Santé. Manuel de certification v2010. (2014).
31. *Note d'information DGOS/PF2 N°2015/65 relative aux résultats de l'enquête nationale sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse dans les établissements de santé.* (Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2015).

32. Feistl, P., Colombe, M., Cochard, L., *et al.* POSTER: Evaluation of the interest and the organization of a Medication Reconciliation activity in a psychiatric hospital. EPSM Caen. ESCP Symposium Prague. (2013).
33. Guyochet, N., Mercerolle, M., Cherel, A., *et al.* POSTER: Conciliation des Traitements Médicamenteux à l'admission dans un hôpital psychiatrique: mise en place d'un suivi continu d'activités après 3 années. SFPC 2016. (2016).
34. Noblot-Rossignol, M. Conciliation des Traitements Médicamenteux à l'admission des patients: expérimentation en établissement de santé. (Université de Bourgogne, 2016).
35. Buiche, M. Conciliation des Traitements Médicamenteux: expérimentation du rapport Med'Rec 2015 de l'HAS dans un établissement psychiatrique. (Université Grenoble Alpes, 2016).
36. Mélanie Gérard. La conciliation des traitements médicamenteux en géro-psycho-geriatrie: quelles sources d'informations utiliser? (Université Bordeaux II - Victor Segalen, 2014). at <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01116306>
37. Morisky, D., Green, L. & Levine, D. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med. Care* **24**, 67–74 (1986).
38. Morisky, D., Ang, A., Krousel-Wood, M., *et al.* Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J. Clin. Hypertens. Greenwich Conn* **10**, 348–54 (2008).
39. Allenet B, Arnould P, Azizi Y, *et al.* *Réaliser une conciliation des traitements médicamenteux à l'admission.* (Société Française de Pharmacie Clinique).
40. Karapinar-Carkit, F., Borgsteede, S. D., Zoer, J., *et al.* Effect of Medication Reconciliation With and Without Patient Counseling on the Number of Pharmaceutical Interventions Among Patients Discharged from the Hospital. *Ann. Pharmacother.* **43**, 1001–1010 (2009).
41. Karkov, L. L., Schytte-Hansen, S. & Haugbølle, L. S. Discrepancies between sources providing the medication histories of acutely hospitalised patients. *Pharm. World Sci.* **32**, 449–454 (2010).
42. Soussan-Dahan, M., Loubet, L. & Gautie, L. POSTER: Conciliation médicamenteuse à l'admission des patients hospitalisés en chirurgie. Congrès Hopipharm 2014. La Rochelle. (2014). at <http://www.synprefh.org/rc/org/synprefh/htm/tp://>>
43. Choukroum, C., Peus, E., Barcelo, C., *et al.* POSTER: Conciliation médicamenteuse: démarche innovante dans un centre hospitalier. Congrès Hopipharm 2014. La Rochelle. (2014). at <http://www.synprefh.org/rc/org/synprefh/htm/>>
44. V. Berard. POSTER: Intégration de la conciliation médicamenteuse à une pratique pharmaceutique de terrain. Congrès Hopipharm 2013. Lyon. (2013). at <http://www.synprefh.org/rc/org/synprefh/htm/>>
45. Saint-Germain, P. POSTER: Mise en place et évaluation d'une activité de conciliation médicamenteuse à l'entrée dans un service de gériatrie aiguë. XVe Congrès de la Société Française de Pharmacie Clinique. Grenoble. (2014). at http://www.sfpc.eu/fr/component/jumi/Resumes_congres_2014.html>
46. *Code de la santé publique - Article L1111-6. Code de la santé publique* **L1111-6**,
47. La personne de confiance - Connaître ses droits - Droits en psychiatrie - Psycom. at <http://www.psycom.org/Droits-en-psychiatrie/Connaître-ses-droits/La-personne-de-confiance>>

48. M. Jeanpierre, L. Diaz & T. Berod. POSTER: Interface pharmacien ville-hôpital: analyse des forces et des faiblesses à partir de l'expérience dans une unité de chirurgie d'un hôpital non universitaire. XVe Congrès de la Société Française de Pharmacie Clinique. (2015).
49. Le médecin traitant. at <<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/gerer-votre-activite/le-medecin-traitant/le-medecin-traitant-et-les-patients.php>>
50. *LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810* (2004).
51. *Code de la sécurité sociale - Article L162-5-3. Code de la sécurité sociale **L162-5-3**,*
52. Fitzsimons, M., Grimes, T. & Galvin, M. Sources of pre-admission medication information: observational study of accuracy and availability: Pre-admission medication information. *Int. J. Pharm. Pract.* **19**, 408–416 (2011).
53. *LOI n° 2007-127 du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance no 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique. Code de la Sécurité Sociale **2007-127**,* (2007).
54. *Décret n° 2015-208 du 24 février 2015 portant sur les durées d'accessibilité et de conservation dans le dossier pharmaceutique des données relatives à la dispensation des vaccins et des médicaments biologiques. Code de la Santé Publique* (2015). at <https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?numJO=0&dateJO=20150226&numTexte=46&pageDebut=03647&pageFin=03647>
55. Conciliation des traitements médicamenteux: premiers retours sur un déploiement national. *J. Ordre Natl. Pharm.* (2016).
56. Henry, C., Fellous, L., Lagrange, A., *et al.* POSTER: Intérêt du dossier pharmaceutique dans la conciliation médicamenteuse à l'entrée du patient en service de médecine aiguë. XVe Congrès de la société française de pharmacie clinique. (2015).
57. Gutermann, L., Marie, A.-S., Viguier, F., *et al.* POSTER: Conciliation médicamenteuse d'entrée en milieu hospitalier: intérêt du dossier pharmaceutique. 19èmes Journées franco-suisse de pharmacie hospitalière. Mâcon. (2015).
58. Sharabi, M., Schocher, E., Jacob, A., *et al.* POSTER: Expérimentation du dossier pharmaceutique à l'hôpital: avantages et inconvénients illustrés par un cas clinique. Congrès APHIF 2014. Paris. (2014).
59. Dony, A., Baum, T., Potier, A., *et al.* POSTER Utiliser le dossier pharmaceutique pour concilier: la capacité informationnelle du DP. (2015).
60. Daupin, J., Rousseaux, G., Lebel, D., *et al.* Comparison of information available in the medication profile of an electronic health record and the inpatient best possible medication history. *J. Popul. Ther. Clin. Pharmacol.* **23**, e131–e141 (2016).
61. Dersch-Mills, D., Hugel, K. & Nystrom, M. Completeness of information sources used to prepare best possible medication histories for pediatric patients. *Can. J. Hosp. Pharm.* **64**, 10 (2011).
62. Price, M., Bowen, M., Lau, F., *et al.* Assessing accuracy of an electronic provincial medication repository. *BMC Med. Inform. Decis. Mak.* **12**, 1 (2012).

63. Kelli Kalb, Stephen Shalansky, Michael Legal, *et al.* Unintended Medication Discrepancies Associated with Reliance on Prescription Databases for Medication Reconciliation on Admission to a General Medical Ward. *Can. J. Hosp. Pharm.* **62**, 284–9 (2009).
64. Tulloch, J. & Evans, B. Evaluation of the accuracy of the Saskatchewan Health Pharmaceutical Information Program for determining a patient's medication use immediately before admission. *Can. J. Hosp. Pharm.* **62**, 21 (2009).
65. Warholak, T. L., McCulloch, M., Baumgart, A., *et al.* An exploratory comparison of medication lists at hospital admission with administrative database records. *J. Manag. Care Pharm.* **15**, 751–758 (2009).
66. Grimes, T., Fitzsimons, M., Galvin, M., *et al.* Relative accuracy and availability of an Irish National Database of dispensed medication as a source of medication history information: observational study and retrospective record analysis. *J. Clin. Pharm. Ther.* **38**, 219–224 (2013).
67. Glintborg, B., Poulsen, H. E. & Dalhoff, K. P. The use of nationwide on-line prescription records improves the drug history in hospitalized patients. *Br. J. Clin. Pharmacol.* **65**, 265–269 (2008).
68. Des développements décisifs pour le DP dans les établissements de santé. *J. Ordre Natl. Pharm.* **3** (2016).
69. Gabriel-Bordenave, C. & Colombe, M. Mise en place de la conciliation d'entrée à l'EPSM Caen et en gériatrie aiguë au CHU. *OMEDIT Basse-Normandie* (2013). at <http://www.omedit-basse-normandie.fr/gallery_files/site/1533/1534/1571/2192/2825/5553.pdf>
70. Buiche, M. Communication orale: Conciliation médicamenteuse: freins à la mise en place en psychiatrie. (2016).
71. Santone, G., Rucci, P., Muratori, M. L., *et al.* Attitudes toward medication in inpatients with schizophrenia: A cluster analytic approach. *Psychiatry Res.* **158**, 324–334 (2008).
72. Bouwmans, C., De Jong, K., Timman, R., *et al.* Feasibility, reliability and validity of a questionnaire on healthcare consumption and productivity loss in patients with a psychiatric disorder (TiC-P). *BMC Health Serv. Res.* **13**, 1 (2013).
73. Dambrine, M. Continuité des soins à la sortie d'hôpital: évaluation d'une transmission d'informations du pharmacien hospitalier au pharmacien d'officine. (Université de Lille II, 2015).
74. *INSTRUCTION N° DGOS/PF5/2014/361 du 23 décembre 2014 relative à l'usage de la messagerie sécurisée MSSanté dans les établissements de santé.* (Direction Générale de l'Offre de Soins, 2014).
75. APICRYPT - Découvrez Apicrypt. at <<http://www.apicrypt.org/>>
76. Apicrypt 2 interopérable avec MSSanté. at <<http://comparatif-logiciels-medicaux.fr/actualite/apicrypt-2-est-interoperable-avec-mssante>>
77. Saravane, D. & Peultier, F. Les difficultés de l'évaluation de la douleur en santé mentale. *Soins. Psychiatr.* **31**, 20–22 (2010).
78. Auxéméry, Y. Quelles différentes entités cliniques se cachent derrière les termes génériques de « somatisation » et de « trouble fonctionnel » ? Une question cardinale pour la thérapeutique. *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr.* **172**, 400–408 (2014).

79. Auxéméry, Y. Une conception moderne du traumatisme psychique à l'usage des médecins somaticiens : des différentes formes cliniques du trauma à leurs perspectives pharmacologiques. *Rev. Médecine Interne* **33**, 703–708 (2012).
80. Gury, C. Schizophrénie, diabète et antipsychotiques. *L'Encéphale* **30**, 382–91 (2004).
81. Gury, C., Canceil, O. & Iaria, P. Antipsychotiques et sécurité cardio-vasculaire : données actuelles sur les allongements de l'intervalle QT et le risque d'arythmies ventriculaires. *Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues001370060026000662* **26**, 62 (2000).
82. Windish, M., Donikyan, R. & Audibert, V. Médecine interne: une spécialité dans le centre hospitalier spécialisé. *Ann Psychiatr* **4**, 236–42 (1992).
83. Cabaret, W. L'accès aux soins somatiques pour les patients suivis en psychiatrie. *Soins. Psychiatr.* **31**, 34–36 (2010).
84. Qui sommes-nous ? | Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale. at <<http://www.anp3sm.com/qui-sommes-nous.html>>
85. Julie Bataille, Niccolo Curatolo, Sandrine Roy, *et al.* POSTER: A targeted strategy and training program to improve the medication reconciliation process. (2015).
86. Roy, S. Présentation: Formation à la conciliation médicamenteuse: du savoir-faire au savoir-être. Journée d'information sur les pratiques professionnelles APHIF. Paris. (2016).
87. Mekonnen, A. B., McLachlan, A. J. & Jo-anne, E. B. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* **6**, e010003 (2016).
88. Vasileff, H. M., Whitten, L. E., Pink, J. A., *et al.* The effect on medication errors of pharmacists charting medication in an emergency department. *Pharm. World Sci.* **31**, 373–379 (2009).
89. Chan, A. H. Y., Garratt, E., Lawrence, B., *et al.* Effect of Education on the Recording of Medicines on Admission to Hospital. *J. Gen. Intern. Med.* **25**, 537–542 (2010).
90. Koehler, B. E., Richter, K. M., Youngblood, L., *et al.* Reduction of 30-day postdischarge hospital readmission or emergency department (ED) visit rates in high-risk elderly medical patients through delivery of a targeted care bundle. *J. Hosp. Med.* **4**, 211–218 (2009).
91. Patrick Hindlet. Présentation: Introduction à la conciliation médicamenteuse: définition, objectifs. Journée d'information sur les pratiques professionnelles APHIF. Paris. (2016).

8 Annexes

Annexe 1 – Fiche d'enquête pour les hôpitaux psychiatriques

La conciliation médicamenteuse en psychiatrie.

Dans le cadre de la réalisation d'une thèse sur la conciliation médicamenteuse en psychiatrie à l'EPSM de l'Agglomération Lilloise, auriez-vous l'obligeance de nous renseigner sur vos pratiques en psychiatrie?

Pour cela merci de remplir le formulaire ci-dessous. Un seul exemplaire par établissement est nécessaire.

Nous ne manquerons pas de revenir vers vous pour partager les résultats.

Pour toutes demandes, vous pouvez contacter le pharmacien gérant, Mme Zawadzki à :

elisabeth.zawadzki@epsm-al.fr .

***Obligatoire**

1. Veuillez indiquer le nom de votre établissement et son adresse. *

.....

2. Êtes-vous un établissement public ou privé ? * Une seule réponse possible.

☐ Public

☐ Privé

3. Faites-vous de la conciliation médicamenteuse ? * Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

4. Qui réalise la conciliation ? (Plusieurs choix possibles) Plusieurs réponses possibles.

☐ L'externe en pharmacie

☐ Le préparateur

☐ L'interne en pharmacie

☐ Le pharmacien

Autre :

5. Y a-t-il un pharmacien référent pour l'activité de conciliation ? Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

6. Quand effectuez-vous la conciliation? (Plusieurs choix possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ A l'admission
- ☐ A la sortie
- ☐ Au transfert

7. Combien de temps après leur entrée les patients sont-ils vu en moyenne? Une seule réponse possible.

- ☐ Dans les 24h
- ☐ Dans les 48h
- ☐ Dans les 72h
- ☐ Plus de 72h après l'admission

8. La conciliation est développée: Une seule réponse possible.

- ☐ Dans tous les secteurs/unités
- ☐ Dans un nombre restreint de secteurs/unités

9. Dans combien de secteurs est effectuée la conciliation (nb de secteurs conciliés/nb total de secteurs)?

.....

10. Combien de lits sont conciliés dans votre établissement (/nb de lit total)?

.....

11. Devez-vous desservir des secteurs, unités ou établissements éloignés de la PUI (plus de 1 km de distance) ? Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

12. Si oui, ces secteurs sont-ils inclus dans l'activité de conciliation ? Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non

13. Si oui, comment organisez-vous la conciliation dans ces secteurs éloignés ? Une seule réponse possible.

- ☐ Le conciliateur est présent 100% du temps dans le secteur
☐ Le conciliateur est présent quelques journées ou demi-journées dans le secteur
☐ Le conciliateur se déplace uniquement en cas d'entrée, de sortie et/ou de transfert d'un patient
☐ Autres:

14. Les patients ciblés sont (plusieurs choix possibles): Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Tous les patients
☐ Les patients âgés de plus de 65 ans
☐ Les patients avec plus de 2 comorbidités
☐ Les patients avec des pathologies ciblées (VIH, VHC, diabète insulino-dépendant/requérant)
☐ Les patients avec plus de 3 lignes de traitement
☐ Autre :

15. Selon vous, quelles sont les difficultés de la conciliation en psychiatrie? (Ex: problèmes de moyens, d'organisation, problèmes liés aux patients, etc)

.....

.....

.....

.....

.....

Fourni par



Annexe 2 – Fiche de conciliation médicamenteuse



Date :
N° de conciliation :

Fiche de conciliation médicamenteuse

Données patient

Nom/Prénom du patient:

Âge/Date de naissance:

Sexe: M / F

Mode de vie:

Allergies:

Antécédents:

Type d'hospitalisation: SL / SDT / SPI / SDRE
(SL = soins libres ; SDT = Soins à la demande d'un tiers ; SPI = Soins pour péril imminent sans demande d'un tiers ; SDRE = Soins à la demande d'un représentant de l'Etat)

Données médicales

Service d'hospitalisation:

Date d'admission:

Pharmacien d'officine (nom/adresse/téléphone):

Médecin traitant (nom/adresse/téléphone):

Sources utilisées

- | | | |
|---|------------------------------------|---|
| ☐ Patient | ☐ Parent(s) | ☐ Liste personnelle de médicaments |
| ☐ Ordonnance (date: / /) | | ☐ Dossier d'hospitalisation antérieure |
| ☐ Médicaments rapportés par le patient | | ☐ Pharmacien de ville |
| ☐ Médecin traitant | | ☐ Médecin spécialiste |
| ☐ Dossier Informatisé | | ☐ Dossier médical Crossway |
| ☐ Autres: | | |

Evaluation de l'observance (score MMAS-4)

0 = non; 1 = oui

	0 / 1
Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre traitement?	
Avez-vous parfois du mal à vous rappeler de prendre votre traitement?	
Quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter de prendre votre traitement?	
Si vous vous sentez moins bien lorsque vous prenez votre traitement, arrêtez-vous parfois de le prendre?	

Résultat: /4

0 = forte adhérence au traitement

1 - 2 = adhérence moyenne

3 - 4 = adhérence faible

Tableau de conciliation médicamenteuse

	Traitement à domicile (Bilan médicamenteux optimisé = BMO)		Statut (1)	ATCD relié	Ordonnance médicamenteuse à l'admission (OMA)		Correct / Divergent	Divergence intentionnelle (DI) / Non intentionnelle (DNI)	Gravité de l'erreur (2)	Correction des DNI Oui/non
	Spécialité (DCI), dosage, forme	posologie			Spécialité (DCI), dosage, forme	posologie				
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
Nombre de lignes du BMO					Nombre de ligne de l'OMA					

(1) : Arrêté, Poursuivi, Modifié, Ajouté, Substitué, Suspendu, Non Documenté

(2) : Absente, Mineure (sans conséquence sur le patient),
Significative (surveillance indispensable avec ou sans conséquence clinique)

Raisons de la non correction des DNI :

Nom et signature du conciliateur :

Tableau de conciliation médicamenteuse

	Traitement à domicile (BMO)		Statut (1)	ATCD relié	Ordonnance à l'admission (OMA)		Correct / Divergent	Intentionnel / Non intentionnel	Gravité de l'erreur (2)	Correction des DNI Oui/non
	Spécialité (DCI), dosage, forme	posologie			Spécialité (DCI), dosage, forme	posologie				
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
Nombre de lignes du BMO					Nombre de ligne de l'OMA					

(1) : Arrêté, Poursuivi, Modifié, Ajouté, Substitué, Suspendu, Non Documenté
DNI = Divergence Non Intentionnelle

(2) : Absente, Mineure (sans conséquence sur le patient),
Significative (surveillance indispensable avec ou sans conséquence clinique)

Faculté des sciences pharmaceutiques et biologiques

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 – 59006 LILLE Cedex
Tél. 03.20.96.40.40 – Fax 03.20.95.90.09

DECISION D'AUTORISATION DE SOUTENANCE

Le Doyen de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

Vu le Décret n° 2012-172 du 03 février 2012 modifié relatif aux études spécialisées du troisième cycle de Pharmacie

Vu la décision du Président de l'Université en date du 14 mai 2012 relative aux délégations de signature :

DECIDE

Article 1er : **Monsieur ROUSSEAU Gautier**

Est autorisé(e) à soutenir son mémoire en vue de l'obtention du D.E.S. de PHARMACIE option PHARMACIE HOSPITALIERE – PRATIQUE ET RECHERCHE sur le sujet suivant :

MISE EN PLACE DE LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE EN PSYCHIATRIE GENERALE:
PARTICULARITES LIEES A LA PSYCHIATRIE

Article 2 : Ce mémoire peut tenir lieu de thèse en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie.

Article 3 : La soutenance aura lieu le **Vendredi 23 septembre 2016 à 17h00 Amphi Curie**

Article 4 : Le jury est composé ainsi qu'il suit :

Président :

Monsieur le Professeur Pascal ODOU

Praticien Hospitalier, CHRU de Lille

Professeur des Universités, Faculté de Pharmacie de Lille

Assesseurs :

Monsieur Jean-Marc CHILLON,

Pharmacien, Assistant hospitalo-universitaire, CHU d'Amiens

Madame le Docteur Elisabeth ZAWADZKI

Pharmacien, Praticien Hospitalier, EPSM de l'agglomération Lilloise

Monsieur le Docteur Maxime BUBROVSZKY

Psychiatre, Praticien Hospitalier, EPSM de l'agglomération Lilloise

Lille, le 19 juillet 2016
Le Doyen

D. CUNY


Université de Lille 2
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES DE LILLE
MEMOIRE de DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
(tenant lieu de Thèse en vue du Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie)
Année Universitaire 2015/2016

Nom : ROUSSEAU
Prénom : Gautier

Titre du mémoire / thèse :
MISE EN PLACE DE LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE EN
PSYCHIATRIE : PARTICULARITES

Mots-clés : conciliation médicamenteuse, psychiatrie, évaluation

Résumé :

La conciliation des traitements médicamenteux (CTM) est de plus en plus mise en place dans les hôpitaux français.

Peu d'études ont été faites dans les établissements psychiatriques et leurs particularités. Il a donc été décidé d'évaluer les particularités de la mise en place de la CTM au sein de notre EPSM.

Après avoir élaboré un formulaire de conciliation, nous avons pu concilier 75 patients à leur admission dans deux unités de soins. Les résultats de notre étude montrent que la majorité des DNI retrouvées concernent des médicaments à visée somatique (70.6%) alors qu'ils ne représentent que 39.5% des médicaments prescrits à l'admission. La majorité des DNI constatées sont des omissions (63.2%). La population de notre EPSM est plus jeune qu'en MCO (âge moyen : 41.08 ans). Certaines particularités de l'hospitalisation en psychiatrie (état mental du patient, contrainte d'hospitalisation, double prise en charge par un psychiatre et un généraliste, éloignement de sites géographiques, etc) peuvent avoir un impact sur la CTM.

Notre étude montre qu'il serait préférable de concentrer la CTM sur les patients entrants en psychiatrie avec des traitements somatiques lourds (>3 médicaments somatiques) et/ou souffrant de certaines pathologies (VIH, VHC, diabète, cancer).

Membres du jury :

Président :

Monsieur le Professeur Pascal Odou

Pharmacien, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier – CHRU Lille

Assesseur(s) :

Madame le Docteur Elisabeth Zawadzki

Pharmacien chef de service, Praticien Hospitalier – EPSM Agglomération Lilloise

Monsieur le Professeur Jean-Marc Chillon

Pharmacien, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier – CHU Amiens

Monsieur le Docteur Maxime Bubrovsky

Psychiatre, Praticien Hospitalier – EPSM Agglomération Lilloise