

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

**Soutenu publiquement le 22 juin 2018
Par Marion DESPLANQUES**

**Conformément aux dispositions du Décret du 10 septembre 1990
tient lieu de
THESE EN VUE DU DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**EXPERIENCE DE LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE DANS UN
ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE MENTALE : INTERET DE LA
DEMARCHE POUR RENFORCER LE LIEN VILLE-HOPITAL**

Membres du jury :

Président : **Monsieur le Professeur Pascal ODOU**
Pharmacien, Professeur des Universités – Praticien hospitalier
Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Université Lille 2
Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

Assesseur(s) : **Madame le Docteur Claire POLLET**
Directrice de thèse
Pharmacien, chef de pôle - Praticien hospitalier
EPSM Lille-Métropole

Monsieur le Professeur Jean-Marc CHILLON
Pharmacien, Professeur des Universités – Praticien hospitalier
UFR de Pharmacie, Université de Picardie Jules Verne
Centre Hospitalier Universitaire Amiens-Picardie

Madame le Docteur Christine LAJUGIE
Médecin psychiatre, chef de pôle – Praticien hospitalier
EPSM Lille-Métropole



Faculté de Pharmacie 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 de Lille

Président :	Jean-Christophe CAMART
Premier Vice-président :	Damien CUNY
Vice-présidente Formation :	Lynne FRANJIE
Vice-président Recherche :	Lionel MONTAGNE
Vice-président Relations Internationales :	François-Olivier SEYS
Directeur Général des Services :	Pierre-Marie ROBERT
Directrice Générale des Services Adjointe :	Marie-Dominique SAVINA

Faculté de Pharmacie

Doyen :	Bertrand DÉCAUDIN
Vice-Doyen et Assesseur à la Recherche :	Patricia MELNYK
Assesseur aux Relations Internationales :	Philippe CHAVATTE
Assesseur à la Vie de la Faculté et aux Relations avec le Monde Professionnel :	Thomas MORGENROTH
Assesseur à la Pédagogie :	Benjamin BERTIN
Assesseur à la Scolarité :	Christophe BOCHU
Responsable des Services :	Cyrille PORTA

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Pharmacie Galénique
M.	DEPREUX	Patrick	ICPAL
M.	DINE	Thierry	Pharmacie clinique
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie
M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique
M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire

Liste des Professeurs des Universités

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Physique
M.	BERTHELOT	Pascal	Onco et Neurochimie
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie – Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	ICPAL
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Physique
M.	DEPREZ	Benoît	Lab. de Médicaments et Molécules
Mme	DEPREZ	Rebecca	Lab. de Médicaments et Molécules
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	FOLIGNE	Benoît	Bactériologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie Industrielle
M.	GOOSSENS	Jean François	Chimie Analytique
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie Cellulaire
M.	LUC	Gerald	Physiologie
Mme	MELNYK	Patricia	Onco et Neurochimie
M.	MILLET	Régis	ICPAL
Mme	MUHR – TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PAUMELLE-LESTRELIN	Réjane	Biologie Cellulaire
Mme	PERROY	Anne Catherine	Législation
Mme	ROMOND	Marie Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHÉRAERT	Eric	Législation
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie Industrielle
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie Industrielle
M	TARTAR	André	Lab. de Médicaments et Molécules
M.	WILLAND	Nicolas	Lab. de Médicaments et Molécules

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 Maîtres de Conférences

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALIOUAT	Cécile Marie	Parasitologie
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.	BOSC	Damien	Lab. de Médicaments et Molécules
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
Mme	CACHERA	Claude	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON	Sandrine	Biologie cellulaire
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie
Mme	CHARTON	Julie	Lab. de Médicaments et Molécules
M	CHEVALIER	Dany	Toxicologie
M.	COCHELARD	Dominique	Biomathématiques
Mme	DANEL	Cécile	Chimie Analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
Mme	DUTOIT-AGOURIDAS	Laurence	Onco et Neurochimie
M.	EL BAKALI	Jamal	Onco et Neurochimie
M.	FARCE	Amaury	ICPAL
Mme	FLIPO	Marion	Lab. de Médicaments et Molécules
Mme	FOULON	Catherine	Chimie Analytique
M.	FURMAN	Christophe	ICPAL
M.	GELEZ	Philippe	Biomathématiques
Mme	GENAY	Stéphanie	Pharmacie Galénique
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GOOSSENS	Laurence	ICPAL
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques
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	Onco et Neurochimie
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie Analytique
Mme	LEHMANN	Hélène	Législation
Mme	LELEU-CHAVAIN	Natascha	ICPAL
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie Analytique
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre Arthur	Sciences végétales et fongiques
M.	MORGENROTH	Thomas	Législation
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle

Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie
M.	POURCET	Benoît	Biochimie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques
Mme	RAVEZ	Séverine	Onco et Neurochimie
Mme	RIVIERE	Céline	Pharmacognosie
Mme	ROGER	Nadine	Immunologie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Lab. de Médicaments et Molécules
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques
M.	YOUS	Saïd	Onco et Neurochimie
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques

Professeurs Agrégés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	MAYES	Martine	Anglais

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	Droit et Economie Pharmaceutique

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacie Clinique
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacie Clinique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques

AHU

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

Faculté de Pharmacie 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,

Je suis sensible à l'honneur que vous me faites de présider cette thèse et de juger ce travail. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Claire Pollet,

Je vous remercie pour vos nombreux conseils et pour la confiance que vous m'avez accordée tout au long de ce projet. Merci pour tout ce que vous m'avez transmis au cours de mon cursus et pour votre implication. J'ai beaucoup apprécié de pouvoir travailler avec vous.

A Monsieur le Professeur Jean-Marc Chillon,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de ma gratitude et de ma considération la plus grande.

A Madame le Docteur Christine Lajugie,

Je suis très heureuse et honorée de vous voir représenter le corps médical dans ce jury. Merci de m'avoir accueillie et de m'avoir permis de mener ce travail dans votre service.

A Christophe, Amélie et toute l'équipe de la pharmacie de l'EPSM Lille-Métropole,

Merci pour votre accueil, pour votre bonne humeur et pour tout ce que j'ai appris à vos côtés. Travailler avec vous a toujours été un grand plaisir.

A l'équipe du G07,

Merci de m'avoir accueillie dans votre service. Cette expérience a été très enrichissante.

A Mme le Docteur Claire Pinçon,

Merci pour votre aide précieuse.

Aux pharmaciens officinaux et médecins généralistes sollicités,

Merci pour le temps que vous m'avez accordé au cours de la réalisation de ce travail.

Aux pharmaciens du CH de Douai,

J'ai découvert la pharmacie hospitalière à vos côtés, merci de m'avoir donné envie de poursuivre cette voie.

A Amandine, Armelle, Kadidja, Magali, Mickael, Nathalie, Rémi et Sandrine,

J'ai adoré travailler avec vous, merci pour tout, hygiènement vôtre ... !

A toutes les équipes rencontrées lors de mon internat,

Merci pour toutes les connaissances que vous m'avez transmises, et pour les bons moments passés à vos côtés. Merci d'avoir fait de mon internat un moment inoubliable.

A mes parents et mes frères,

Merci pour votre présence et votre soutien dans tous les moments importants. Merci d'avoir cru en moi depuis le début.

A Constance, France, Julie, Ophélie,

Mes complices d'internat. Merci pour tous ces moments passés avec vous. Une nouvelle aventure commence...

A mes amis et ma famille, à Michaël,

Merci pour votre présence, votre soutien et pour toutes les expériences partagées avec vous.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	7
Table des matières.....	8
Liste des figures	11
Liste des tableaux	12
Liste des annexes	12
Liste les abréviations.....	13
1 Introduction.....	14
2 Généralités	15
2.1 Contexte international et national.....	15
2.1.1 A l'international.....	15
2.1.2 Au niveau national.....	15
2.2 La conciliation médicamenteuse.....	16
2.2.1 La conciliation médicamenteuse à l'admission	17
2.2.2 La conciliation médicamenteuse à la sortie.....	17
2.3 Communication ville-hôpital.....	18
2.4 Spécificités inhérentes à la santé mentale.....	19
2.4.1 Organisation des soins en santé mentale	19
2.4.2 Caractéristiques des patients pris en charge	19
2.4.3 Observance aux traitements médicamenteux	20
2.5 Objectifs du travail.....	20
3 Méthodologie	21
3.1 Conciliation médicamenteuse à l'admission	21
3.1.1 Contexte de mise en place de la CTM à l'admission	21
3.1.2 La CTM à l'admission en pratique.....	21
3.1.3 L'entretien patient à l'admission	22
3.2 Conciliation médicamenteuse à la sortie	22
3.2.1 Contexte de mise en place de la CTM à la sortie.....	22
3.2.2 La CTM à la sortie en pratique	23
3.2.3 L'entretien patient à la sortie	23
3.3 Evaluation de la CTM par les professionnels de ville	24
3.4 Note règlementaire	24

4	Résultats	25
4.1	CTM à l'admission	25
4.1.1	Description de la population	26
4.1.2	Délai avant la CTM à l'admission	26
4.1.3	Sources d'information	27
4.1.4	Analyse des divergences	29
4.2	CTM à la sortie	31
4.2.1	Caractéristiques de la population	32
4.2.1.1	Diagnostic principal	32
4.2.1.2	Motif d'admission	33
4.2.2	Evaluation de l'observance	33
4.2.3	Devenir des patients	34
4.3	Evaluation de la CTM par les professionnels de ville	35
4.3.1	Pharmacies d'officine	35
4.3.2	Médecins généralistes	39
5	Discussion	41
5.1	Limites générales de l'études	41
5.2	Concernant la CTM à l'admission	41
5.2.1	Caractéristiques de la population	41
5.2.2	La conciliation, un dispositif chronophage	41
5.2.2.1	Durée moyenne d'une CTM à l'admission	42
5.2.2.2	Personnels impliqués dans la CTM à l'admission	42
5.2.2.3	Délai avant réalisation de la CTM à l'admission	43
5.2.3	Sources d'information	43
5.2.3.1	L'entretien patient	43
5.2.3.2	Le pharmacien d'officine	44
5.2.3.3	Le médecin généraliste	44
5.2.3.4	Le Dossier Pharmaceutique (DP)	44
5.2.3.5	Le Dossier Médical Partagé (DMP)	45
5.2.4	Analyse des divergences	45
5.2.5	Difficultés rencontrées	46
5.2.5.1	Implication des médecins et du personnel paramédical	46
5.2.5.2	Cloisonnement entre soins somatiques et psychiatriques	47
5.2.5.3	Multiplicité des sites d'hospitalisation	47

5.3 Concernant la CTM de sortie	47
5.3.1 La non réalisation préalable de la CTM à l'admission entraîne un risque d'erreur 47	
5.3.2 Temps consacré et disponibilité du pharmacien	48
5.3.3 Les difficultés de coordination entre la pharmacie et le service de soins limitent le nombre de conciliations réalisées	48
5.3.4 Comment communiquer les informations aux professionnels de ville de manière rapide et sécurisée ?	49
5.3.5 CTM à la sortie et divergences ?.....	50
5.3.6 Validation des courriers de sortie par les prescripteurs	50
5.3.7 La CTM sécurise la prise en charge des patients ?	50
5.3.8 Observance et devenir des patients.....	51
6 Conclusion	52
Bibliographie.....	53
Annexes	56
Autorisation de soutenance.....	67

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Patients ayant bénéficié de la CTM à l'admission	25
Figure 2.	Nombre de CTM à l'admission réalisées par an	25
Figure 3.	Causes de non réalisation de la CTM à l'admission	26
Figure 4.	Délai avant réalisation des CTM à l'admission	26
Figure 5.	CTM réalisées avec au moins trois sources d'information	27
Figure 6.	Répartition du nombre de sources utilisées par patient	
	a) Globalement	27
	b) Par année	27
Figure 7.	Types de sources utilisées	
	a) Globalement	28
	b) Par année	28
Figure 8.	Pourcentage de divergences (intentionnelles ou non) et de DNI	29
Figure 9.	Divergences prises en compte par les prescripteurs	30
Figure 10.	Types de DNDNI	30
Figure 11.	Types de médicaments impliqués dans les DNDNI	31
Figure 12.	Médicaments somatiques impliqués dans les DNDNI (par classe ATC)	31
Figure 13.	Nombre de CTM à la sortie réalisées	31
Figure 14.	Diagnostic des patients ayant bénéficié de la CTM à la sortie	32
Figure 15.	Motifs d'admission des patients ayant bénéficié de la CTM à la sortie	33
Figure 16.	Evaluation de l'observance des patients (score de Girerd)	33
Figure 17.	Nombre de patients réhospitalisés en rupture thérapeutique ou non en fonction de la réalisation de l'entretien de sortie	34
Figure 18.	Réponses aux questions 4 et 5	36
Figure 19.	Réponses à la question 10	37
Figure 20.	Réponses à la question 2	39

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Caractéristiques de la population (CTM à l'admission)	26
Tableau 2.	Caractéristiques de la population (CTM de sortie)	32
Tableau 3.	Taux de réponses positives aux questions 1, 3, 8, 9, 12 à 16	35
Tableau 4.	Commentaires à la question 2	36
Tableau 5.	Commentaires à la question 10	37
Tableau 6.	Commentaires à la question 12	38
Tableau 7.	Commentaires à la question 13	38
Tableau 8.	Commentaires à la question 16	39
Tableau 9.	Taux de réponses positives aux questions 1, 4 et 5	39
Tableau 10.	Commentaires à la question 2	40
Tableau 11.	Commentaires à la question 5	40

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1.	Tableau de recueil de données pour la CTM à l'admission	56
Annexe 2.	Fiche de synthèse pour la CTM à l'admission	57
Annexe 3.	Questionnaire pour l'entretien patient à l'admission	58
Annexe 4.	Score de Girerd	59
Annexe 5.	Mise en œuvre de la CTM de sortie à l'EPSM Lille-Métropole	60
Annexe 6.	Fiche d'information à destination du patient pour la CTM de sortie	61
Annexe 7.	Exemple de fiche d'information du réseau PIC	62
Annexe 8.	Courrier de conciliation de sortie à destination du médecin traitant et du pharmacien d'officine	63
Annexe 9.	Questionnaire pour l'entretien avec les pharmaciens d'officine	64
Annexe 10.	Questionnaire papier envoyé aux pharmaciens d'officine	65
Annexe 11.	Questionnaire papier envoyé aux médecins généralistes	66

LISTE LES ABRÉVIATIONS

ARS	Agence Régionale de Santé
AT	Appartements Thérapeutiques
BDA	Bouffée Délirante Aiguë
BMO	Bilan Médicamenteux Optimisé
CAP	Centres d'Accueil Permanent
CAQES	Contrat d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins et des prescriptions
CAT	Conduite A Tenir
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CB	Contrat de Bon Usage
CH	Centre Hospitalier
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CMP	Centres Médicaux Psychologiques
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CREX	Comité de Retour d'EXpérience
CRH	Compte Rendu d'Hospitalisation
CTM	Conciliation des Traitements Médicamenteux
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DMP	Dossier Médical Partagé
DNDI	Divergence Non Documentée Intentionnelle
DNDNI	Divergence Non Documentée Non Intentionnelle
DP	Dossier Pharmaceutique
DPI	Dossier Patient Informatisé
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ENEIS	Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables liés aux Soins
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
ETP	Education Thérapeutique du Patient
HAS	Haute Autorité de Santé
HC	Hospitalisation Complète
HPST	Hôpital, Patient, Santé et Territoire
IDEL	Infirmier Diplômé d'Etat Libéral
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IMV	Intoxication Médicamenteuse Volontaire
LAP	Logiciel d'Aide à la Prescription
OMA	Ordonnance Médicale à l'Admission
OMEDIT	Observatoire des MÉdicaments, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PECM	Prise En Charge Médicamenteuse
PIC	Psychiatrie Information Communication
PPH	Préparateurs en Pharmacie Hospitalière
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
RETEX	Retour d'expérience
SI	Soins Intensifs

1 INTRODUCTION

L'EPSM Lille-Métropole accueille des patients bénéficiant de parcours de soins complexes impliquant de nombreux intervenants médicaux et paramédicaux et présentant des difficultés liées à leur pathologie mentale. Cette population peut être identifiée comme « à risque » et l'amélioration de sa prise en charge fait partie des objectifs du compte qualité dans le cadre de la certification des établissements de santé mise en œuvre par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Diverses actions ont été mises en place dans le cadre de la sécurisation de la prise en charge des patients. L'EPSM a été certifié ISO pour l'ensemble du circuit du médicament et des dispositifs médicaux de 2004 à 2014.

L'ordonnance n°2016-1729 du 15 décembre 2016¹ relative aux pharmacies à usage intérieur (PUI) précise dans son article 1er que « Les pharmacies à usage intérieur répondent aux besoins pharmaceutiques des personnes prises en charge par l'établissement, service ou organisme dont elles relèvent, ou au sein d'un groupement hospitalier de territoire ou d'un groupement de coopération sanitaire dans lequel elles ont été constituées. A ce titre, elles ont pour missions [...] de mener toute action de pharmacie clinique, à savoir de contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé mentionnés au 1° et de concourir à la qualité des soins, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins mentionnée à l'article L. 1110-12, et en y associant le patient ».

Pour répondre à ces missions de pharmacie clinique, les pharmaciens pratiquent l'analyse des prescriptions depuis plus de vingt ans ; par ailleurs, ils se sont investis depuis 2002 dans la démarche d'éducation thérapeutique (ETP). A ce jour, trois programmes sont autorisés par l'ARS : « Arsimed » à destination des patients schizophrènes et de leurs familles, « Atelier du médicament » ainsi qu'un « Programme indiqué dans les psychoses chroniques » et comportant quatre volets (« Atelier du médicament », « Manger mieux se sentir mieux », « J'ai mal, j'me soigne », « Habiletés sociales »). Des ateliers sont également proposés aux patients hospitalisés concernant la sensibilisation au bon usage des médicaments psychotropes.

La conciliation médicamenteuse s'est inscrite dans la suite de cette dynamique, elle a pour vocation de sécuriser la prise en charge médicamenteuse à l'admission et à la sortie d'hospitalisation et inclut une sensibilisation des patients aux médicaments psychotropes lors d'un entretien de sortie. La démarche permet de réaliser un travail sur l'observance qui pose de réelles difficultés en santé mentale et qui est un frein à la réussite de la prise en charge des pathologies mentales. Elle aide aussi à l'amélioration de la communication avec les professionnels de ville qui sont demandeurs d'une meilleure transmission des informations entre le circuit hospitalier et extrahospitalier.

Cette activité a donc évolué pour inclure dans un premier temps la conciliation à l'admission puis dans un second temps la conciliation à la sortie dans un secteur pilote de l'établissement, le secteur 59G07, Armentières et environs.

2 GÉNÉRALITÉS

La iatrogénie médicamenteuse correspond à « toute réponse néfaste et non recherchée à un médicament survenant à des doses utilisées chez l'homme à des fins de diagnostic et de traitement. » (OMS, 1969).

Elle est responsable de 10 000 à 30 000 décès chaque année en France, selon le rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament de 2013², ainsi que de 3 à 4% des hospitalisations³ (soit environ 130 000 hospitalisations par an) et est devenue un véritable problème de santé publique tant sur le plan humain que financier.

Les enquêtes françaises ENEIS de 2004 et 2009 ont mis en évidence qu'environ la moitié des événements indésirables graves liés à des médicaments sont évitables⁴.

Dans ce contexte, différents plans d'action ont été développés afin de lutter contre le risque iatrogène.

2.1 Contexte international et national

2.1.1 A l'international

En décembre 2006, l'OMS lance le projet High5s visant à prévenir les accidents évitables liés à la sécurité des patients dans les établissements de santé. Ce projet vise à réduire la fréquence de survenue de cinq problèmes de sécurité étiquetés comme prioritaires par l'OMS, dans huit pays participants et pour une durée de cinq ans.

Il a également pour objectif d'évaluer la faisabilité et l'impact de solutions standardisées qui seraient mises en place dans des établissements pilotes volontaires des pays participants pour répondre aux différentes problématiques posées⁵.

2.1.2 Au niveau national

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est une priorité de santé publique en France depuis de nombreuses années.

Dans ce cadre, la France rejoint le projet High5s en 2009 avec l'appui du Ministère de la Santé. Deux pratiques prioritaires d'amélioration de la sécurité des soins sont retenues parmi lesquelles « La sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins encore appelée Med'Rec ou *Medication Reconciliation* ». La traduction française retenue par la HAS est « Conciliation des Traitements Médicamenteux ». Le projet est expérimenté dans plusieurs centres hospitaliers universitaires et centre hospitaliers pilotes encadrés par l'OMEDIT Aquitaine puis développé à plus large échelle^{6,7}.

La loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) du 21 juillet 2009⁸ impose aux établissements de santé la mise en œuvre d'une politique « d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités. »

L'arrêté RETEX du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé demande la mise en place d'une démarche d'analyse des risques encourus à chaque étape du parcours de soins en vue de s'assurer de la sécurité du patient dans l'établissement⁹.

La certification des établissements de santé V2014 de la HAS, via le critère 20a relatif au management de la prise en charge médicamenteuse du patient, met l'accent sur l'importance de garantir la continuité de cette prise en charge à l'admission, aux transferts et à la sortie ainsi que sur la nécessité de mettre en place une coordination avec les professionnels exerçant en ville¹⁰.

L'arrêté du 27 avril 2017¹¹ définit le nouveau contrat d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins et des prescriptions (CAQES) qui remplace Contrat de Bon Usage (CBU). Il s'agit d'un contrat tripartite signé entre l'ARS, l'assurance maladie et l'établissement applicable à l'ensemble des établissements de santé, y compris maintenant les établissements psychiatriques et les établissements de SSR, qui spécifie les objectifs à atteindre notamment en termes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. L'article 10-2 promeut le développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau en vue de garantir une continuité de la prise en charge du patient tout au long du parcours de soins. Dans ce cadre, l'établissement doit concevoir et mettre en œuvre « un plan de déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la prise en charge médicamenteuse et de la conciliation médicamenteuse ».

2.2 La conciliation médicamenteuse

La conciliation médicamenteuse est une démarche formalisée de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses. Elle vise à recueillir et à transmettre des informations exhaustives et fiables concernant les traitements médicamenteux pris et à prendre par le patient, aux différents professionnels de santé et ce à tous les points de transition du parcours de soins.

En effet, au moins une erreur ou divergence entre les traitements prescrits en ville et ceux reconduits lors de l'hospitalisation est mise en évidence pour 47 à 67% des patients^{4,12}. La plupart des divergences correspondent à des omissions de traitements pris par le patient en ville sur l'ordonnance à l'admission^{13,14}. Différentes études estiment que ces erreurs entraîneraient un événement indésirable grave dans 18 à 59% des cas⁴.

Ces erreurs sont tout particulièrement susceptibles de survenir au niveau de points de transition qui interviennent au décours du parcours de soins d'un patient : l'admission à l'hôpital, les transferts entre services de soins, la sortie vers le domicile ou vers un autre mode de prise en charge¹⁵. L'objectif du processus de conciliation médicamenteuse est d'éviter une partie de ces erreurs.

2.2.1 La conciliation médicamenteuse à l'admission

La conciliation médicamenteuse s'est dans un premier temps intéressée à l'admission hospitalière des patients et notamment à ceux considérés comme particulièrement à risque, c'est-à-dire âgés de plus de 65 ans et hospitalisés via les urgences dans un service de court séjour.

Pour ces patients est établie la liste exhaustive des médicaments pris et à prendre à domicile. Cette liste est constituée en croisant plusieurs sources d'informations parmi lesquelles le patient, la pharmacie de ville, le médecin généraliste, un (des) médecin(s) spécialiste(s), l'infirmier libéral (IDEL), la famille, les courriers médicaux, le dossier patient informatisé (DPI), les traitements personnels apportés par le patient lors de son hospitalisation, ... Les informations recueillies sont alors synthétisées dans un bilan médicamenteux optimisé (BMO).

Le BMO peut être réalisé de façon proactive avant qu'il n'y ait de prescription et sert à la rédaction de l'Ordonnance Médicale à l'Admission (OMA). Il peut également être réalisé de façon rétroactive et sert alors à corriger l'OMA.

Le BMO comprend la dénomination commune des médicaments, le dosage, la forme galénique et la voie d'administration ainsi que la posologie, le rythme d'administration, la durée de prescription voire la date de début et de fin de prescription.

Dans le cas d'une conciliation rétroactive, le BMO est ensuite comparé à l'OMA afin d'identifier d'éventuelles divergences non documentées (DND) qui peuvent être :

- Intentionnelles (DNDI) : le prescripteur a alors modifié l'ordonnance de façon volontaire mais ne l'a pas documenté dans le dossier patient, ce qui peut être une source d'erreur médicamenteuse.
- Non intentionnelles (DNDNI) : le prescripteur a modifié l'ordonnance de façon involontaire et une correction est alors nécessaire.

Cette démarche de conciliation permet de sécuriser le parcours de soins du patient en assurant la continuité du traitement médicamenteux entre la ville et l'hôpital ainsi qu'entre les différentes structures de soins^{7,16}.

2.2.2 La conciliation médicamenteuse à la sortie

Afin de garantir la continuité des soins au moment de la sortie du patient, une démarche de conciliation médicamenteuse à la sortie peut également être mise en place.

La conciliation à la sortie permet de transmettre une information fiable relative aux traitements médicamenteux du patient vers les professionnels de santé qui le prennent en charge à sa sortie d'hospitalisation (médecin traitant, pharmacien d'officine, EHPAD, ...) ainsi que vers le patient si ses capacités cognitives le permettent.

Les informations concernant le traitement médicamenteux du patient sont collectées à la fin de l'hospitalisation et synthétisées de façon à mettre en évidence les traitements poursuivis, modifiés, arrêtés ou ajoutés au cours de l'hospitalisation. D'autres informations utiles à la compréhension des modifications thérapeutiques peuvent être ajoutées : indication du médicament, date de début ou de fin de traitement, ...

Le bilan médicamenteux est ensuite transmis :

- Au patient si ses capacités le permettent, de façon à l'aider dans la poursuite de son traitement médicamenteux ;
- Au médecin traitant pour lui permettre d'intégrer à sa nouvelle prescription les modifications apportées au traitement ;
- Au pharmacien d'officine afin qu'il puisse optimiser l'acte de dispensation¹⁷.

2.3 Communication ville-hôpital

Lors de la sortie d'un patient hospitalisé plus de 24h, une communication vers les professionnels de santé de ville est préconisée à la fois dans le Code de la Santé Publique¹⁸ ainsi que dans le Manuel de Certification des Etablissements de Santé V2014 (Critère 24a « Sortie du patient »)¹⁰. La transmission des informations se fait habituellement via le Compte Rendu d'Hospitalisation (CRH) dont le contenu est défini réglementairement via le décret du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison¹⁸.

De nouvelles exigences sont régulièrement imposées afin de garantir la continuité des soins et la sécurité des patients en fournissant aux professionnels de ville des informations exhaustives dans un délai convenable. Ainsi, le délai de transmission du courrier a été réduit puisqu'il doit maintenant être remis au patient à sa sortie et non plus adressé dans les 8 jours.

Concernant les traitements médicamenteux, le CRH doit inclure un bilan comparatif qui se doit de préciser les traitements habituels pris par le patient à l'admission ainsi que les traitements à poursuivre après la sortie en précisant les médicaments arrêtés en cours d'hospitalisation ainsi que le motif de leur arrêt ou de leur remplacement^{19,20}.

A l'heure actuelle, les médecins généralistes sont en majorité insatisfaits (58%)²¹ des informations qu'ils reçoivent lors de la sortie d'hospitalisation de leurs patients, notamment lorsque ces derniers ont été adressés par un tiers. Les CRH sont à la fois perçus trop tardivement (après le passage du patient en consultation)²² et déficients en termes d'éléments de contenu et d'exactitude des informations transmises^{23,24}. Concernant les traitements médicamenteux, ils déplorent notamment le manque d'explications concernant les changements de thérapeutiques effectués pendant l'hospitalisation.

Les pharmaciens de ville ne reçoivent en routine aucun courrier après la sortie d'hospitalisation des patients bien qu'ils soient demandeurs de ce type d'informations et qu'ils considèrent que cela pourrait permettre d'améliorer et de sécuriser leur pratique de dispensation²¹.

Le bilan médicamenteux élaboré lors de la CTM de sortie permettrait donc de répondre à la fois aux demandes des praticiens de ville ainsi qu'aux exigences règlementaires en termes de communication des informations concernant l'évolution du traitement médicamenteux des patients au cours de l'hospitalisation.

2.4 Spécificités inhérentes à la santé mentale

2.4.1 Organisation des soins en santé mentale

Depuis 1960²⁵, l'offre publique de soins en santé mentale est organisée par secteurs qui desservent chacun un bassin de population d'environ 70 000 habitants. Chaque patient peut ainsi solliciter une prise en charge par un secteur public de psychiatrie en fonction de son lieu de résidence^{26,27}.

Chaque secteur dispose d'une équipe pluridisciplinaire (psychiatres, infirmiers, aides-soignants, psychologues, éducateurs, animateurs, assistants sociaux, psychomotriciens, diététiciens, ...) chargée de la prise en charge des patients.

La prise en charge en santé mentale se fait classiquement selon trois grands modes :

- Ambulatoire via des structures de type CMP, CAP, CATTP,
- Hospitalisation complète, qui intervient en dernier recours, en service d'admission, appartement thérapeutique ou famille d'accueil,
- Soins séquentiels (hôpitaux de jour ou de nuit,, ...).

2.4.2 Caractéristiques des patients pris en charge

Des études mettent en évidence que les patients de santé mentale souffrent plus fréquemment de pathologies somatiques que la population générale ce qui entraîne une diminution de leur espérance de vie de 20 ans en moyenne (chez les patients souffrant de schizophrénie ou de troubles bipolaires)²⁸ avec un risque multiplié par 1,5 à 4 de décéder d'une pathologie somatique²⁹ ou de suicide.

La détection de pathologies physiques chez les patients de psychiatrie est généralement tardive du fait d'une perception altérée de leurs besoins physiologiques, d'une certaine tolérance à la douleur, de difficultés pour les patients à signaler leurs symptômes ou pour le médecin à repérer les signes d'appel d'une affection physique. De fait, ces patients sont plus fréquemment exposés à des complications qui peuvent se révéler parfois létales²⁹.

En effet, la réduction de l'espérance de vie chez les patients de santé mentale est notamment liée à la survenue d'accidents cardiovasculaires précoces (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral,...) en lien avec de nombreuses comorbidités (surpoids/obésité, diabète, dyslipidémies, hypertension artérielle), des comportements à risque (tabagisme, éthylisme chronique, ...) et un environnement souvent défavorable (mauvaise hygiène alimentaire, manque d'exercice physique, isolement et sédentarité, pauvreté -un tiers des sans-abri souffrent de troubles psychiques graves³⁰-, manque d'accès aux soins, ...) ³¹.

30 à 60% des patients consultant ou hospitalisés en psychiatrie présenteraient une pathologie organique associée²⁷ d'où l'importance de la réalisation d'un bilan médicamenteux optimisé exhaustif permettant la poursuite des thérapeutiques en cours.

2.4.3 Observance aux traitements médicamenteux

Une autre problématique rencontrée chez les patients de santé mentale est celle de l'observance aux traitements médicamenteux prescrits.

L'observance est définie par l'adéquation entre le comportement du patient et les recommandations émises par le médecin concernant à la fois le traitement médicamenteux et la prise en charge non médicamenteuse de la pathologie (règles hygiéno-diététiques, psychothérapie, examens complémentaires à réaliser, ...)

Selon Bordenave and al.³², le taux d'observance chez les patients de santé mentale avoisine les 50%, il est compris entre 50 et 70% selon Velligan and al.³³ Un rapport de l'IGAS³⁴ concernant l'observance médicamenteuse met en évidence que 74% des patients présentant des troubles psychiatriques ont arrêté la prise de leur médicament antipsychotique à 18 mois. Cramer and al.³⁵ met en évidence que les patients recevant des antipsychotiques ne prennent en moyenne que 58% des doses tandis que les patients sous antidépresseurs prennent 65% des doses prescrites. L'observance semble être moins bonne chez les patients de psychiatrie que chez les patients présentant une pathologie d'ordre somatique qui prennent en moyenne 76% des doses prescrites.

Certains facteurs de mauvaise observance ont été objectivés dans différentes études avec notamment une acceptation difficile du diagnostic et de la pathologie mentale, une confiance relativement médiocre envers les médicaments, un ressenti difficile des effets indésirables (en particulier prise de poids et sédation), une attitude stigmatisante et défavorable de l'entourage familial et social vis-à-vis des psychotropes³⁶.

Or, une mauvaise observance est un des facteurs de risque identifié comme étant porteur de rechutes et de réhospitalisations (odd ratio de 8,2)³⁷. En effet, dans 40% des rechutes, le patient admet avoir arrêté ou diminué son traitement ; cependant, seuls 4% d'entre eux reconnaissent spontanément l'arrêt du traitement comme étant une cause de la rechute³⁸.

Il existe donc un décalage entre la réalité et le ressenti des patients en termes de risques liés à une mauvaise observance, d'où l'importance d'un temps consacré à l'explication de l'intérêt des traitements médicamenteux et d'une bonne observance ainsi que des risques liés à une rupture thérapeutique. L'entretien pharmaceutique de sortie réalisé dans le cadre de la conciliation peut parfaitement répondre à ce besoin et prend toute sa place dans le parcours de soins des patients.

2.5 Objectifs du travail

L'objectif de ce travail est de faire un état des lieux de la conciliation à l'admission et à la sortie dans l'établissement avec utilisation de différents indicateurs.

Par ailleurs, nous avons souhaité évaluer l'intérêt de la démarche en recueillant l'avis des professionnels de ville destinataires des courriers de conciliation de sortie.

3 MÉTHODOLOGIE

3.1 Conciliation médicamenteuse à l'admission

3.1.1 Contexte de mise en place de la CTM à l'admission

Au cours de l'année 2013, les pharmaciens de l'EPSM Lille Métropole ont suivi une formation réalisée par le Dr Edith Dufay du CH de Luneville (un des établissements pilote du projet Med'Rec concernant la CTM) ; ils ont ensuite créé les documents nécessaires à la mise en place de la CTM à l'admission sur l'établissement. Ainsi ont été élaborés un tableau de recueil de données (*annexe 1*) ainsi que la fiche de conciliation d'entrée reprenant le BMO (*annexe 2*). Les documents ont été présentés et validés par les médecins prescripteurs lors d'une réunion du CREX.

La réalisation des CTM d'entrée a démarré en novembre 2013. Dans un premier temps, l'interne et les deux externes en stage en pharmacie les effectuaient au niveau de 4 unités d'admission (secteurs de psychiatrie 59G07, 59G18, 59G19 et 59G20) 2 jours et demi par semaine. Faute d'un effectif suffisant, ils opéraient depuis la pharmacie sans pouvoir réaliser d'entretiens avec les patients.

A partir de janvier 2015, l'effectif a été augmenté à quatre externes en pharmacie (stage de pharmacie clinique) qui ont ainsi pu être répartis directement dans les services de soins. En fonction du nombre d'externes présents en stage à la pharmacie, jusque 7 services d'admission ont été couverts par le dispositif (secteurs de psychiatrie 59G07, 59G10, 59G16, 59G17, 59G18, 59G19 et 59G20). De plus, en 2017, l'interne en pharmacie en poste a été affecté sur un secteur (59G07) avec réalisation des CTM en continu sur la semaine.

3.1.2 La CTM à l'admission en pratique

Il a été choisi de ne pas prioriser les patients mais de travailler plutôt avec les services et les médecins qui adhèrent à la démarche. Tous les patients admis dans les services concernés sont éligibles excepté les retours à court terme des patients connus du service (< 1 mois). Pour ce faire, un état des entrées dans les différents services de l'établissement est envoyé automatiquement par courriel tous les jours en pharmacie, il permet de repérer rapidement les patients à concilier par unité.

Les informations sont recueillies dans les unités de soins par les externes ou par l'interne en pharmacie. Elles proviennent au minimum de trois sources d'information parmi lesquelles : le DPI (logiciel d'aide à la prescription Cariatides[®], GIP Symaris, Rouffach), le médecin généraliste, un (des) médecin(s) spécialiste(s), le pharmacien de ville, l'IDEL, le(s) établissement(s) de santé adressant le patient (urgences, EHPAD, service spécialisé, ...), le foyer médicalisé, la famille, ... et le patient lui-même au cours d'un entretien individuel lorsque celui-ci est possible.

Les données sont synthétisées dans un BMO validé par un pharmacien senior et intégré dans le DPI. Les divergences mises en évidence sont communiquées au médecin prescripteur par téléphone, par mail ou de préférence oralement directement dans le service. Elles sont également inscrites dans les remarques pharmaceutiques qui s'affichent dans le DPI du patient. Le suivi des modifications est assuré par le pharmacien ou par l'interne en pharmacie.

3.1.3 L'entretien patient à l'admission

L'entretien avec le patient à l'entrée est conduit par les externes ou l'interne en pharmacie. Il a été formalisé grâce à l'élaboration d'un questionnaire (*annexe 3*) par un groupe de travail à la pharmacie.

L'entretien est divisé en plusieurs parties :

- Une première partie est centrée sur les médicaments avec recueil des différents traitements pris par le patient à domicile ; l'étudiant insiste sur d'éventuels médicaments particuliers ou formes galéniques spécifiques (gouttes, crèmes, patch, injections,...) dont le patient pourrait bénéficier. Le patient est également interrogé sur les éventuels effets indésirables qu'il a pu constater, sur les changements récents intervenus dans son traitement, sur sa capacité à identifier et avaler les comprimés, sur ses allergies.
- La seconde partie de l'entretien évalue l'observance du patient grâce à l'utilisation du score de Girerd (*annexe 4*).
- La troisième partie aborde l'hygiène de vie du patient notamment quant à sa consommation de tabac, d'alcool ou d'autres toxiques.
- Enfin la dernière partie permet l'obtention de contacts de professionnels en ville : médecin traitant, médecin(s) spécialiste(s), pharmacien d'officine, IDEL ou autres. L'accord du patient est demandé avant de contacter les différents professionnels.

3.2 Conciliation médicamenteuse à la sortie

3.2.1 Contexte de mise en place de la CTM à la sortie

Les pharmaciens ont répondu au premier appel à projet de la DGOS³⁹ concernant la mise en œuvre de la pharmacie clinique en établissement de santé et la CTM à la sortie a été instaurée à titre expérimental à partir de juin 2016 au niveau de deux unités du secteur de psychiatrie 59G07 (le service d'admission La Pléiade comportant 17 lits et 1 chambre de soins intensifs et les appartements thérapeutiques Léonard de Vinci comprenant 10 lits).

En juin 2016, deux pharmaciens de l'EPSM ainsi que le médecin généraliste du secteur 59G07 ont suivi une formation à la CTM à la faculté de pharmacie de Lille. Par la suite, les équipes du secteur 59G07 ont été formées à la démarche en interne par les pharmaciens. Les documents nécessaires ont été élaborés en collaboration avec les médecins du secteur (lettre aux médecins traitants et pharmaciens, documents d'information à destination du patient).

Les pharmaciens de ville, non habitués à être destinataires de courriers concernant leurs patients ont été informés de la mise en place du dispositif. Ils ont alors choisi de recevoir le courrier de sortie en majorité par mail mais aussi fax voire par voie postale. Les médecins généralistes n'ont pas été particulièrement avertis et reçoivent les courriers par voie postale.

A partir de juillet 2016, la CTM de sortie est expérimentée avec les médecins du secteur 59G07 et l'interne en pharmacie en poste, et en juillet 2017, un protocole (*annexe 5*) permettant de standardiser la démarche est rédigé.

3.2.2 La CTM à la sortie en pratique

Tout patient hospitalisé dans l'une des deux unités pilotes du secteur de psychiatrie 59G07 est éligible à la CTM de sortie

Différents documents supports sont préparés dans le cadre de la réalisation de la CTM de sortie :

- **Le document d'information à destination du patient** (*annexe 6*) se présente sous forme d'un plan de prise reprenant les différents traitements du patient, leur indication, l'heure de prise ainsi que les éventuels conseils associés. Il est intégré au DPI à la suite de l'entretien avec le patient.
- **Les fiches d'information du réseau PIC** (Psychiatrie - Information - Communication) (*exemple en annexe 7*) concernant les médicaments psychotropes du patient et qui lui seront remises pour information à la fin de l'entretien de sortie.
- **Les courriers de conciliation de sortie** (*annexe 8*) à destination du médecin traitant et du pharmacien d'officine reprennent le motif d'hospitalisation, les informations concernant le patient (allergie(s), poids, dernière clairance de la créatinine, éventuelle insuffisance hépatique), les informations de sécurité du médicament (si un (des) médicament(s) prescrit(s) nécessite(nt) un suivi ou la signature d'un accord de soins par le patient), le résultats de l'évaluation de l'observance du patient grâce au score de Girerd. Le courrier comprend également un bilan médicamenteux présenté sous forme de tableau qui compare les médicaments pris par le patient lors de son admission avec ceux prescrits à la sortie en mettant en évidence les modifications, arrêts ou ajouts de traitement et inclut une explication des modifications thérapeutiques réalisées. Le courrier est validé par le médecin et le pharmacien hospitalier. Un exemplaire est envoyé au médecin traitant et un autre au pharmacien d'officine par courrier, mail ou fax. Les courriers sont ensuite intégrés au DPI.

3.2.3 L'entretien patient à la sortie

Un entretien pharmaceutique d'information sur le bon usage du médicament a été intégré au dispositif, il est mené par un pharmacien ou un interne en pharmacie.

Tous les patients sont éligibles à l'entretien de sortie sauf si celle-ci a lieu avant que l'entretien ne puisse être mené ou si l'état cognitif du patient ne le permet pas.

L'entretien se déroule toujours selon les mêmes idées directrices :

- Tout d'abord, le patient est évalué sur les connaissances qu'il a déjà acquises concernant son traitement médicamenteux. Pour cela, il lui est demandé de remplir un plan de prise vierge, s'il en est capable ; sinon, il peut expliciter par oral ce qu'il connaît de ses médicaments.
- Puis, chaque médicament est repris avec le patient et des explications sont données concernant le nom, le dosage, les moments de prise, l'indication thérapeutique, la place dans la stratégie thérapeutique, les conseils de prise associés. Le patient est également informé des thérapeutiques qui ont été arrêtées durant l'hospitalisation et qui ne devront donc pas être reprises au domicile.
- Concernant les effets indésirables, le patient est averti des effets secondaires graves qui pourraient survenir, sur ceux qui nécessitent une surveillance ou qui font l'objet d'un traitement correcteur sur sa prescription de sortie. Une discussion peut également être engagée sur les moyens mis à la disposition du patient pour lutter contre certains effets

indésirables (exemple pour la prise de poids, conseiller de surveiller le poids 1 fois/semaine, d'équilibrer l'alimentation, de pratiquer une activité physique et de ne pas hésiter à solliciter un professionnel de santé devant une prise de poids importante).

- L'entretien pharmaceutique permet également d'évaluer l'observance. Le score de Girerd est réalisé si cela n'a pas été fait lors de la CTM à l'admission. Puis l'intervenant discute avec le patient des moyens à sa disposition permettant de ne pas oublier le traitement : pilulier hebdomadaire, mise en place d'une alarme sur le téléphone portable, disposer les boîtes de médicaments en évidence sur une table, Le patient est averti de la conduite à tenir en cas d'oubli et des risques liés à un arrêt brutal des thérapeutiques.
- A la fin de l'entretien, l'interne en pharmacie/pharmacien précise au patient qu'un courrier récapitulatif sera envoyé au médecin traitant et au pharmacien d'officine puis les documents cités en *annexe 7 et 8* lui sont remis.

3.3 Evaluation de la CTM par les professionnels de ville

Un an après la mise en place de la CTM de sortie, nous avons souhaité recueillir l'avis des professionnels de ville (pharmaciens d'officine et médecins généralistes) sur le dispositif.

A cet effet, un groupe de travail a été formé à la pharmacie afin d'élaborer des questionnaires à destination des professionnels de ville. Les questionnaires ont ensuite été présentés et validés par le chef de pôle du secteur 59G07.

L'idéal aurait été de pouvoir rencontrer directement l'ensemble des professionnels de ville de manière à pouvoir discuter avec eux du dispositif et d'obtenir leurs avis et propositions d'amélioration, mais ils étaient trop nombreux.

Afin d'évaluer la démarche auprès des pharmaciens d'officine, des rendez-vous ont été pris avec les titulaires des pharmacies d'officine ayant reçu au moins deux courriers de CTM de sortie, de façon à obtenir un avis suffisamment éclairé sur le dispositif. Lors de ce rendez-vous, nous avons pu discuter de la conciliation et remplir le questionnaire qui comportait 16 questions (*annexe 9*).

Les pharmaciens n'ayant reçu qu'un seul courrier de CTM de sortie ainsi que tous les médecins généralistes se sont vu envoyer un questionnaire papier (*annexes 10 et 11*) conçu pour être très court et rapide à remplir afin de s'assurer d'un maximum de réponses. Le questionnaire a été expédié par courrier accompagné d'une lettre explicative la première semaine de septembre 2017. Pour les CTM ayant eu lieu après l'envoi des questionnaires, un exemplaire a été joint au courrier de sortie. Les professionnels n'ayant pas retourné le questionnaire à la date buttoir ont été relancés une première fois par courrier puis une seconde fois par téléphone.

3.4 Note règlementaire

Les données ont été recueillies dans le cadre du soin par les personnels assurant ce soin et sont destinées à leur usage exclusif. L'analyse des données a été effectuée à partir d'un tableur anonymisé ne permettant pas de revenir aux sujets source. Le travail ne rentre donc pas dans le cadre de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés⁴⁰ modifiée par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 (art 193)⁴¹ et ne nécessite pas de déclaration à la Commission Nationale de l'Information et des Libertés (CNIL).

4 RÉSULTATS

Le travail se limitera volontairement aux résultats obtenus pour le secteur de psychiatrie 59G07 pour lequel les patients bénéficient à la fois de la CTM d'entrée et de sortie.

4.1 CTM à l'admission

Entre novembre 2013 et octobre 2017, sur les 1659 patients admis dans l'unité La Pléiade (17 lits d'HC et 1 lit de SI), 319 ont bénéficié de la CTM à l'admission soit 19,2%.

Les patients hors secteur et hébergés la nuit à La Pléiade par manque de place dans leur secteur d'origine ont été exclus de ce chiffre. En effet, ils bénéficient de la CTM à l'entrée dans leur secteur de rattachement et non au niveau du secteur d'hébergement.

Figure 1. Patients ayant bénéficié de la CTM à l'admission

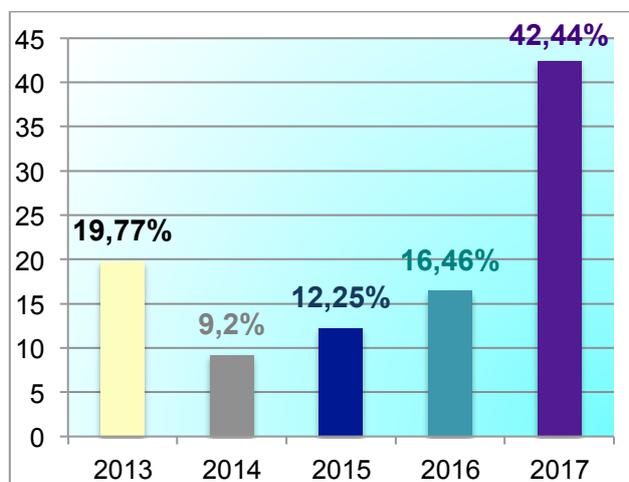
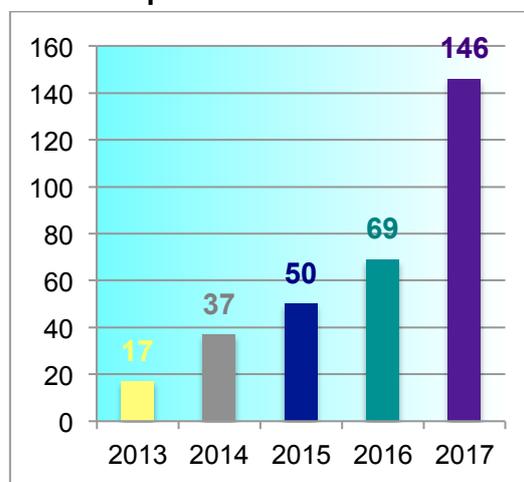


Figure 2. Nombre de CTM à l'admission réalisées par an

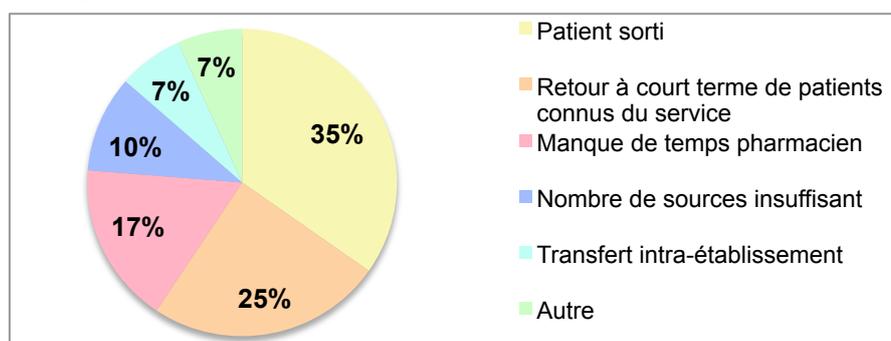


Le nombre de patients ayant bénéficié de la CTM à l'admission a progressivement augmenté entre 2013 et 2017 pour atteindre un maximum de 42,44% des patients conciliés en 2017 (attachement de l'interne en pharmacie sur ce secteur fin 2016).

Les causes de non réalisation de la CTM à l'entrée sont diverses. Elles ont été recensées d'avril à octobre 2017.

- Dans 35% des cas, les patients ne restent pas en hospitalisation et sortent immédiatement, avant d'avoir pu bénéficier du dispositif.
- Dans 25% des cas il s'agit de retours à court terme (< 1 mois) de patients connus du service qui ne bénéficient pas de la CTM à l'admission à chacun de leur passage dans les structures d'hospitalisation. En psychiatrie, cette façon de procéder est fréquente.
- Dans 17% des cas, les effectifs à la pharmacie ne permettent pas de dégager suffisamment de temps pharmacien pour concilier tous les patients à leur entrée.
- Dans 10% des cas, le nombre de sources d'information peut être insuffisant pour valider la CTM notamment pour les patients en dehors du système de santé qui ne bénéficient ni d'un médecin traitant ni d'une pharmacie d'officine habituelle.
- Enfin, dans 7% des cas il s'agit de transferts intra-établissement de patients résidant dans des structures de long séjour et pris en charge uniquement dans l'établissement. Leur ordonnance habituelle est ainsi directement reconduite via le DPI.

Figure 3. Causes de non réalisation de la CTM à l'admission



4.1.1 Description de la population

Les patients sont en majorité des hommes avec 47% de femmes et 53% d'hommes soit un sex ratio H/F de 1,13 (169/319). Ce sont des patients jeunes qui ont un âge moyen de 49,41 ans, 60 patients soit 19% ont plus de 65 ans.

Tableau 1. Caractéristiques de la population (CTM à l'admission)

Sexe masculin (%) (n¹/n_{total})	52,98% (169/319)
Age (ans)	
Moyenne (± écart type)	49,41 ± 15,71
Médiane [min-max]	50,0 [15-92]
Répartition par tranche d'âge (%) (n¹/n_{total})	
< 18 ans	0,94% (3/319)
18-24 ans	5,64% (18/319)
25-44 ans	33,86% (108/319)
45-64 ans	40,75% (130/319)
≥ 65 ans	18,81% (60/319)

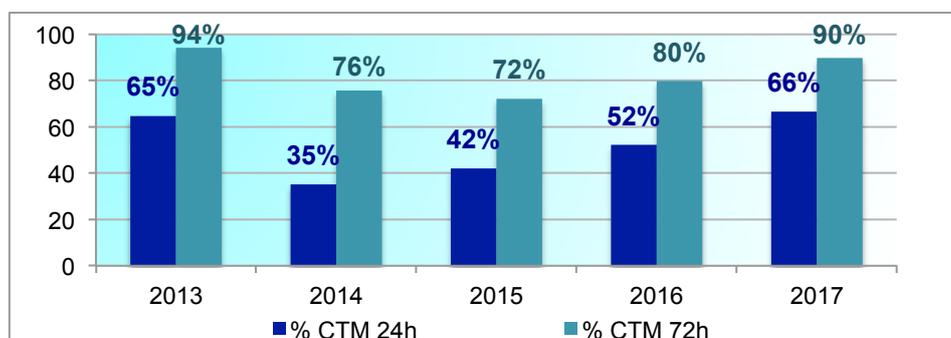
¹n = effectif observé

4.1.2 Délai avant la CTM à l'admission

Afin d'intercepter les divergences non intentionnelles le plus précocement possible, la CTM à l'entrée est réalisée de préférence dans les 24h suivant l'admission du patient.

En moyenne sur les 4 ans, un peu plus de la moitié des patients (56%) ont bénéficié de la CTM à l'entrée dans les 24h suivant leur admission et 83% dans les 72h.

Figure 4. Délai avant réalisation des CTM à l'admission



4.1.3 Sources d'information

Afin de produire un BMO fiable, l'objectif est d'obtenir des données provenant au minimum de trois sources d'information, ce qui permet d'avoir un recueil le plus exhaustif possible.

Globalement depuis 2013, $2,79 \pm 0,74$ sources ($IC_{95\%} : 2,71-2,88$) ont été consultées par patient et 64% des conciliations ont été réalisées avec 3 sources d'informations ou plus.

Figure 5. CTM réalisées avec au moins trois sources d'information

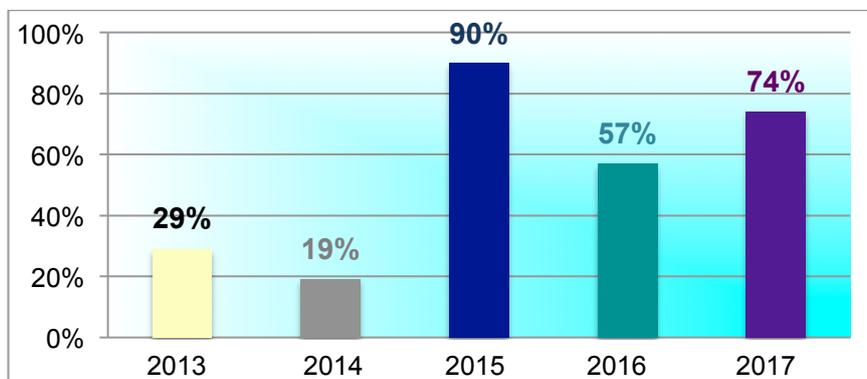
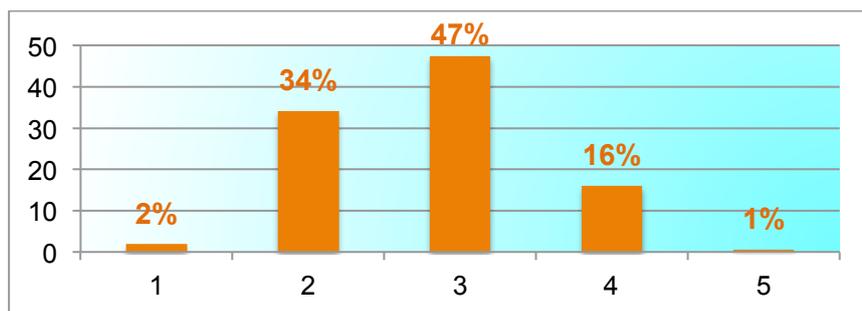
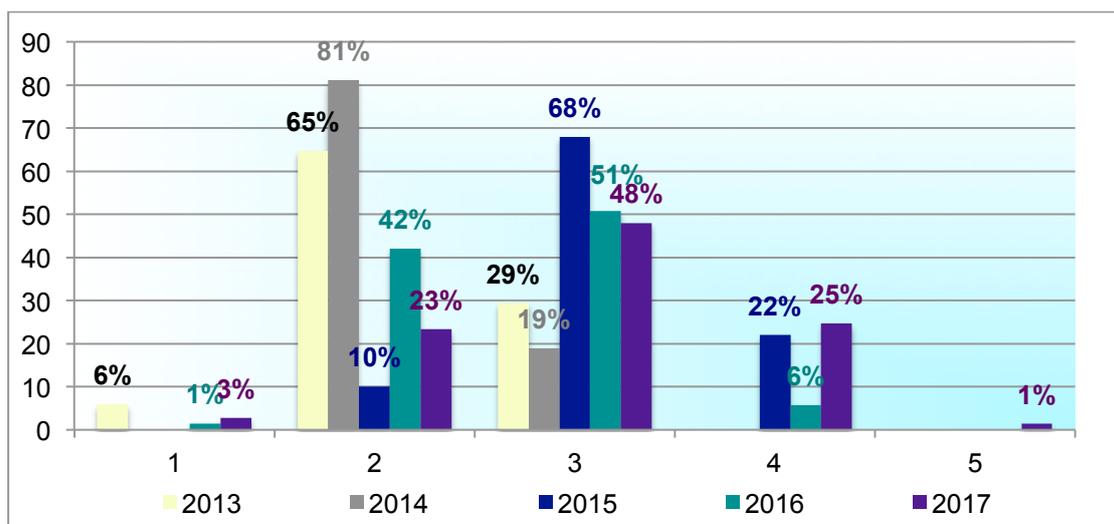


Figure 6. Répartition du nombre de sources utilisées par patient

a) Globalement



b) Par année



Les sources les plus fréquemment utilisées sont le DPI (80%), la pharmacie d'officine (64%) et le médecin généraliste (58%).

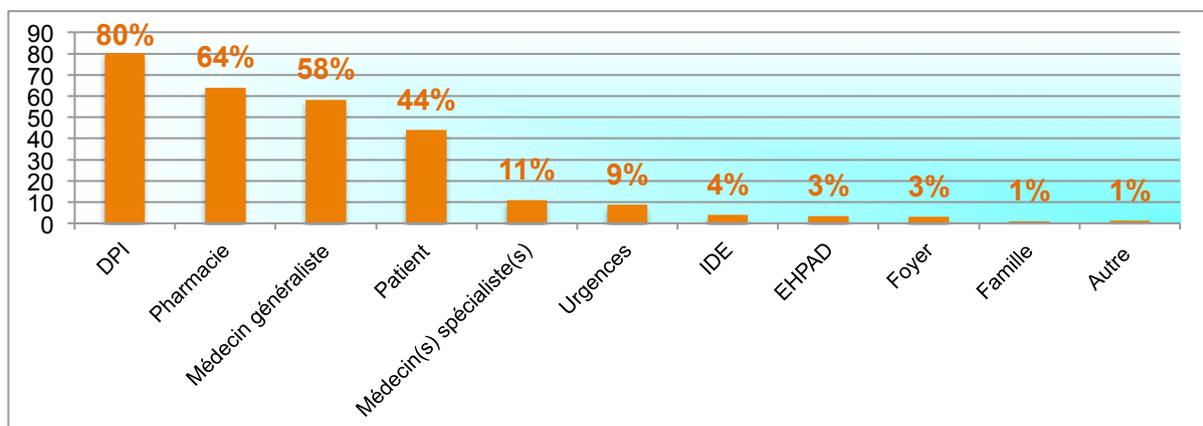
Le DPI est systématiquement consulté lorsqu'il existe. En 2017, le DPI a été utilisé pour 58% des patients ; soit 42% des patients conciliés qui n'ont pas de DPI et n'ont jamais été suivis ni hospitalisés dans l'établissement.

Les autres sources utilisées selon les besoins sont :

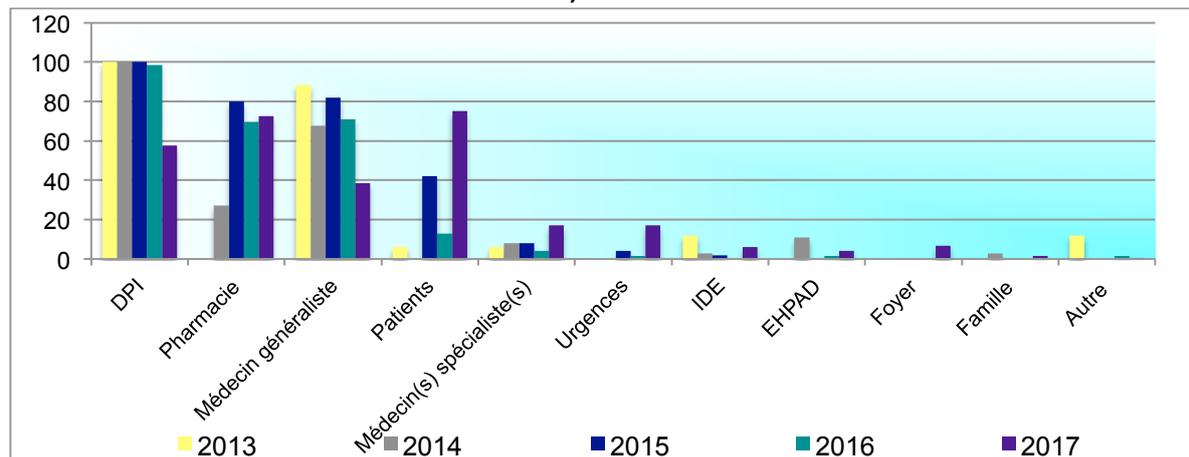
- les médecin(s) spécialiste(s) (11%) principalement via des courriers ou ordonnances,
- les comptes rendus de passages aux urgences (9%),
- les infirmiers libéraux (4%),
- les EHPAD (3%) ou foyers (2%) qui fournissent généralement un plan de prise ou une ordonnance à l'entrée du patient
- parfois la famille peut également être contactée en cas de nécessité.

Figure 7. Types de sources utilisées

a) Globalement



b) Par année



L'entretien patient a été systématisé à partir de 2015 avec jusque 75% des patients interrogés à l'entrée en 2017 contre seulement 6% en 2013 et 0% en 2014 avant l'intégration des externes dans les services de soins.

4.1.4 Analyse des divergences

Lors de notre analyse,

- Les substitutions de médicaments, les ajouts de certains médicaments à l'admission (type laxatifs, paracétamol, anxiolytiques), les divergences documentées dans le dossier patient n'ont pas été comptabilisées comme des divergences.
- Les divergences intentionnelles comprennent les divergences non documentées dans le dossier patient mais confirmées par le médecin référent comme étant volontaires.
- Les divergences non intentionnelles englobent les divergences non documentées dans le dossier patient et confirmées comme étant non intentionnelles par le médecin prescripteur (généralement liées à une méconnaissance ou une connaissance partielle du traitement pris par le patient au domicile).

Pour les 319 patients ayant bénéficié de la CTM à l'admission, nous avons identifié :

- 310 lignes divergentes (intentionnelles ou non) soit $0,97 \pm 1,50$ ($IC_{95\%} : 0,81-1,14$) par patient
- 202 lignes DNDNI soit $0,63 \pm 1,12$ ($IC_{95\%} : 0,51-0,76$) par patient.

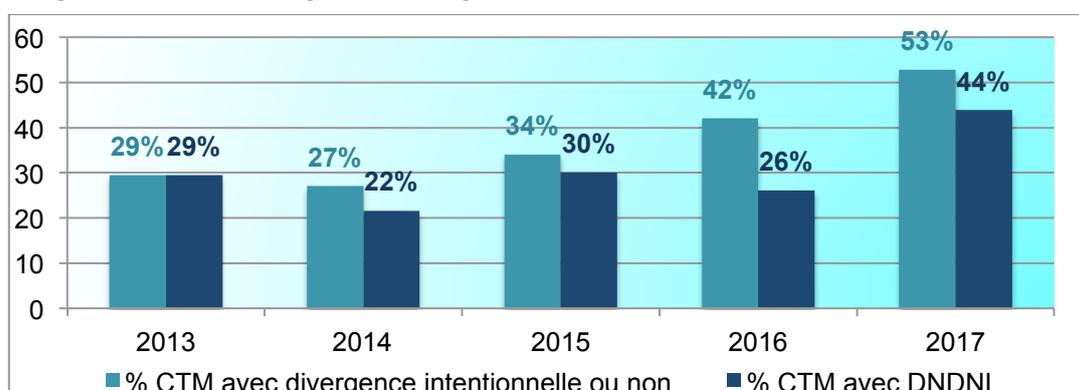
65% des lignes divergentes sont donc non intentionnelles.

Par ailleurs, sur les 319 CTM réalisées :

- 138 soit 43% présentent au moins une divergence (intentionnelle ou non),
- 110 soit 34% présentent au moins une DNDNI.

Le pourcentage de CTM présentant au moins une DNDNI varie au cours du temps, il est compris entre 25 et 30% entre 2013 et 2016 et atteint un maximum avec 44% en 2017.

Figure 8. Pourcentage de divergences (intentionnelles ou non) et de DNDNI

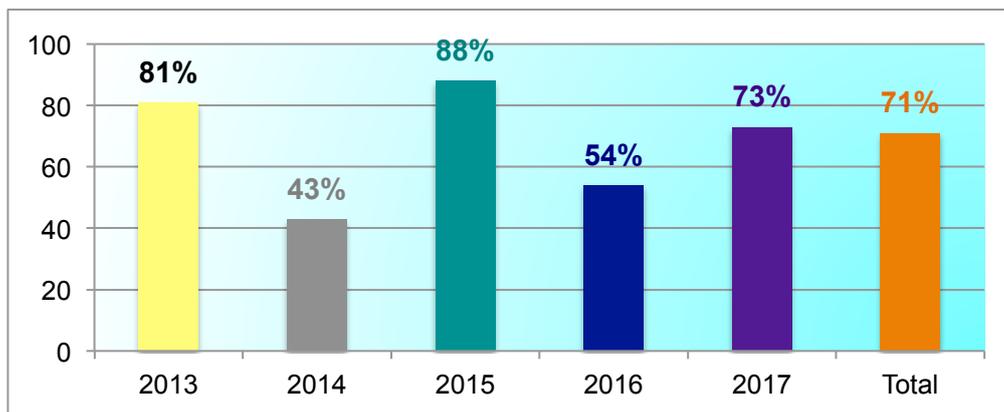


Les lignes DNDNI correspondent à des erreurs médicamenteuses et sont donc signalées au médecin prescripteur (médecin généraliste ou psychiatre selon les cas) pour être corrigées.

Sur les 202 lignes DNDNI, 143 soit 71% ($IC_{95\%} : 65-77\%$) ont été prises en compte par les prescripteurs et ont donné lieu ou non à une modification de la prescription.

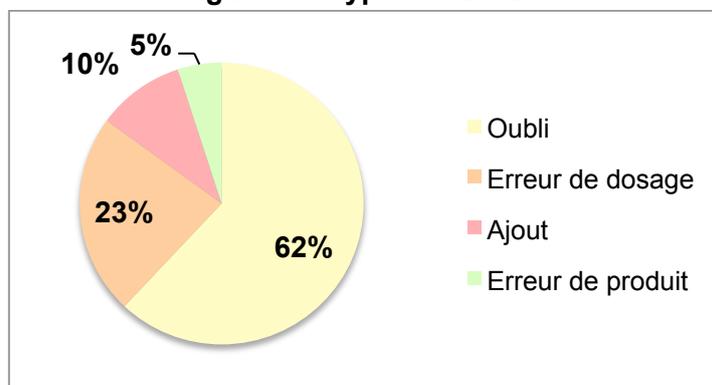
Dans certaines situations, le médecin a choisi de maintenir sa prescription après avoir été informé de la DNDNI. C'est le cas de médicaments que le patient prenait à domicile alors que le prescripteur n'en avait pas connaissance à son admission. La CTM a permis d'identifier ces traitements, mais la prescription a été jugée non adaptée et ils n'ont finalement volontairement pas été reconduits.

Figure 9. DNDNI prises en compte par les prescripteurs



Les DNDNI recensées correspondent à en majorité à des arrêts involontaires de traitements (62%) mais également à des erreurs de dosage (23%), des ajouts involontaires de médicaments (10%) ou à des erreurs de produits (5%).

Figure 10. Types de DNDNI



Les médicaments impliqués dans les DNDNI sont dans la grande majorité des cas des traitements à visée somatique (85%) tandis que les psychotropes ne représentent que 15% des DNDNI.

Les médicaments somatiques les plus impliqués dans les DNDNI sont les médicaments du système cardiovasculaire (23%), des voies digestives et du métabolisme (22%) puis ceux du système respiratoire (13%) avec notamment les bronchodilatateurs.

Par ailleurs, parmi les DNDNI recensées, 4 concernent des médicaments considérés comme à risque dans l'établissement soit 2% des DNDNI :

- erreur de dosage du methotrexate,
- arrêt involontaire de valpromide,
- ajout involontaire de fentanyl transmuqueux,
- erreur de dosage d'une insuline lente.

Ces erreurs sont donc susceptibles d'avoir un impact clinique significatif pour le patient. Elles ont toutes été prises en compte et corrigées par le médecin prescripteur.

Figure 11. Types de médicaments impliqués dans les DNDNI

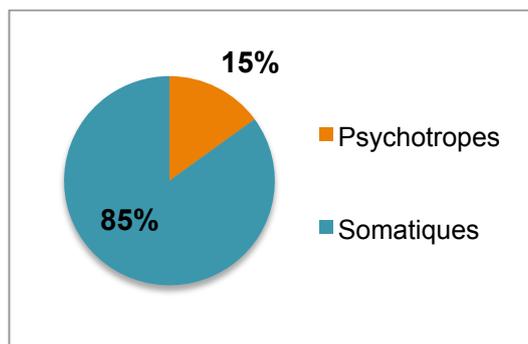
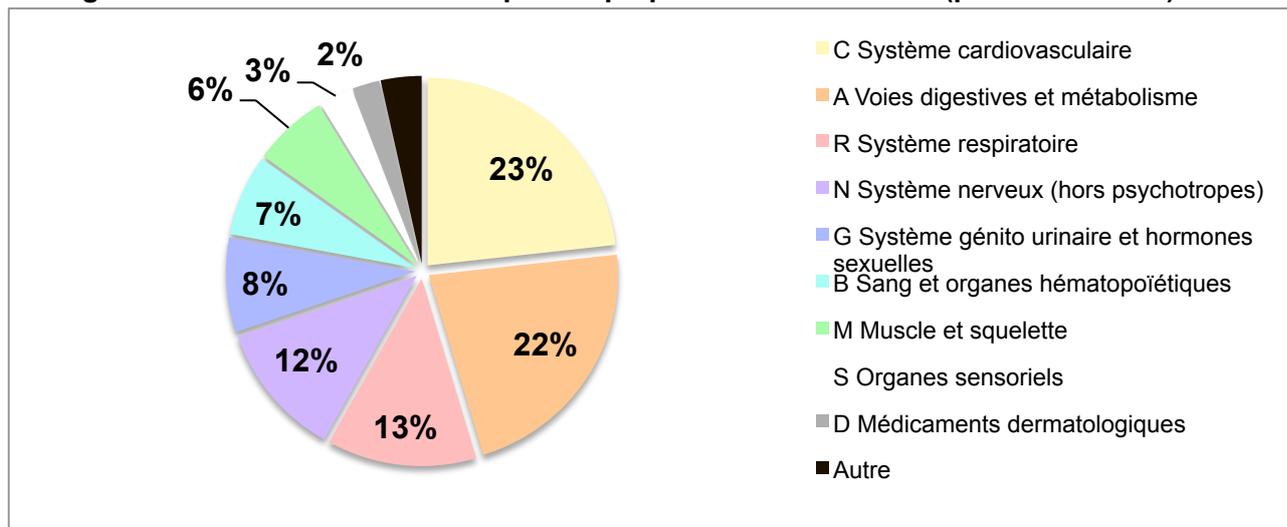


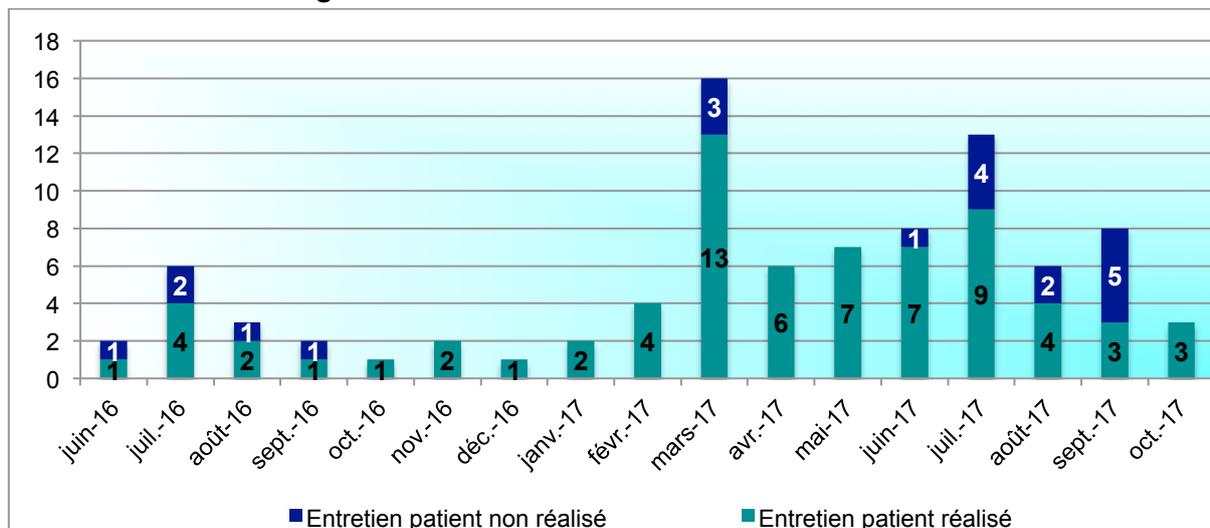
Figure 12. Médicaments somatiques impliqués dans les DNDNI (par classe ATC)



4.2 CTM à la sortie

Entre juin 2016 et octobre 2017, 90 patients ont bénéficié de la CTM à la sortie dans deux unités pilotes (17 lits d'HC, 1 lit de SI et 10 lits en AT) : 17 patients en 2016 et 73 en 2017, parmi eux 7 (soit 7,8%) ont profité au moins deux fois du dispositif lors de séjours différents.

Figure 13. Nombre de CTM à la sortie réalisées



Pour 32 patients (36%) ayant bénéficié de la CTM de sortie, la CTM d'entrée n'avait pas été réalisée au préalable.

Par ailleurs, 20 patients (22%) ont bénéficié de la CTM à la sortie sans entretien pharmaceutique de sortie.

4.2.1 Caractéristiques de la population

Les patients sont en majorité des femmes avec 59% de femmes et 41% d'hommes soit un sex ratio H/F de 0,70 (37/53). L'âge moyen est de 50 ans et 16% des patients ont plus de 65 ans.

Tableau 2. Caractéristiques de la population (CTM de sortie)

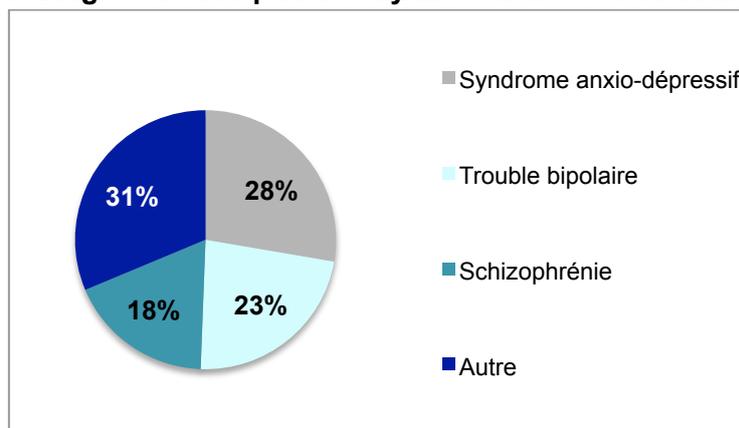
Sexe masculin (%) (n¹/n_{total})	41,11% (37/90)
Age (ans)	
Moyenne (± écart type)	50 ± 14,98
Médiane [min-max]	52 [17-85]
Répartition par tranche d'âge (%) (n¹/n_{total})	
< 18 ans	1,11% (1/90)
18-24 ans	7,78% (7/90)
25-44 ans	25,56% (23/90)
45-64 ans	50% (45/90)
≥ 65 ans	15,56% (14/90)

¹n = effectif observé

4.2.1.1 Diagnostic principal

Les patients conciliés à la sortie étaient en majorité des patients souffrant d'un syndrome anxio-dépressif (28%), de troubles bipolaires (23%) ou de schizophrénie (18%). Les autres diagnostics étaient très divers : troubles de l'adaptation, troubles de la personnalité, troubles obsessionnels compulsifs, troubles panique, anorexie, personnalité émotionnellement labile, troubles psychotiques aigus, psychose chronique, troubles liés à une consommation chronique d'alcool, ...

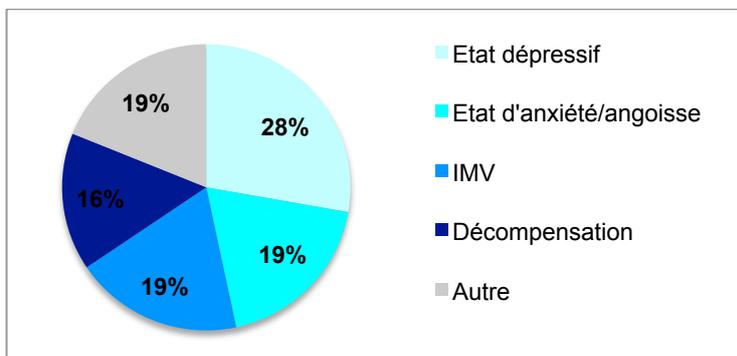
Figure 14. Diagnostic des patients ayant bénéficié de la CTM à la sortie



4.2.1.2 Motif d'admission

Les patients étaient initialement hospitalisés en majorité pour état dépressif (28%), état d'anxiété/d'angoisse (19%), intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) (19%), décompensation d'une pathologie psychiatrique (16%). Les autres motifs d'hospitalisation étaient nombreux : état d'agitation ou d'agressivité, consommation excessive d'alcool, nécessité de réévaluer ou de réintroduire un traitement, séjour de rupture, sevrage alcoolique, bouffée délirante aiguë (BDA), ...

Figure 15. Motifs d'admission des patients ayant bénéficié de la CTM à la sortie



4.2.2 Evaluation de l'observance

Le score de Girerd a été utilisé pour évaluer l'observance des patients soit lors de l'entretien à l'entrée si possible, soit lors de l'entretien de sortie (*cf annexe 4*).

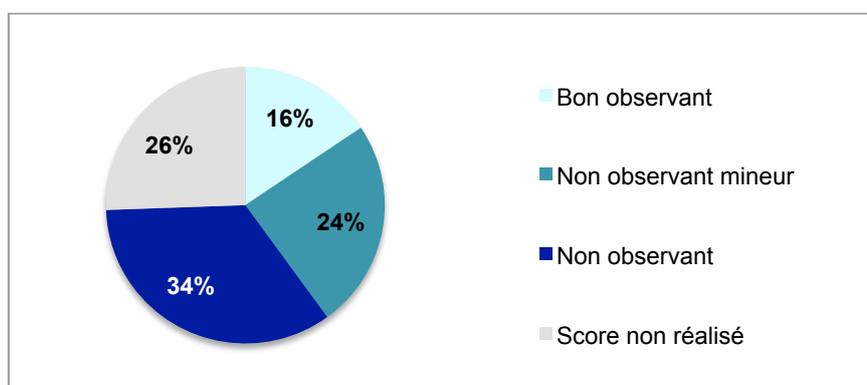
Le score de Girerd n'a pas été réalisé pour 23 patients (26%). Il s'agit notamment de patients arrivés en rupture thérapeutique lors de leur hospitalisation ou de patients pour lesquels le score n'était pas adapté (passage d'une IDE libérale plusieurs fois par jour qui s'assure de la bonne observance, prise du traitement quotidiennement dans une pharmacie d'officine, ...).

Au total :

- 14 patients sont considérés comme bons observants (16%).
- 22 patients sont non observants mineurs (24%).
- 34 patients sont non observants (34%).

Parmi les 90 patients, 14 (15,6%) étaient en rupture thérapeutique lors de leur admission.

Figure 16. Evaluation de l'observance des patients (score de Girerd)



4.2.3 Devenir des patients

En avril 2018, les dossiers ont été revus pour déterminer quels patients avaient été réhospitalisés ou non. A l'aide de la CTM à l'admission réalisée lors de cette réhospitalisation, nous avons déterminé lesquels étaient à nouveau en rupture thérapeutique lors de leur admission.

Sur les 90 patients ayant bénéficié de la CTM de sortie :

- 42 (46,7%) ont été réhospitalisés au moins une fois en hospitalisation complète,
- 46 (51,1%) n'ont pas été réhospitalisés sur la période,
- 2 (2,2%) sont décédés en lien avec leur pathologie mentale.

Sur les 42 patients réhospitalisés :

- 10 n'avaient pas bénéficié d'un entretien pharmaceutique de sortie,
- 32 avaient bénéficié de l'entretien pharmaceutique de sortie.

12 patients sur les 42 (28,6%) étaient à nouveau en rupture thérapeutique lors de leur réhospitalisation :

- 4 (40%) parmi les 10 patients n'ayant pas bénéficié d'un entretien,
- 8 (25%) parmi les 32 patients ayant bénéficié d'un entretien.

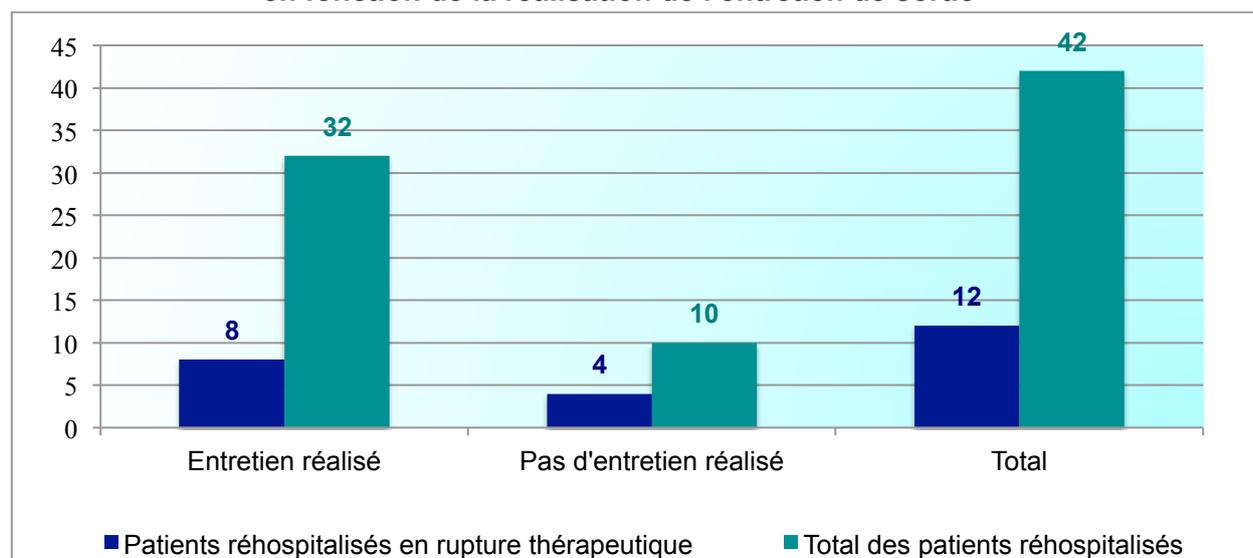
Sur les 12 patients réhospitalisés en rupture thérapeutique :

- 3 (25%) avaient bien été évalués comme non observants grâce au score de Girerd,
- 4 (33%) avaient été estimés non observants mineurs,
- 5 (42%) n'avaient pas bénéficié de la réalisation du score de Girerd.

Sur les 14 patients en rupture thérapeutique à l'admission :

- 5 ont été réhospitalisés dont 2 à nouveau en rupture thérapeutique,
- 9 n'ont pas été réhospitalisés sur la période.

Figure 17. Nombre de patients réhospitalisés en rupture thérapeutique ou non en fonction de la réalisation de l'entretien de sortie



4.3 Evaluation de la CTM par les professionnels de ville

4.3.1 Pharmacies d'officine

Au total, 79 courriers ont été envoyés à 30 pharmaciens d'officine. Pour 7 patients (7,8%) aucun courrier n'a été envoyé et 9 d'entre eux (10%) ont déclaré ne pas avoir de pharmacie habituelle. 5 patients (5,6%) ont demandé à ce que le courrier soit envoyé à deux pharmaciens différents.

Sur les 30 pharmaciens d'officine, 17 soit 56,7% ont reçu au moins 2 courriers de CTM de sortie et ont été contactés pour la prise d'un rendez-vous. 15 entretiens ont eu lieu soit un taux de réponse positive de 88%, 1 pharmacien a refusé l'entretien et 1 autre n'a pu être joint pour définir une date. Les entretiens ont eu lieu en juin puis en septembre 2017.

Les 13 pharmaciens (43,3%) ayant reçu un seul courrier de CTM de sortie ont eu un questionnaire papier par courrier accompagné d'une lettre explicative concernant l'objectif de notre démarche. 1 seul questionnaire est revenu complété soit un taux de réponse positive de 7,7%.

Tableau 3. Taux de réponses positives aux questions 1, 3, 8, 9, 12 à 16

Intitulé des questions	% de oui (n*/n _{total})
1 Connaissez-vous la démarche de CTM ?	68,8% (11/16)
3 Avez-vous reçu une information suffisante de la part des professionnels de l'EPSM sur la démarche lors de la mise en place du dispositif ?	18,8% (3/16)
8 Est-ce que l'information apportée par le courrier de sortie vous parvient dans un délai suffisant (avant le passage du patient à l'officine) ?	87,5% (14/16)
9 Est-ce que l'information apportée par le courrier de sortie vous permet d'anticiper les commandes de médicaments de façon à les avoir à disposition lors de l'arrivée du patient ?	68,8% (11/16)
12 Est-ce que leur [patients de santé mentale] prise en charge est aisée pour vous ?	62,5% (10/16)
13 Est-ce que la démarche de conciliation médicamenteuse vous permet d'améliorer cette prise en charge ?	75,0% (12/16)
14 Pensez-vous que l'entretien pharmaceutique à l'hôpital permet une meilleure approche du métier de pharmacien pour le patient, est-ce que les patients viennent plus fréquemment vous demander conseil ?	75,0% (12/16)
15 Est-ce que la démarche vous amènerait plus facilement à communiquer avec le pharmacien hospitalier en cas de besoin ?	87,5% (14/16)
16 Globalement, est ce que la démarche de CTM a modifié votre pratique au contact des patients de santé mentale, en termes d'approche, de conseils ?	37,5% (6/16)

n* = effectif observé

A la question 1, 68,8% de pharmaciens déclarent connaître la démarche de CTM (cf *tableau 3*). Cependant, la plupart n'ont jamais reçu de formation spécifique sur le sujet et ont découvert au fur et à mesure de la mise en place du dispositif par les différents CH.

A la question 2, « quel est votre avis sur la démarche et sur l'implication du pharmacien dans le parcours de soins du patient ? », la totalité des pharmaciens interrogés a un avis favorable (cf *tableaux 4*).

Tableau 4. Commentaires à la question 2

« Quel est votre avis sur la démarche et sur l'implication du pharmacien dans le parcours de soins des patients ? »

« Intéressant en termes d'apport d'informations et permet un retour du temps consacré par la pharmacie de ville à la CTM à l'admission qui est assez chronophage ».

« Indispensable »

« Démarche intéressante mais le pharmacien n'est pas réellement un acteur décisionnaire dans la prise en charge du patient. »

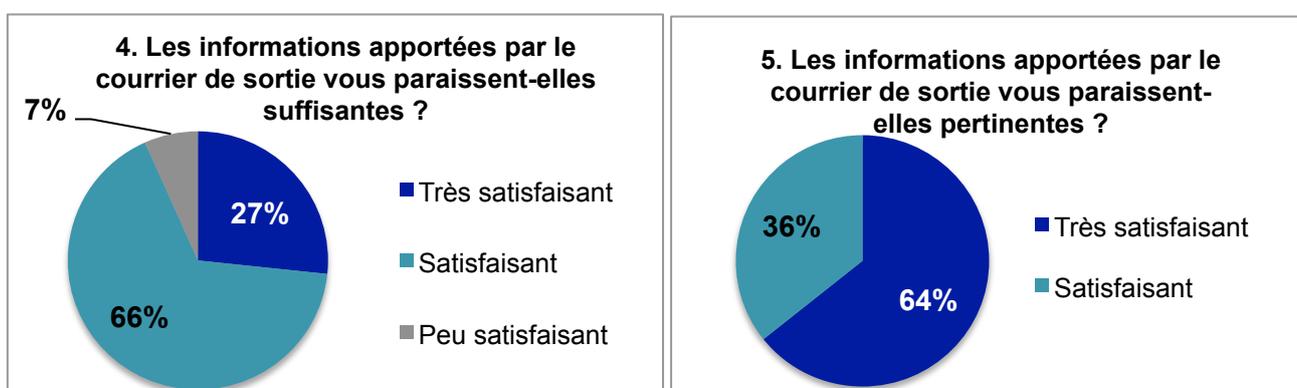
« Reconnaissance du pharmacien en tant que professionnel de santé impliqué dans le parcours de soins du patient. »

« Permet d'avoir les informations et de mieux répondre aux questions du patient d'où une meilleure efficacité au comptoir.

« Permet au pharmacien d'assurer son rôle de relai entre hospitalisation et retour à domicile. »

« Permet d'éviter les erreurs, les patients sont souvent perdus avec leurs traitements en sortie d'hospitalisation. Ils ne savent plus quels traitements doivent être poursuivis ou arrêtés. »

Figure 18. Réponses aux questions 4 et 5



A la question 6, « quelles informations souhaiteriez-vous obtenir en complément ? » certains pharmaciens ont proposé des améliorations à apporter au courrier de sortie :

- Copie aux IDE libéraux qui ne reçoivent aucun courrier à la sortie du patient.
- Nom du médecin traitant et de l'IDE libéral qui prennent en charge le patient.
- Informations particulières concernant le patient notamment les conditions de délivrance des traitements (délivrance fractionnée, délivrance à l'IDE libéral ...).
- Le suivi mis en place à la sortie du patient (consultations, CMP ...).

Certaines de ces demandes ont d'ores et déjà été prises en compte et ont donné lieu à une modification du courrier de CTM de sortie.

A la question 7, « par quel moyen souhaitez-vous recevoir le courrier de sortie ? » la majorité des pharmaciens (68%) a répondu par mail et 32% par fax.

A la question 10 « est-ce que l'information apportée par le courrier de sortie vous permet d'anticiper en matière de conseils à apporter au patient ? » (cf figure 20) certains pharmaciens ont apporté un commentaire (cf tableau 5).

Figure 19. Réponses à la question 10

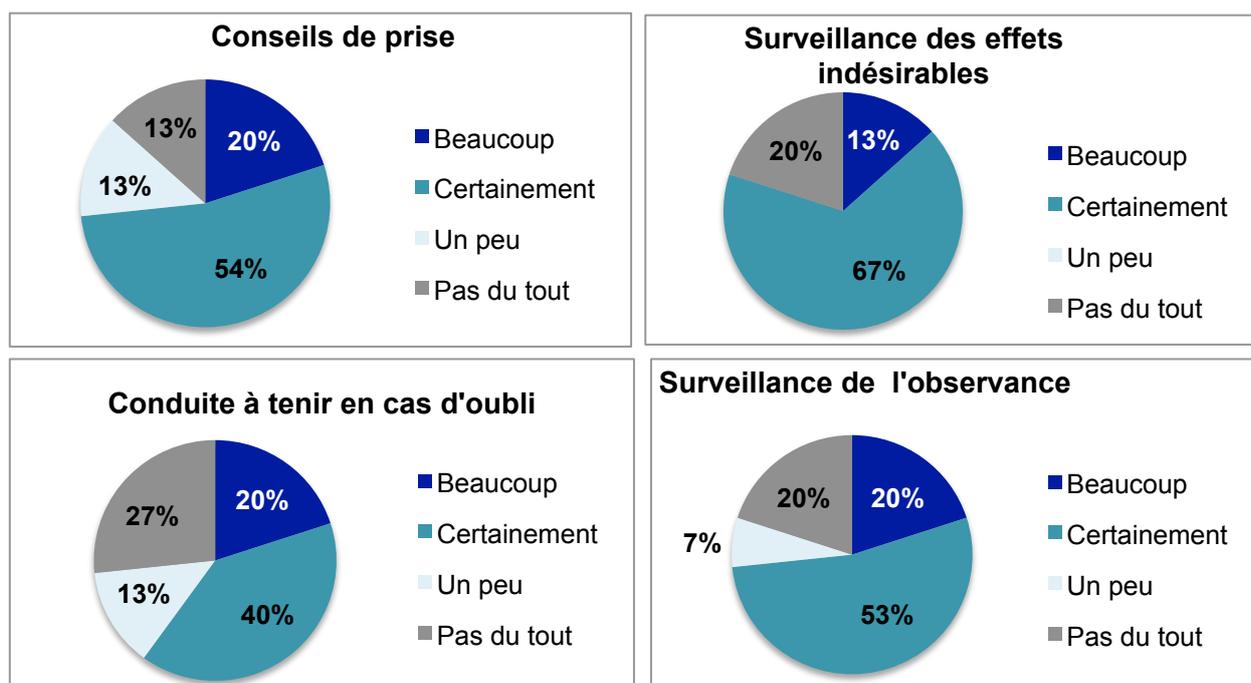


Tableau 5. Commentaires à la question 10

« Est-ce que l'information apportée par le courrier de sortie vous permet d'anticiper en matière de conseils à apporter au patient ? »

« Plus de temps est consacré à l'explication du traitement si le score de Girerd montre un patient non observant mineur ou non observant. »

« On ne pense pas à donner certains conseils qui nous paraissent évidents. »

« Finalement assez peu de conseils sont donnés au comptoir car les patients ne sont pas demandeurs et n'écoutent pas les explications. »

« La conciliation de sortie ne change pas notre pratique en termes de conseils. »

« En sortie d'hospitalisation, les patients vont rarement chercher leur traitement eux-mêmes. Ce sont souvent des proches qui viennent et qui reçoivent les conseils. De plus, ils récupèrent les traitements dans une pharmacie pratique pour eux mais qui n'est pas forcément la pharmacie habituelle du patient. Risque d'erreurs et de perte d'informations pour le patient. »

A la question 11, « quelle est votre gestion du courrier après réception ? » 73% des pharmaciens déclarent classer le courrier dans le dossier patient de leur logiciel de dispensation, 13% le classent dans un dossier papier et 13% ne conservent le courrier que jusqu'à réception de l'ordonnance du médecin traitant puis le détruisent.

A la question 12, « quel est votre ressenti par rapport aux patients de santé mentale ? Est-ce que leur prise en charge est aisée pour vous ? », 62,5% des pharmaciens ont une réponse positive (cf tableaux 3 et 6).

Tableau 6. Commentaires à la question 12

« Quel est votre ressenti par rapport aux patients de santé mentale ? Est-ce que leur prise en charge est aisée pour vous ? »

« Le pire pour ces patients serait de ne pas avoir de prise en charge. Il est parfois difficile pour eux ou leur entourage de faire la démarche. »

« Ce sont des patients comme les autres même si certains sont parfois plus difficiles à prendre en charge. »

« Nous avons déjà subi des agressions de la part de certains patients et avons parfois peur de rester seul dans la pharmacie. »

« Le pharmacien ne connaît pas la pathologie exacte du patient qu'il a en face de lui même s'il peut deviner dans une certaine mesure grâce aux traitements. On évite donc de parler de la pathologie pour se contenter de rester centré sur le traitement. »

« Prise en charge parfois compliquée avec des traitements qui doivent être délivrés tous les jours au comptoir, des patients qui essaient de tricher ou trafiquent les ordonnances. »

« Manque de formation pour la gestion des états d'agitation voire d'agressivité au comptoir. On se sent parfois démuni dans ces situations. »

A la question 13, « est-ce que la démarche de CTM vous permet d'améliorer cette prise en charge ? Comment ? », 75% des pharmaciens répondent positivement (*cf tableaux 3 et 7*).

Tableau 7. Commentaires à la question 13

« Est-ce que la démarche de conciliation médicamenteuse vous permet d'améliorer cette prise en charge ? Comment ? »

« Le patient reçoit un plan de prise qui récapitule son traitement. »

« Permet de recevoir les informations indispensables à la prise en charge du patient. »

« L'amélioration de la prise en charge dépend du patient. Pour les patients impliqués et demandeurs, l'amélioration est certaine grâce au relai ville-hôpital. Si le patient ne communique pas avec les professionnels de ville, il est difficile de changer les choses. Dans un premier temps, il est important de déculpabiliser et de déstigmatiser les patients pris en charge en EPSM, ce qui pourrait les amener à communiquer plus facilement et à améliorer le contact avec les professionnels. »

« Amélioration en terme de possibilités d'anticipation et d'obtention d'informations fiables. Plus fiables que le patient qui était jusqu'à présent la seule source d'information. »

« Dialogue plus facile avec le corps médical hospitalier grâce à l'identification des personnes interlocutrices. »

« Permet plus facilement d'anticiper une délivrance. Les psychotropes ne sont habituellement jamais avancés sans historique médicamenteux. »

« Meilleure efficacité lorsqu'on est en possession des bonnes informations. »

« Accès à une information plus fiable que ce que le patient est capable de rapporter. »

« La proximité et la disponibilité du pharmacien en fait une personne ressource vers laquelle le patient peut se tourner et qui peut orienter et conseiller en cas de problème plutôt que de voir le malade arrêter son traitement. Cependant, pour assurer ce rôle au mieux, il est nécessaire d'avoir les bonnes informations et c'est ce qui permet la conciliation de sortie. »

A la question 16, « globalement, est-ce que la démarche de CTM a modifié votre pratique au contact des patients de santé mentale, en termes d'approche, de conseils ? » 37,5% des pharmaciens ont répondu oui. Pour les autres, la démarche de CTM à la sortie apporte un bénéfice mais n'a pas modifié leur pratique quotidienne (*cf tableaux 3 et 8*).

Tableau 8. Commentaires à la question 16

Globalement, est ce que la démarche de CTM a modifié votre pratique au contact des patients de santé mentale, en termes d'approche, de conseils ... ?

« Oui grâce aux informations apportées par le courrier de sortie. »

« Oui, permet plus d'anticipation. Le traitement est préparé à l'avance à l'aide du courrier de sortie de façon à ce que nous puissions être plus disponibles lors du passage du patient. »

« La démarche est encore récente. A voir avec le développement de la conciliation de sortie à plus large échelle. »

« La démarche a permis d'améliorer la prise en charge des patients mais ne s'ensuit pas forcément une modification des pratiques. »

« Non, les patients ayant bénéficié du dispositif étaient jusqu'à présent des patients connus qui n'ont pas bénéficié de changements de traitement importants durant l'hospitalisation. »

« Globalement, la démarche n'a pas modifié nos pratiques mais nous encourage et nous permet d'être plus impliqué. »

Globalement, les pharmaciens d'officine espèrent que la CTM de sortie va se pérenniser et se systématiser à l'ensemble des sorties d'hospitalisation.

4.3.2 Médecins généralistes

Au total, 83 courriers ont été envoyés à 48 médecins généralistes. Pour 7 patients (7,8%) aucun courrier n'a été envoyé et 1 patient (1,1%) a déclaré ne pas avoir de médecin généraliste. 1 patient (1,1%) a souhaité que le courrier soit envoyé à deux médecins généralistes différents.

Les 48 médecins généralistes ont reçu un questionnaire papier par courrier accompagné d'une lettre expliquant la démarche. 10 questionnaires ont été retournés complétés soit un taux de réponse positive de 20,8%.

Tableau 9. Taux de réponse positive aux questions 1, 4 et 5

Intitulé des questions	% de oui (n*/n _{total})
1 Connaissez-vous la démarche de conciliation médicamenteuse ?	60% (6/10)
4 Est-ce que l'information apportée par le courrier de conciliation de sortie vous parvient avant le rendez-vous avec le patient ?	20% (2/10)
5 Le courrier de conciliation de sortie vous semble-t-il utile à l'amélioration de la continuité de la prise en charge des patients ?	100% (10/10)

A la question 2, « les informations fournies par le courrier de CTM de sortie, que vous avez reçu pour au moins un de nos patients sortants, vous paraissent-elles pertinentes au regard des informations que vous recevez par ailleurs concernant le traitement médicamenteux des patients en sortie d'hospitalisation ? » les médecins répondent favorablement dans 89% (réponses « très satisfaisant » et « satisfaisant ») (cf figure 21 et tableau 10)

Figure 20. Réponses à la question 2

« Les informations fournies par le courrier de CTM de sortie, que vous avez reçu pour au moins un de nos patients sortants, vous paraissent-elles pertinentes au regard des informations que vous recevez par ailleurs concernant le traitement médicamenteux des patients en sortie d'hospitalisation ? »

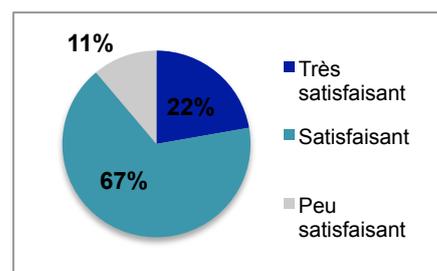


Tableau 10. Commentaires à la question 2

« Les informations fournies par le courrier de CTM de sortie, que vous avez reçu pour au moins un de nos patients sortants, vous paraissent-elles pertinentes au regard des informations que vous recevez par ailleurs concernant le traitement médicamenteux des patients en sortie d'hospitalisation ? »

« Pratique et utile pour s'y retrouver. »

« Permet une mise à jour du traitement. »

« Très bien pour voir d'un coup d'œil les différents changements de traitement. »

« Sécurité pour le suivi des patients. »

« Etre dans la continuité de la démarche thérapeutique initiée en hospitalisation. »

Dans la seconde partie de la question 2 « quelles informations complémentaires souhaiteriez-vous obtenir ? », les médecins ont proposés différents points à améliorer :

- Effets secondaires et précautions d'emploi,
- Qui délivre quoi ?
- Est-ce qu'une ordonnance de sortie est en possession du patient à sa sortie ?
- Quel suivi est mis en place par l'EPSM après la sortie d'hospitalisation.

A la question 3 « par quel moyen souhaitez-vous recevoir le courrier de conciliation de sortie ? », 50% souhaitent le recevoir par courrier, 29% par mail via leur messagerie Apicrypt et 21% par fax.

A la question 5 « le courrier de conciliation de sortie vous semble-t-il utile à l'amélioration de la continuité de la prise en charge des patients ? », la totalité des médecins répond favorablement (*cf tableaux 9 et 11*).

Tableau 11. Commentaires à la question 5

« Le courrier de conciliation de sortie vous semble-t-il utile à l'amélioration de la continuité de la prise en charge des patients ? »

« Permet une mise à jour du traitement. »

« Oui, surtout en milieu psychiatrique, difficultés pour avoir des informations correctes. »

« Information du médecin, continuité des soins, sécurisation évitent les erreurs de transmission, sécurise le patient qui se sent pris en charge par une équipe dont son médecin fait partie. »

« Education thérapeutique, minimise les risques secondaires. »

« Prise en charge globale du patient et interactions. »

« Plus qu'indispensable de recevoir un courrier mais celui-ci devrait arriver avant la sortie du patient ou le jour de sa sortie. »

« Mais nécessite un courrier de pré-sortie qui doit être en notre possession avant l'arrivée du patient au cabinet. »

5 DISCUSSION

5.1 Limites générales de l'étude

Les résultats proposés sont ceux d'un seul secteur de psychiatrie (59G07 – Armentières et villes avoisinantes), les autres secteurs ne disposant pas de la CTM à la sortie. Les résultats peuvent donc être biaisés par les pratiques qui sont médecin-dépendantes. Cependant, l'échantillon de population analysé pour la CTM d'entrée est relativement important (n = 319) permettant une relative fiabilité des données.

Pour la CTM de sortie, l'échantillon est de taille plus réduite (n = 90), notamment en ce qui concerne les réhospitalisations (n = 42), ce qui doit être pris en compte pour l'analyse des résultats.

Concernant l'évaluation de la CTM par les professionnels de ville, deux méthodologies distinctes ont été utilisées : les entretiens pour les pharmaciens et les questionnaires papier pour les médecins généralistes. Cela peut constituer un biais car l'entretien permet un échange plus construit ; de plus, le taux de réponse positive a été plus important que pour les questionnaires papier. L'effectif reste cependant limité avec n = 15 entretiens réalisés. Pour les médecins généralistes, le nombre de retours est réduit (n = 10) et il est fort probable que les praticiens les plus intéressés par la démarche aient répondu en priorité, ce qui représente un deuxième biais important.

5.2 Concernant la CTM à l'admission

5.2.1 Caractéristiques de la population

La moyenne d'âge des patients ayant bénéficié de la CTM à l'admission dans l'établissement est de $49,41 \pm 15,71$ ans avec une majorité de patients entre 45 et 64 ans (40,8%) et entre 25 et 44 ans (22,9%). Seuls 18,8% des patients conciliés ont plus de 65 ans.

Initialement, étaient éligibles au projet Med'Rec⁷ les patients âgés de plus de 65 ans, admis via les urgences en service de court séjour. Par la suite, de nombreuses études ont eu comme critère d'inclusion un âge supérieur à 65 ans^{42,43,44}. En psychiatrie, inclure les patients uniquement en fonction d'un critère d'âge ne semble pas être pertinent au vu du faible nombre de patients concernés, ce qui est confirmé par d'autres études menées en établissement psychiatrique où les patients conciliés sont également plus jeunes^{45,46}. Actuellement, les patients sont donc conciliés sans critères de priorisation.

5.2.2 La conciliation, un dispositif chronophage ...

Deux problématiques sont rapidement mises en évidence :

- La durée de réalisation de la CTM est relativement importante ce qui nécessite de dégager du temps personnel dédié,
- La CTM doit être réalisée de préférence dans les 24h suivant l'arrivée du patient ce qui implique de libérer du temps personnel régulièrement dans la semaine de façon à pouvoir couvrir quotidiennement les entrées.

5.2.2.1 Durée moyenne d'une CTM à l'admission

Le temps moyen de réalisation d'une CTM à l'admission comprend différentes étapes :

- Remplissage des documents nécessaires,
- Entretien patient,
- Identification et contact des professionnels de santé prenant en charge le patient en ville,
- Analyse et validation de la CTM par un pharmacien senior,
- Intégration de la CTM dans le DPI,
- Transmission des informations aux médecins prescripteurs,
- Vérification de la prise en compte des DNDNI.

Le temps moyen de réalisation de la CTM à l'admission de $42,16 \pm 18,76$ min ($IC_{95\%}$: 39,98-44,34) est comparable à d'autres auteurs : 34 ± 9 min pour Saint Germain and al⁴³, $36,4 \pm 12,1$ min pour Quélenec and al⁴⁴, 46 min pour Pérennes and al⁴². 24 min pour Noblot and al. Il ne prend cependant pas en compte le temps nécessaire à la validation de la CTM par le pharmacien senior, la traçabilité dans le DPI, l'information des prescripteurs et le suivi de la correction des DNDNI. Il est de plus difficile à estimer car les différentes étapes sont entrecoupées dans la durée.

Une amélioration des outils informatiques avec notamment une intégration d'un module de CTM au LAP permettrait de remplir directement le BMO et l'OMA dans le DPI avec éventuellement possibilité d'un signal à l'ouverture de l'ordonnance qui avertirait le prescripteur de la mise en évidence de divergence(s). Cela représenterait un gain de temps conséquent en termes de signalement et de suivi des DNDNI.

5.2.2.2 Personnels impliqués dans la CTM à l'admission

Les effectifs impliqués dans la CTM à l'admission à l'EPSM LM sont les suivants :

- Jusque 4 externes en pharmacie présents deux jours et demi dans la semaine (lundi, mardi, mercredi matin) réalisent en priorité le recueil d'informations,
- 1 interne en pharmacie de façon intermittente (en 2013 lors de la mise en place et en 2017 toute l'année),
- 3 pharmaciens valident les CTM.

Actuellement, la pérennisation du dispositif est donc fortement corrélée à la présence d'étudiants (externes et internes) en stage à la PUI. En leur absence, l'activité ne peut pas être assurée, ce qui est un frein majeur à son développement.

Le recueil d'informations peut être réalisé par différents corps de métier comme les PPH sans que sa qualité ne soit remise en question⁴⁷. Les PPH ont donc été formés à la CTM afin de continuer le développement de l'activité à moyens humains constants, y compris en l'absence d'étudiants. Leur bonne connaissance des médicaments et leur intégration dans les services de soins en tant que professionnels travaillant dans l'établissement en font des personnes ressources précieuses. En effet, les externes sont présents sur des périodes courtes de trois mois à mi-temps, le temps de formation et d'intégration dans les services est relativement important à chaque changement d'étudiants. Les PPH n'avaient jusqu'à présent pas accès à l'intégralité du DPI (courriers médicaux, ...) mais la décision institutionnelle prise en CME de leur accorder un accès total devrait permettre leur réelle intégration au dispositif.

5.2.2.3 Délai avant réalisation de la CTM à l'admission

Le pourcentage de patients conciliés dans les 24h (indicateur Med'Rec MR1) est un indicateur d'efficacité. En moyenne sur les 4 ans, 56% des patients conciliés l'ont été dans les 24h, ce qui est comparable aux résultats d'autres auteurs : 55% pour Garriguet and al⁴⁸, 64% pour Noblot and al⁴⁵ et 59% pour Arnaud and al⁴⁹.

Les externes présents à mi-temps ne peuvent pas concilier la majorité des patients dans les 24h suivant leur admission. En effet, seuls 35% des patients étaient hospitalisés le lundi ou mardi et 35% des patients admis les week-end et jours fériés n'étaient conciliés que le jour ouvré suivant. Afin d'améliorer nos résultats, il est nécessaire de réaliser la CTM en continu tout au long de la semaine en impliquant les internes si possible et les PPH (passage de 52% de CTM réalisées dans les 24h en 2016 à 66% en 2017 avec la mise en place de la CTM en continu par l'interne en pharmacie uniquement).

5.2.3 Sources d'information

5.2.3.1 L'entretien patient

Avant l'arrivée des étudiants en pharmacie dans les services de soins en 2015, la CTM était réalisée à distance, sans possibilité de mener un entretien patient. Il était donc plus difficile d'obtenir un nombre de sources suffisant (65% de CTM validées avec 2 sources en 2013 et 81% en 2014). En effet, les externes devaient souvent se limiter au DPI et à l'appel du médecin traitant pour réaliser le BMO.

A partir de 2015, l'entretien patient a été de plus en plus systématisé avec jusque 75% des patients interrogés à l'entrée en 2017. Ces résultats sont équivalents à ceux d'autres structures : 75% pour Noblot and al⁴⁵ et 71% pour Arnaud and al.

Les patients, même s'ils ne sont pas toujours en mesure de fournir une liste exhaustive de leurs traitements, peuvent, lors de l'interrogatoire donner les coordonnées de professionnels ainsi que leur accord permettant de les contacter.

Nous n'avons pas relevé de difficultés majeures à la réalisation des entretiens, mis-à-part des problèmes de disponibilité des patients qui sont parfois en permission ou en activité lors de notre passage dans l'unité, ce qui nécessite d'en décaler la mise en œuvre. Les raisons des entretiens non réalisés sont principalement liées à :

- des patients délirants à l'entrée (32%),
- des patients déments (18%) ou déficients mentaux (18%),
- des patients avec lesquels la communication est difficile (surdité, troubles majeurs de l'élocution...) (14%),
- des patients en isolement   leur arriv e (5%).

Dans ce cas de figure, la CTM   l'admission est r alis e   partir d'autres sources si possible.

5.2.3.2 Le pharmacien d'officine

Le pharmacien d'officine est devenu une source d'information à part entière (0% en 2013 vs 73% en 2017) depuis la mise en place des entretiens patient qui permettent de récupérer des coordonnées et un accord pour la prise de contact. En pratique, très peu de personnes refusent que leur pharmacie habituelle soit contactée. Suite à la CTM d'entrée, les informations concernant la pharmacie sont complétées dans le DPI, ce qui peut se révéler utile en cas d'hospitalisation ultérieure.

Les pharmaciens se sont montrés facilement joignables et disponibles lors de nos appels et ont accepté de nous donner une liste exhaustive et fiable des traitements délivrés au patient dans leur officine, seule problématique rencontrée, les patients nomades qui fréquentent plusieurs pharmacies ou les patients prenant leur traitement psychotrope dans une autre pharmacie que leur pharmacie habituelle.

5.2.3.3 Le médecin généraliste

Acteur incontournable du parcours de soins du patient, le médecin traitant n'est cependant pas le professionnel de santé sollicité en priorité lors de la CTM à l'admission (38% en 2017). En effet, les médecins généralistes sont souvent difficiles à joindre par téléphone entraînant un retard à la réalisation de la CTM. De plus, ils ne sont pas systématiquement présents dans leur cabinet lors de nos appels et n'ont pas toujours le dossier patient sous les yeux, ce qui peut être source d'erreur.

5.2.3.4 Le Dossier Pharmaceutique (DP)

Le DP, pourtant accessible aux pharmaciens hospitaliers depuis 2012, n'était jusqu'à présent pas utilisé à cause d'un accès restreint à un poste à la PUI. De plus, cette organisation nécessitait au départ d'emprunter la carte vitale des patients afin de la lire à la PUI avant de retourner la rendre dans le service. Au vu de l'organisation pavillonnaire des secteurs de soins, ce type de fonctionnement restait relativement compliqué à mettre en œuvre.

Avec la publication de l'article 97 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016⁴¹ de modernisation de notre système de santé, les médecins hospitaliers ont désormais accès au DP qui a également été dématérialisé. Douze postes sont maintenant équipés d'une licence dans les différents services et les professionnels de santé médicaux peuvent accéder aux informations grâce à leur carte CPS, sans la carte vitale, après qu'une empreinte des données conservée deux semaines ait été réalisée par le secrétariat médical ou le service des urgences.

Le DP fournit une source d'information supplémentaire, il permettrait d'éviter d'appeler et de déranger quasiment systématiquement le pharmacien d'officine pour qui le développement de la CTM à l'admission devient de plus en plus chronophage. Cependant, les informations disponibles sont relativement rudimentaires se limitant au nom du médicament, au dosage ainsi qu'au nombre de boîtes délivrées. Par ailleurs, tous les patients n'ont pas de DP créé (environ 36,7 millions de dossiers actifs soit un peu plus d'un 1 français sur 2 en 2018) et de nombreux patients déjà connus dans l'établissement sont admis sans leur carte vitale.

5.2.3.5 Le Dossier Médical Partagé (DMP)

Le Dossier Médical Personnel créé par la loi n°2004-810 relative à l'assurance maladie⁵⁰ et devenu le Dossier Médical Partagé (DMP) depuis la loi de modernisation de notre système de santé^{41,51} est opérationnel depuis mi-2011 et peut être créé pour tous les bénéficiaires de l'assurance maladie dans neuf départements pilotes. Il est accessible à tout professionnel participant à la prise en charge du patient et contient notamment les CRH, les résultats de biologie, les antécédents et allergie, les actes importants qui ont été réalisés ainsi que les médicaments prescrit et délivrés au patient.

Le DMP doit être déployé à l'ensemble du territoire français après l'été 2018 et pourrait ainsi devenir une source intéressante car il centralise les données du patient issues des différents professionnels de santé qui le prennent en charge.

5.2.4 Analyse des divergences

L'indicateur MR3 du projet Med'Rec, le nombre moyen de DNDNI par patient concilié nous donne $0,63 \pm 1,12$ (IC_{95%} : 0,51-0,76) lignes divergentes non intentionnelles par patient. Ce chiffre est du même ordre de grandeur que dans d'autres établissements psychiatriques avec 0,8 pour Garriguet and al⁴⁸. Cependant, le projet Med'Rec⁷ fixe l'objectif à moins de 0,3 lignes DNDNI par patient, ce qui est quasiment le cas dans d'autres centres de santé mentale^{49,46,45}. Un travail de sensibilisation reste donc à mettre en œuvre afin de permettre la diminution des DNDNI à l'EPSM LM.

L'indicateur MR4 du projet Med'Rec, le pourcentage de patients conciliés ayant au moins une DNDNI est de 34% dans notre établissement, ce qui est comparable à d'autres structures psychiatriques (42% pour Garriguet and al⁴⁸, 56,2% pour Brownlie and al⁵²) ou non (41% pour Perennes and al⁴²). Il est cependant très supérieur à d'autres structures de santé mentale (15,3% pour Arnaud and al⁴⁹, 16% pour Noblot and al⁴⁵) ce qui peut être lié à notre manière de qualifier les DNDNI. Par exemple au CH Gérard Marchant⁴⁹, les lignes de médicaments ajoutées ou substituées ne sont jamais considérées comme des divergences, seuls les médicaments arrêtés ou modifiés peuvent l'être.

Le taux de DNDNI a fortement augmenté entre 2016 et 2017 (26% vs 44%). En effet, les médecins du service ont pris l'habitude de bénéficier de la CTM à l'admission et passent peut-être moins de temps à explorer les traitements pris antérieurement par le patient à domicile sachant qu'une CTM sera effectuée.

En moyenne 71% des DNDNI sont prises en compte par les prescripteurs avec un maximum de 88% en 2015 après l'arrivée des externes dans les services. Dans les autres structures psychiatriques les résultats sont semblables avec 73% de DNDNI prises en compte pour Noblot and al⁴⁵ et 65% pour Garriguet and al⁴⁸. Ces chiffres soulignent l'intérêt d'une présence physique dans les unités de soins pour faciliter le dialogue avec les prescripteurs. Les écarts constatés (88% en 2015 vs 56% en 2016) pourraient être liés à une plus ou moins bonne intégration et implication des étudiants dans le service. Certains ont moins de facilité à entrer en contact avec les médecins pour faire remonter les divergences.

Comme dans les autres études, les DNDNI recensées dans notre établissement correspondent en majorité à des omissions de traitements (62%) résultant d'un manque d'information du prescripteur. Les omissions représentent également 60% des DNDNI pour Buiche and al, 61% pour Garriguet and al⁴³ et jusque 71% pour Noblot and al⁴².

Les critères de priorisation des patients pour la CTM reposant sur un nombre de lignes du BMO ou sur la présence ou non d'un type de médicament à risque ne sont peut-être pas suffisamment pertinents. En cas de divergence, le risque est une omission du(des) traitement(s) avec possibilité que le patient ne soit pas concilié car considéré à tort comme non prioritaire.

La répartition des DNDNI par classe ATC montre que 85% concernent des médicaments somatiques. Ces résultats sont confortés par ceux obtenus dans d'autres structures psychiatriques : 79% pour Noblot and al⁴⁵, 91% pour Buiche and al⁴⁶, 90% pour Arnaud and al⁴⁹. Parmi les médicaments somatiques les plus fréquemment incriminés dans les DNDNI, on retrouve en premier lieu les molécules :

- du système cardiovasculaire (23% vs 23% pour Noblot and al⁴⁵ et 29% pour Garriguet and al⁴⁸)
- des voies digestives et du métabolisme (22% vs 13% pour Noblot and al⁴⁵ et 26% pour Garriguet and al⁴⁸).

La prise en charge somatique semble donc plus particulièrement à risque d'autant que les professionnels de ville ont tendance, lors du recueil d'informations, à se focaliser sur le traitement psychotrope sachant que le patient est hospitalisé dans un service de psychiatrie. Il est nécessaire d'insister sur le fait que le traitement somatique est le plus à risque dans notre établissement puisque méconnu (peu de notions dans le DPI et suivi dans d'autres structures).

5.2.5 Difficultés rencontrées

5.2.5.1 Implication des médecins et du personnel paramédical

Il existe une certaine difficulté à la mobilisation médicale autour de la CTM. Les médecins ont l'idée bien ancrée qu'ils font déjà ce travail avec leurs équipes et qu'ils n'ont pas besoin de l'intervention du pharmacien. Il est difficile de s'imposer et de montrer l'apport que peut avoir la mise en place d'une démarche de CTM systématisée et organisée.

Les équipes soignantes se montrent bien plus accueillantes et aidantes si elles sont persuadées du bien-fondé de la démarche, ce qui va souvent de pair avec l'implication des médecins. Or, les soignants paramédicaux ont un rôle primordial dans la réussite de la CTM : ils indiquent quels patients sont interrogeables et/ou disponibles, nous recontactent éventuellement lors du retour du patient dans le service et nous accompagnent parfois durant les entretiens si le patient est tendu.

Il est intéressant de pouvoir partager le pourcentage de divergences non intentionnelles mises en évidence et corrigées grâce à la CTM à l'admission de façon à valoriser notre travail et à le rendre indispensable aux médecins.

5.2.5.2 Cloisonnement entre soins somatiques et psychiatriques

En établissement de santé mentale, un cloisonnement est bien visible entre la prise en charge psychiatrique et somatique. A l'admission, le psychiatre se limite souvent à la prescription du traitement psychiatrique et c'est le médecin généraliste ou l'interne qui prescrit le traitement somatique.

Lors de la CTM, les divergences sont ainsi communiquées au psychiatre si elles concernent les psychotropes ou au généraliste si elles se rapportent aux médicaments somatiques. Cela complique la prise en charge du patient qui n'est pas globale ainsi que notre démarche de signalement et de suivi de la prise en compte des divergences.

5.2.5.3 Multiplicité des sites d'hospitalisation

Les établissements de santé mentale étaient historiquement regroupés en un seul site siège desservant un large bassin de population. De plus en plus de structures ont été décentralisées afin d'être situées au plus près des patients pour faciliter leur prise en charge.

Les EPSM sont ainsi devenus des établissements multi-sites avec des structures d'hospitalisation complète situées dans des villes différentes ce qui complexifie la mise en place de la CTM nécessitant la présence de personnel pharmaceutique dans le service. Actuellement l'EPSM LM dispose de quatre sites d'hospitalisation complète : le siège historique d'Armentières, les unités tourquennoises de psychiatrie situées sur le site du CH Gustave Dron de Tourcoing, la clinique du secteur de Seclin localisée sur le site du CH de Seclin et la clinique Jérôme Bosch située sur le site du CHRU de Lille. Trois de ces sites ont déjà bénéficié du dispositif de CTM : un externe est affecté sur place deux jours par semaine et est encadré par un médecin somaticien formé à la CTM à l'admission.

Récemment le chef de pôle du 59G21 (clinique Jérôme Bosch) a demandé la mise en place de la CTM sur son secteur. Cependant, les effectifs à la pharmacie ne permettent pas de détacher du personnel sur place et il est envisagé de réaliser des entretiens patients par visioconférence de façon à pouvoir effectuer la CTM à distance. Le projet nécessiterait l'installation de matériel informatique sur place et la disponibilité des IDE pour accompagner le patient lors de l'entretien difficilement réalisable s'il est seul.

5.3 Concernant la CTM de sortie

5.3.1 La non réalisation préalable de la CTM à l'admission entraîne un risque d'erreur

32 patients sur les 90 ayant bénéficié de la CTM de sortie (36%) n'avaient pas été préalablement conciliés à leur entrée. En effet, la CTM à l'admission n'est pas mise en place au niveau des appartements thérapeutiques et elle n'a parfois pas été réalisée pour d'autres motifs.

Cela complique la mise en œuvre de la CTM de sortie et notamment la réalisation du bilan comparatif des médicaments. Un risque d'erreur existe à ce niveau en cas de divergence non repérée à l'admission. Peut-être devrions nous envisager de mettre en place la CTM d'entrée aux appartements thérapeutiques et de ne rendre éligibles à la CTM de sortie que les patients ayant déjà bénéficié de la CTM à l'admission, comme c'est le cas dans d'autres établissements^{48,53,12} ?

5.3.2 Temps consacré et disponibilité du pharmacien

Le temps moyen consacré à la CTM de sortie comprend la réalisation des étapes suivantes :

- Préparation des documents nécessaires,
- Validation par un pharmacien senior,
- Entretien patient,
- Identification des professionnels de ville prenant en charge le patient et envoi des courriers,
- Intégration des documents dans le DPI.

Cette durée n'a pas été estimée dans notre mode de fonctionnement mais l'entretien patient est relativement plus long que pour la CTM avec un temps d'échange plus important. De plus, l'entretien en psychiatrie peut avoir tendance à s'éloigner de l'objectif principal. En effet, les patients, parfois logorrhéiques, verbalisent souvent sur leur vécu ou sur les éléments ayant entraîné l'hospitalisation, l'enjeu étant alors de savoir les recentrer sur le traitement médicamenteux tout en restant à leur écoute.

Lorsque la sortie est programmée, il est préférable de réaliser l'entretien la veille de façon à avoir toute l'attention du patient. En pratique, les dates de sortie sont rarement définies à l'avance et interviennent généralement à la suite d'une consultation avec le médecin psychiatre. Le pharmacien ou l'interne en pharmacie en charge de la CTM de sortie doit donc se rendre disponible rapidement pour intervenir entre la consultation avec le psychiatre et la sortie. Ce type de situation est moins propice à la réalisation d'un entretien productif car la contrainte de temps oblige parfois à raccourcir l'entretien et le patient a déjà une partie de son attention tournée vers son retour à domicile.

Au vu de ce mode de fonctionnement, le pharmacien en charge de la CTM de sortie doit pouvoir se rendre disponible à tout moment. Dans l'idéal, sa tâche doit être dédiée à la CTM avec une implication moindre dans la vie institutionnelle de l'établissement, ce qui n'est pas le cas actuellement pour les pharmaciens seniors ; un poste dédié à la pharmacie clinique pourrait être la solution.

5.3.3 Les difficultés de coordination entre la pharmacie et le service de soins limitent le nombre de conciliations réalisées

20 patients sur les 90 conciliés à la sortie (22%) n'ont pas bénéficié de l'entretien pharmaceutique de sortie qui fait partie intégrante du dispositif. Les causes de non réalisation sont les suivantes :

- 13 patients (65%) sont sortis avant que l'entretien n'ait eu lieu notamment suite à des problèmes de coordination entre la pharmacie et le service,
- pour 5 patients (25%), l'entretien était impossible au vu de leur état cognitif,
- 1 patient (5%) a refusé l'entretien (il en avait déjà bénéficié lors d'une hospitalisation précédente),
- 1 patient (5%) ne s'est finalement pas présenté le jour de l'entretien.

Les courriers ont été envoyés malgré la non réalisation de l'entretien lorsqu'ils avaient été préparés à l'avance ; de fait, le bénéfice lié à la transmission des informations aux professionnels de ville est conservé. Cependant, les avantages apportés par l'entretien de sortie en terme de sensibilisation au bon usage du traitement médicamenteux sont compromis.

On constate que dans 85% des cas de non réalisation de l'entretien de sortie, un problème de coordination entre la pharmacie et les services de soins concernant la date de sortie en est la cause. En effet, le pharmacien ne fait pas encore partie intégrante du dispositif de prise en charge, il n'est régulièrement pas appelé lorsque la date de sortie est définie et le patient est parfois déjà parti lorsque le pharmacien arrive pour l'entretien.

Pour pallier à ce problème, l'équipe soignante a été resensibilisée et doit prévenir le pharmacien ou l'interne lorsque la sortie d'un patient est programmée. De plus, l'interne en pharmacie a été convié aux synthèses cliniques du service qui ont lieu tous les matins et lors desquelles les dates de sortie sont parfois évoquées. Cette nouvelle organisation a permis une meilleure intégration dans le service et fournit une opportunité de transmettre facilement les informations aux prescripteurs concernant la CTM (à la fois d'entrée et de sortie). Cependant, malgré une amélioration dans un premier temps, les appels du service ne sont pas réguliers lors des sorties et le nombre de patients ayant bénéficiés de la CTM de sortie n'est pas aussi élevé que nous l'aurions souhaité.

Afin de pérenniser et de bien définir l'organisation de la CTM de sortie dans le service, un protocole concernant les préalables à la sortie d'un patient avec une étape obligatoire d'entretien pharmaceutique pourrait être proposé de façon à ce que les équipes soignantes prennent l'habitude d'appeler systématiquement le pharmacien avant toute sortie.

5.3.4 Comment communiquer les informations aux professionnels de ville de manière rapide et sécurisée ?

Le courrier postal est le mode d'envoi le plus sécurisé actuellement à notre disposition, cependant le défaut principal est le délai de réception qui est de plusieurs jours après la sortie du patient (seuls 20% des médecins généralistes ont reçu le courrier de CTM de sortie avant le rendez-vous du patient). Le fax et le mail ne sont pas sécurisés mais permettent un envoi rapide des documents (87,5% des pharmaciens ont réceptionné le courrier de CTM de sortie avant le passage du patient en officine).

Un envoi par messagerie sécurisée est plus performant à la fois d'un point de vue rapidité et sécurité des données. Les médecins généralistes disposent de la messagerie Apicrypt dont la licence est en cours d'acquisition par l'EPSM LM et 29% souhaitent recevoir le courrier par ce biais. Les pharmaciens d'officine n'ont généralement pas de messagerie cryptée et reçoivent les courriers sur une boîte non sécurisée. Pour poursuivre la CTM dans les meilleures conditions, ils doivent être sensibilisés à la nécessité de mettre en place une messagerie sécurisée destinée à la réception des courriers patients. Cependant, ces messageries ne sont pas compatibles entre elles d'où l'intérêt d'une concertation préalable entre professionnels. La messagerie MSSanté (Mailiz) gratuite et proposée par les conseils de l'Ordre de santé est peut-être la solution à proposer.

D'autres pistes d'amélioration sont à envisager à plus large échelle en utilisant des outils déjà disponibles tels que le DMP. Il est possible d'imaginer y intégrer les informations concernant la CTM de sortie (au même titre que les CRH, ...) de façon à les partager avec professionnels de santé intervenant dans le parcours du soin du patient.

5.3.5 CTM à la sortie et divergences ?

La plupart des études concernant la CTM de sortie reprennent des taux de divergences entre l'ordonnance d'hospitalisation et celle remise au patient lors de sa sortie pour la poursuite du traitement à domicile avec notamment des omissions de médicaments^{48,53}.

Ce n'est pas le cas dans notre expérience car le logiciel Cariatides® permet de générer des courriers et ordonnances de sortie directement à partir de l'ordonnance d'hospitalisation qui est donc reprise telle quelle sans étape de recopiage. Si la CTM à l'admission a été faite et les DNDNI corrigées à l'entrée, l'ordonnance de sortie est donc systématiquement correcte et aucune divergence n'a à l'heure actuelle été mise en évidence.

Concernant les substitutions effectuées à l'entrée entre molécules de mêmes classes thérapeutiques et destinées à respecter le livret thérapeutique de l'établissement, elles n'ont pas été considérées comme des divergences. Ces substitutions sont maintenues sur l'ordonnance de sortie ou le CRH et explicitées dans le bilan comparatif des médicaments du courrier de CTM de sortie à destination du médecin traitant. Charge alors à celui-ci de prescrire le traitement d'origine s'il le souhaite.

5.3.6 Validation des courriers de sortie par les prescripteurs

Les courriers de CTM de sortie envoyés au médecin traitant et au pharmacien d'officine sont supposés être validés et signés par un pharmacien senior et par le médecin en charge du patient.

Cependant, il est difficile de trouver une organisation permettant de faire valider facilement et rapidement les courriers par les médecins qui ne sont pas systématiquement disponibles lors du passage dans le service pour la réalisation de l'entretien de sortie, d'autant que les courriers n'ont pas toujours été finalisés au préalable.

La mise en place dans le service d'une bannette permettant de déposer les courriers de CTM de sortie pour validation et signature est envisagée. Cette vérification peut éventuellement avoir lieu *a posteriori* de façon à ne pas augmenter les délais d'envoi des courriers quitte à devoir envoyer un document correctif en cas d'erreur.

5.3.7 La CTM sécurise-t-elle la prise en charge des patients ?

La majorité des professionnels de ville (75% des pharmaciens et 100% des médecins généralistes) pensent que la CTM permet d'améliorer et de sécuriser la prise en charge des patients, notamment grâce à l'apport d'informations exhaustives et fiables concernant les traitements de sortie.

Pour les officinaux, la réception d'un courrier leur étant destiné est une réelle avancée puisque jusqu'à présent ils ne disposaient d'aucune transmission concernant l'hospitalisation mis à part ce que les patients leur communiquaient. La CTM a parfois conduit à des changements de pratiques permettant d'améliorer et de faciliter le travail du pharmacien : commande de médicaments manquants, anticipation possibles de certaines délivrances, préparation des médicaments à l'avance afin de pouvoir passer plus de temps avec le patient au comptoir.

Par ailleurs, 87,5% des pharmaciens rencontrés estiment que la CTM les amènerait à communiquer plus facilement avec le pharmacien hospitalier en cas de besoin. La CTM pourrait à terme faciliter une communication efficace en sortie d'hospitalisation entre les différents professionnels de santé en charge du patient.

Les médecins généralistes, bien que systématiquement destinataires d'un CRH remis au patient en sortie d'hospitalisation, semblent apprécier le courrier de CTM de sortie qui leur permet d'avoir un visuel rapide sur les changements de traitements grâce à la présentation sous forme de tableau et 89% d'entre eux jugent ces informations pertinentes au regard de celles qu'ils perçoivent via le CRH.

5.3.8 Observance et devenir des patients

Sur les 90 patients conciliés, 42 ont été réhospitalisés dont 12 en rupture thérapeutique lors de leur réadmission.

Sur les 12 patients en rupture thérapeutique,

- 3 avaient bien été évalués non observants grâce au score de Girerd.
- 4 étaient considérés comme non observants mineurs dont 3 avec un score de 5/6 et le dernier avec un score de 4/6.
- 5 patients n'avaient pas bénéficié de la réalisation du score de Girerd (2 patients pour lesquels l'entretien était impossible au vu de leur état cognitif, 2 patients sans traitement régulier à domicile avant l'hospitalisation, 1 patient pour lequel le score a été oublié lors de l'entretien de sortie).

Finalement sur les 7 patients pour lesquels le score de Girerd a été réalisé, seuls 3 ont été repérés comme non observants tandis que 4 étaient considérés comme moins à risque de rupture thérapeutique et indiquaient prendre leur traitement de façon correcte au domicile. Sur ces 4 patients, 1 a arrêté le traitement à cause des effets indésirables (prise de poids), 2 car ils avaient constaté une amélioration des symptômes cliniques de leur pathologie et le quatrième était traité pour un sevrage alcoolique et a rechuté. Le score a donc ses limites et certains patients sont peut être tentés de répondre avec les réponses qu'ils savent correctes plutôt que par ce qui est réellement fait au domicile.

Sur les 42 patients réhospitalisés, 32 ont bénéficié d'un entretien de sortie et 8/32 (25%) ont été réhospitalisés en rupture thérapeutique. Dans le second groupe des 10 patients n'ayant pas bénéficié d'un entretien pharmaceutique de sortie, 4 (40%) ont été réhospitalisés en rupture thérapeutique. Ces chiffres tendent à montrer que les patients ayant bénéficié d'un entretien de sortie ont été moins réhospitalisés en rupture thérapeutique. Cependant, la mise en place des entretiens de sortie n'est pas le seul facteur en cause et les populations sont trop réduites pour que les résultats soient réellement significatifs. En effet, pour un certain nombre de patients, d'autres solutions permettant d'assurer la bonne observance du traitement ont été mises en place, comme par exemple l'administration par une IDE libérale au domicile (12 patients sur les 42 soit 28,5%) ou la délivrance quotidienne par la pharmacie d'officine (3 patients sur les 42 soit 7,1%).

6 CONCLUSION

La conciliation médicamenteuse est une méthode intéressante destinée à sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient tout au long de son parcours de soins. Initialement développée en gériatrie où elle cible les sujets âgés, polypathologiques et polymédicamentés considérés comme particulièrement à risque d'erreurs médicamenteuses, elle est néanmoins tout aussi pertinente dans d'autres spécialités. La psychiatrie est un terrain où la conciliation prime car le volet somatique est moins maîtrisé par les psychiatres, et c'est là que se situe la majeure partie des divergences mises en évidence dans l'établissement. A l'EPSM Lille Métropole, des médecins généralistes sont présents dans chaque secteur de soins pour assurer la prise en charge somatique, mais le cloisonnement entre soins somatiques et psychiatriques est omniprésent, et ce, parfois au détriment des patients. Par ailleurs, que dire d'autres établissements qui ne disposent pas de médecins généralistes ?

La conciliation s'inscrit dans le cadre de la pharmacie clinique au même titre que la validation pharmaceutique des ordonnances ou l'éducation thérapeutique très développée à l'EPSM Lille Métropole. C'est probablement grâce aux bons résultats obtenus avec les patients en éducation thérapeutique et à l'implication des pharmaciens dans cette activité que l'entretien pharmaceutique de sortie a été inclus dans le processus de conciliation médicamenteuse à la sortie. Il s'agit d'une démarche originale relativement peu développée en psychiatrie mais permettant de réserver un temps de sensibilisation au bon usage des psychotropes dans le parcours de soins du patient. Un réel dialogue est parfois favorisé car le pharmacien se positionne en tant qu'intervenant neutre dans la prise en charge.

La conciliation médicamenteuse est désormais une démarche reconnue par les autorités de santé et depuis la publication de l'arrêté du 27 avril 2017¹¹ relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) ; sa mise en place devient obligatoire dans le cadre du développement des pratiques pluridisciplinaires et en réseau, y compris pour les établissements psychiatriques. La pérennisation et le développement de cette activité sont donc devenus une nécessité et des pistes de réflexion sont ouvertes avec la définition du rôle du préparateur en pharmacie, l'utilisation de la visioconférence pour la réalisation des entretiens patients à distance, l'implication des équipes soignantes et l'intérêt d'un pharmacien dont la mission serait dédiée à cette tâche.

Des idées d'amélioration de la démarche telle qu'elle existe émergent, notamment suite à la consultation des professionnels de ville. Concernant le courrier de sortie, un travail indispensable est à mener, au niveau de l'établissement mais également à plus large échelle, afin que les médecins et les pharmaciens de ville puissent bénéficier de l'information avant que le patient ne se présente pour le suivi post-hospitalisation, tout en répondant aux exigences de sécurité et de confidentialité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur.
2. Enquête Nationale sur les Evènements indésirables graves associés aux Soins. Description des résultats 2009. Rapport final. Septembre 2011.
3. Begaud B, Costagliola D, Rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France, Septembre 2013.
4. Instruction n° DGOSPF2201565 du 9 mars 2015 relative à la mise en œuvre d'une enquête nationale sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse dans les établissements de santé.
5. A. Broyart. Fiche projet High5s. (2014).
6. Haute Autorité de Santé - L'initiative OMS High 5s.
7. Haute Autorité de Santé. Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre conciliation des traitements médicamenteux par 9 établissements de santé français (2015).
8. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 (2009).
9. 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.
10. Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé V2010.2014.
11. Arrêté du 27 avril 2017 relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins mentionné à l'article L.162-30-2 du code de la sécurité sociale.
12. Boyé, F., Sallerin, B., Amar, J., Chamontin, B. & Bouhanick, B. Conciliation médicamenteuse à la sortie d'hospitalisation du patient hypertendu : analyse de l'ordonnance de sortie. *Ann. Cardiol. Angéiologie* 65, 229–235 (2016).
13. Pippins, J. R. et al. Classifying and Predicting Errors of Inpatient Medication Reconciliation. *J. Gen. Intern. Med.* 23, 1414 (2008).
14. Lancaster, J. W. & Grgurich, P. E. Impact of Students Pharmacists on the Medication Reconciliation Process in High-Risk Hospitalized General Medicine Patients. *Am. J. Pharm. Educ.* 78, (2014).
15. Haute Autorité de Santé - La sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins.
16. Haute Autorité de Santé. Mettre en oeuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins. Décembre 2016.
17. Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC). Fiche Mémo: Préconisations pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux. Décembre 2015.
18. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. 2016-995 (2016).
19. Haute Autorité de Santé. Document de sortie d'hospitalisation > 24h: Référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité, à la sortie d'hospitalisation. {Octobre 2014}.

20. Haute Autorité de Santé: Lettre d'information n°41. Sortie d'hospitalisation: continuité des soins et sécurité du patient {2014}.
21. Munday, A., Kelly, B., Forrester, J. W., Timoney, A. & McGovern, E. Do general practitioners and community pharmacists want information on the reasons for drug therapy changes implemented by secondary care? *Br J Gen Pr.* 47, 563–566 (1997).
22. Kripalani, S. et al. Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *JAMA* 297, 831–841 (2007).
23. Van Walraven, C. & Rokosh, E. What Is Necessary for High-Quality Discharge Summaries? *Am. J. Med. Qual.* 14, 160–169 (1999).
24. Hubert, G., Galinski, M., Ruscev, M., Lapostolle, F. & Adnet, F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? *Presse Médicale* 38, 1404–1409 (2009).
25. Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.
26. Cour des Comptes - Rapport public thématique. L'organisation des soins psychiatriques: les effets du plan 'psychiatrie et santé mentale' (2005-2010). (2011).
27. Collège national des universitaires en psychiatrie & Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique. Référentiel de psychiatrie. (2014).
28. Organization, W. H. *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope.* (World Health Organization, 2001).
29. Saravane D. Gilquin AF. Dépistage des pathologies somatiques en institution psychiatrique. *Psycho-oncologie* 2010;4:12-6.
30. Haute Autorité de Santé - Programme 'psychiatrie et santé mentale': orientations 2013-2016. (2013).
31. Saravane D., Caria A., Loubière C. Soins somatiques et psychiatrie. *Psycrom* {décembre 2006}.
32. Bordenave-Gabriel, C., Giraud-Baro, E., Beauchamp, I. D., Bougerol, T. & Calop, J. Pourquoi les patients souffrant de troubles psychotiques ne sont-ils pas observants à leurs médicaments? *L'Encéphale - Vol. 29 - N° 3 - p. 213-222.* (2008).
33. Velligan, D. I. et al. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J. Clin. Psychiatry* 70 Suppl 4, 1-46-48 (2009).
34. Alain Lopez & Claire Compagnon. Rapport de l'IGAS concernant la Pertinence et l'efficacité des outils de politique visant à favoriser l'observance. Juillet 2015.
35. Cramer J.A and Rosenheck R. Compliance With Medication Regimens for Mental and Physical Disorders. *Psychiatric Services* 489:196-201.
36. Corruble E. and Hardy P. Observance du traitement en psychiatrie. *Encycl Méd Chir* (Editions et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie, 37-860-A-60, 2003, 6 p.

37. Sullivan G, Wells KB, Morgenstern H and al. Identifying modifiable risk factors for : a case- control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. *Am. J. Psychiatry* 152, 1749–1756 (1995).
38. Passerieux, C., Caroli, F. & Giraud-Baro, E. Les personnes atteintes de schizophrénie et la rechute. *L'Encéphale* - Vol. 35 - N° 6 - p. 586-594. (2009).
39. Instruction n°DGOS/PF2/2016-49 du 19 février 2016 relative à l'appel à projet de mise en œuvre de la pharmacie clinique en Établissement de santé.
40. Loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
41. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 (2016).
42. Pérennes, M. et al. Conciliation médicamenteuse: une expérience innovante dans un service de médecine interne pour diminuer les erreurs d'anamnèse médicamenteuses. *La Presse Médicale*. 41, 77–86 (2012).
43. Saint-Germain, P. et al. Impact clinique des divergences de traitement constatées chez 200 patients conciliés dans un service de gériatrie aiguë. *Rev Med Interne* (2016).
44. Quélenec, B. et al. Potential clinical impact of medication discrepancies at hospital admission. *Eur. J. Intern. Med.* 24, 530–535 (2013).
45. Noblot-Rossignol, M., Vaillau, J.-L., Hamad, M., Denis, F. & Beye, F. Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission : expérimentation en établissement de santé mentale et éligibilité des patients pouvant en bénéficier en priorité. *Pharm. Hosp. Clin.* 52, 177–185 (2017).
46. Buiche M., Durif E. Conciliation des traitements médicamenteux: expérimentation du rapport Med'Rec 2015 de l'HAS dans un établissement psychiatrique. {Thèse d'exercice}. Université de Grenoble; 2016.
47. Johnston, R., Saulnier, L. & Gould, O. Best Possible Medication History in the Emergency Department: Comparing Pharmacy Technicians and Pharmacists. *Can. J. Hosp. Pharm.* 63, 359–365 (2010).
48. Garriguet, P. et al. Conciliation médicamenteuse en psychiatrie générale adulte : résultats de 3 années d'expérience. *Pharm. Hosp. Clin.* 52, 138–146 (2017).
49. Arnaud A., Segonds M. La conciliation médicamenteuse en psychiatrie: expérience pratique au centre hospitalier Gérard Marchant. {thèse d'exercice}. Université Toulouse III; 2016.
50. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
51. Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé. 2016-914 (2016).
52. Brownlie, K. et al. Medication reconciliation by a pharmacy technician in a mental health assessment unit. *Int. J. Clin. Pharm.* 36, 303–309 (2014).
53. Wojcik A, Cuingnet C. Continuité de la prise en charge médicamenteuse de l'hôpital vers la ville: impact de la conciliation médicamenteuse de sortie et de la communication entre professionnels de santé {Thèse d'exercice}. Université Lille 2; 2016.

ANNEXE 3. Questionnaire pour l'entretien patient à l'admission



EPSM Lille-Métropole - Service Pharmacie

ENTRETIEN PATIENT A L'ADMISSION	
Date :	Entretien réalisé par :
TRAITEMENTS	
Qui prépare vos médicaments à la maison ?	
Quels médicaments prenez-vous ? Pour chacun : - Quand les prenez-vous ? - Avez-vous du mal à le prendre ?	
Que se passe-t-il lorsque vous prenez ces médicaments ? (effets indésirables)	
Prenez-vous d'autres médicaments ? (vitamines, collyres, crèmes, patch, formes nasales et auriculaires, ...)	
Est-ce que le traitement a été changé récemment ? (patient/médecin)	
Rencontrez-vous des difficultés lors de la prise de votre traitement ? - Découpe des médicaments - Identification des médicaments - Difficultés à avaler ...	
Avez-vous des allergies ?	
OBSERVANCE : SCORE DE GIRERD (oui/non)	
1- Vous est-il déjà arrivé d'oublier de prendre votre traitement ?	
2- Depuis la dernière consultation chez votre médecin traitant, avez-vous été en panne de médicament ?	
3- Vous est-il déjà arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	
4- Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	
5- Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	
6- Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	
Résultats : - Bonne observant (0 "oui") - Non observant mineur (1 à 2 "oui") - Non observant (> 2 "oui")	
"HYGIENE DE VIE"	
Est-ce que vous fumez ?	
Est-ce qu'il vous arrive de consommer de l'alcool ? Si oui, à quelle fréquence ?	
CONTACTS	
Voyez-vous d'autres médecins que votre médecin traitant ?	
Connaissez-vous les coordonnées de votre pharmacie ?	

ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE D'UN TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Respect du traitement prescrit : où en est votre patient ?

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

Girerd X. et al. Évaluation de l'observance par l'interrogatoire au cours du suivi des hypertendus dans des consultations spécialisées - Arch Mal Cœur Vaiss. 2001 Aug ; 94 (8) : 839-42

Comment évaluer le niveau d'observance de votre patient ?

Votre patient répond par oui ou par non à chacune de ces 6 questions.

- **Si votre patient répond non à toutes les questions,**
il est considéré comme un bon observant.
- **Si votre patient répond oui une ou deux fois,**
il est considéré comme non observant mineur.
- **Si votre patient répond oui trois fois ou plus,**
il est considéré comme non observant.

Ce questionnaire est également disponible sur www.ameli.fr
espace Professionnels de santé>Médecins, rubrique Exercer au
quotidien>Prescriptions>La prescription de médicaments.



**L'Assurance
Maladie**

ANNEXE 5. Mise en œuvre de la CTM de sortie à l'EPSM Lille-Métropole



MISE EN OEUVRE DE LA CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE DE SORTIE À L'EPSM LILLE-METROPOLE

Objet du document :

Proposer un document permettant de standardiser la démarche de conciliation médicamenteuse de sortie.

Annexes :

- 1) Plan de prise des traitements médicamenteux
- 2) Courrier type à destination du médecin traitant et du pharmacien d'officine
- 3) Exemple de fiche d'information sur les médicaments psychotropes remise au patient

Personnes concernées : internes en pharmacie, pharmaciens.

Documents de référence :

Haute Autorité de Santé. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux dans les établissements de santé : sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins. Décembre 2016.

Société Française de Pharmacie Clinique. Fiche mémo : Préconisation pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux. Décembre 2015.

Descriptif :

1. Préparation de l'entretien

Préparation de la fiche information patient :

- Utiliser le tableur Excel intitulé « Fichier vierge » dans Echanges (U :/CREX/Conciliations médicamenteuses/G07/En préparation/Fichier CTM vierge, onglet « Fiche information patient ». Remarque : pour les patients ayant bénéficié d'une conciliation d'entrée, il est souhaitable de récupérer le fichier Excel qui a servi à réaliser la conciliation médicamenteuse d'entrée.
- Utiliser la dernière ordonnance Cariatides du patient et/ou le courrier de sortie afin d'établir la fiche information patient qui reprend les différents traitements du patient (DCI et nom commercial avec dosage et forme galénique), l'indication, ainsi que le moment de prise et les éventuels conseils de prise associés.

Préparer dans une pochette :

- La fiche information patient : un exemplaire complété et un exemplaire vierge
- La fiche permettant de réaliser le score de Girerd si score non réalisé à l'entrée (U :/CREX/Conciliations médicamenteuses/G07/Score de Girerd/Score de Girerd.pdf)
- Les fiches d'information du réseau PIC concernant les traitements psychotropes pris par le malade et disponibles sur : www.reseau-pic.info.

1

...). Répondre aux questions du patient. Ne surtout pas faire un listing exhaustif et systématique de tous les effets indésirables.

- ▶ Donner des conseils concernant les moyens de lutte contre les effets indésirables (prise de poids : surveillance du poids 1 fois/semaine, équilibrer l'alimentation, pratiquer une activité physique, ...).
 - ▶ Donner des conseils de prise associés (prise de médicaments en dehors des repas, ...).
 - ▶ Expliciter les médicaments que le patient avait avant son hospitalisation et qui ont été arrêtés. Proposer de ramener les médicaments non consommés dans une pharmacie de ville plutôt que de les conserver à domicile.
 - ▶ Laisser au patient la possibilité de poser des questions supplémentaires.
- Observance :
- ▶ Réaliser le score de Girerd si cela n'a pas été fait lors de la conciliation d'entrée.
 - ▶ Discuter avec le patient des moyens à sa disposition permettant de ne pas oublier de prendre le traitement : préparation d'un pilulier hebdomadaire, mise en place d'une alarme sur son téléphone portable, disposer les boîtes de médicaments en évidence sur une table, ...
 - ▶ Informer le patient des risques liés à un arrêt brutal des thérapeutiques : sevrage, rechute avec risque de réhospitalisation, ...
- En fin d'entretien :
- ▶ Informer le patient qu'un courrier récapitulatif sera envoyé à son médecin traitant et à son pharmacien d'officine.
 - ▶ Récupérer les coordonnées du médecin traitant et du pharmacien d'officine si cela n'avait pas été fait au moment de la conciliation d'entrée.
 - ▶ Remettre au patient le plan de prise rédigé au paragraphe n°1 ainsi que les fiches d'information du réseau PIC.

4. Après l'entretien

- Remplir le tableur Excel récapitulatif des conciliations de sortie : Echange (U:)/CREX/Conciliations médicamenteuses/G07/Conciliation de sortie/Recapitulatif conciliation sortie.xls
- Documenter l'intervention dans le dossier patient :
 - ▶ Intégrer les différents documents en format pdf : plan de prise des traitements médicamenteux, courrier médecin, courrier pharmacien
 - ▶ Tracer l'intervention dans le journal complet dans « Suivi pharmacien ».
- Si cela n'a pas été fait précédemment, créer un nouveau contact professionnel dans le dossier patient pour la pharmacie d'officine.

2. Préparation et envoi des courriers de sortie

- Utiliser le fichier Excel précédent afin de préparer le plan de prise à destination du patient, onglets « Sortie - Courrier médecin » et « Sortie - Courrier pharmacien ».
- Remplir les différents champs proposés à l'aide du dossier patient dans Cariatides et du courrier de sortie.
- Utiliser la conciliation médicamenteuse d'entrée afin de réaliser un bilan médicamenteux précisant les médicaments ajoutés, modifiés ou arrêtés lors de l'hospitalisation. Si possible, préciser la cause des changements dans la case « Indication-Commentaires »
- Faire relire et signer le courrier de sortie par un pharmacien.
- Attendre la sortie effective du patient avant d'envoyer les courriers de sortie
 - ▶ **Envoyer le courrier au médecin traitant** par courrier postal, mail ou fax en se référant au tableur Excel : Echange (U:)/CREX/Conciliations médicamenteuses/G07/Conciliation de sortie/Listing_Pharmacies_Medecins_Armentieres.xls dans lequel ont été référencées les coordonnées des médecins du secteur ainsi que le moyen par lequel ils souhaitaient recevoir le courrier de conciliation de sortie.
 - ▶ **Envoyer le courrier au pharmacien d'officine** désigné par le patient en se référant au tableur Excel : Echange (U:)/CREX/Conciliations médicamenteuses/G07/Conciliation de sortie/Listing_Pharmacies_Medecins_Armentieres.xls dans lequel ont été référencées toutes les pharmacies ayant déjà reçu un(des) courrier(s) de conciliation de sortie. Les pharmaciens gérant ont été informés de la démarche et ont précisé le moyen par lequel ils souhaitaient recevoir le courrier de sortie (courrier, mail, fax).
 - ▶ Si la pharmacie désignée par le patient ne se trouve pas dans le listing, contacter l'officine en demandant le titulaire ou un pharmacien assistant. Donner les informations concernant le principe de la conciliation et demander comment ils souhaitent recevoir les courriers qui leur seront adressés. Prendre les coordonnées et les reporter dans le tableur.

3. Entretien avec le patient

- Evaluation des connaissances du patient concernant ses traitements médicamenteux :
 - ▶ Faire remplir au patient le plan de prise vierge s'il en est capable.
 - ▶ Sinon, lui demander à l'oral d'expliquer ce qu'il sait de son traitement médicamenteux.
- Donner les informations concernant le traitement :
 - ▶ Reprendre avec le patient point par point chaque médicament.
 - ▶ Insister sur les médicaments qu'il connaît le moins repérés lors de l'évaluation réalisée précédemment.
 - ▶ Expliciter pour chaque médicament l'indication et la place dans la stratégie thérapeutique.
 - ▶ Concernant les effets indésirables. Informer le patient sur les effets indésirables graves (téatogénicité des dérivés de l'acide valproïque pour les femmes en âge de procréer, agranulocytose et clozapine, ...), qui nécessitent une surveillance (prise de poids sous neuroleptiques, ...), qui font actuellement l'objet d'une prescription d'un médicament correcteur (constipation et laxatifs, dyskinésies et antiparkinsoniens,

2

ANNEXE 6. Fiche d'information à destination du patient pour la CTM de sortie



Fiche d'information patient

Liste des médicaments à poursuivre après l'hospitalisation

Armentières, le

Madame

Vous venez d'être hospitalisé(e) à l'EPSM Lille-Métropole. Lors de votre arrivée, un bilan de l'ensemble de votre traitement médicamenteux a été réalisé. Vous trouverez ci-dessous le traitement que vous devez poursuivre à votre domicile. Il sera adapté si nécessaire par votre médecin traitant lors de votre prochaine consultation.

Vos médicaments	A quoi servent-ils ?	Quand les prendre ?				Commentaires/conseils
		Matin	Midi	Soir	21h	
Quétiapine LP 50 mg (XEROQUEL)	Régulation de l'humeur				5	En dehors des repas
Buspirone 10 mg	Anxiété, angoisses	1	1	1		
Oxazépam 10 mg (SERESTA)	Anxiété, angoisses	1	1	1		
Oxazépam 50 mg (SERESTA)	Sommeil				0,5	
Trihexyphénydyle 5 mg (PARKINANE LP 5 mg)	Contractures musculaires			1		
Lercanidipine 10 mg (LERCAN)	Hypertension artérielle	1,5				
Lévothyroxine 50 µg (LEVOTHYROX)	Thyroïde	1				Le matin à jeun, 15 min avant le petit déjeuner
Pantoprazole 20 mg (EUPANTOL)	Estomac	1				
Alginat + bicarbonate (GAVISCON)	Estomac					1 sachet si besoin De préférence après le repas
Lidocaïne 1% crème buccale (DYNEXANGIV AL)	Aphte					Application sur le point douloureux en massant doucement Max 4 applications/jour
Salicylate de choline + cétalkonium (PANSORAL) gel buccal	Douleurs buccales					1 à 4 applications/jour si douleurs. Application au niveau des genives.
Oxiconazole 1% crème (FONX)	Mycose vulvaire			1		1 application/jour au niveau gynécologique Jusqu'au...
Macrogol 4000	Constipation	2				2 sachets par prise, si constipation
Paracétamol 500 mg	Douleurs et fièvre					2 gélules toutes les 6h si douleurs ou fièvre Max 2 gélules/prise

Points importants :

N'oubliez pas de ramener les traitements arrêtés à votre pharmacie
En cas d'oubli de prise supérieur à 12h, ne doublez pas la dose. Attendez la prochaine prise

Pharmacien hospitalier : Dr C. PAUMIER

Médecin hospitalier : Dr B. L'ANGLAIS

Service : La Pléiade G07

ANNEXE 7. Exemple de fiche d'information du réseau PIC

Effets	Que dois-je faire ?
Constipation	Favorisez les aliments contenant des fibres (fruits crus, légumes verts), mangez des pruneaux et des figues et buvez suffisamment d'eau, en particulier le matin à jeun. Pratiquez une activité physique adaptée (marche...). Prescrivez-vous à la salle à l'aide régulière. En cas de douleurs abdominales et/ou de persistance de la constipation contactez votre médecin ou votre pharmacien.
Hypotension orthostatique, vertiges ou sensation de malaise en se levant, étourdissements (surtout en début de traitement)	Levez-vous lentement. Si vous êtes couché, asseyez-vous un moment avant de vous lever doucement. Si les symptômes persistent, faites venir votre tension artérielle.
Troubles de la vision : vision floue, difficultés à lire,	Evitez de conduire. Ces symptômes diminuent avec le temps, s'ils persistent, demandez l'avis de votre médecin ou pharmacien.

Cette fiche fait mention d'effets indésirables parmi les plus fréquemment rencontrés et souvent décrits en consultations par les patients ; d'autres effets peuvent apparaître (voir notices complètes) ; parlez-en avec votre médecin ou votre pharmacien.

QUE SURVEILLER PENDANT LE TRAITEMENT ?

Le poids : Certains neuroleptiques peuvent entraîner une prise de poids. Certains patients grossissent, d'autres pas, d'autres maigrissent. Pour éviter une surcharge pondérale, il convient dès le début du traitement, de surveiller régulièrement son poids (une fois par semaine le premier mois, puis mensuellement), d'éviter les sucrites, les boissons sucrées, les gâteaux entre les repas, de pratiquer une ou des activités physiques. Une prise de poids supérieure à 5 kg après trois mois de traitement nécessite une consultation diététique.

Le cœur : Certains antipsychotiques impliquent une surveillance cardiologique, la réalisation d'un ECG s'avère alors nécessaire, demandez l'avis de votre médecin.

Les dents : Faites-les surveiller régulièrement (une fois par an) car ce médicament favorise l'apparition de caries. Brossez-les, si possible, après chaque repas, et sinon au moins une fois par jour, avant de vous coucher.

La peau : Evitez de vous exposer au soleil. Utilisez une crème écran total indice 50 et portez un tee shirt, un chapeau et des lunettes de soleil avant toute exposition.

Les signes d'alerte : Prévenir immédiatement votre médecin en cas d'apparition brutale de fièvre, forte transpiration, pâleur, rigidité musculaire ou accélération des battements du cœur.

QUELLES PRECAUTIONS A OBSERVER ?

Hygiène de vie : Evitez les situations répétées de manque de sommeil et la consommation d'excitants : café, thé, cola, drogues.

L'alcool : La prise d'alcool est contre indiquée, surtout en début de traitement, car elle peut entraîner une somnolence excessive, augmenter les effets indésirables, le mal-être et l'anxiété. Par la suite, une consommation très modérée est possible. Parlez-en avec votre médecin.

Les drogues : La consommation de ces produits peut favoriser une réapparition de hallucinations liées à votre maladie, de plus elle s'oppose à la réussite de votre traitement.

Les médicaments : Ne prenez pas de médicaments non prescrits par votre médecin. Demandez l'avis de votre médecin ou pharmacien car ce médicament peut présenter des interactions avec d'autres médicaments courants.

La conduite de véhicules et l'utilisation de machines : Soyez très prudent : demandez l'avis d'un professionnel de santé.

Projet de grossesse : Si vous envisagez une grossesse, parlez-en avec votre médecin. Lui seul sera à même d'évaluer la poursuite du traitement.

LA REGULARITE DU TRAITEMENT

La prise régulière du traitement conditionne son efficacité qui apparaît après quelques semaines. Vous pouvez préparer un semainier pour ne pas oublier de prendre votre traitement. La poursuite du traitement est indispensable pour obtenir une stabilité psychique. Par contre, une interruption brutale du traitement vous expose à un mal-être (rebond d'anxiété, d'insomnie, contractures) dans les jours qui suivent et, à plus long terme, à une rechute.

L'arrêt du traitement doit toujours être décidé en accord avec votre médecin prescripteur. Il doit être progressif sur plusieurs semaines.

Cette fiche d'information a été réalisée par les professionnels de santé du Réseau P.I.C. (Psychiatrie - Information - Communication).

Toutefois, cette fiche est un support d'information non exhaustif qui doit vous permettre d'en parler plus largement avec votre médecin ou pharmacien. Vous pouvez également consulter la fiche plus détaillée sur le site reseau-pic.info

© Copyright réseau PIC - 2018

ARIPRAZOLE (ABILIFY®) ANTIPSYCHOTIQUE



Comprimés à 5mg (comprimés simples)
Comprimés à 10mg, 15mg (comprimés simples ou orodispersibles)
Solution buvable à 1 mg/ml - après ouverture du flacon, le médicament est à utiliser dans les 6 mois
Solution injectable à 7,5 mg/ml

QUEL BENEFICE ATTENDRE DE CE MEDICAMENT ?

Les antipsychotiques sont prescrits pour soulager la souffrance psychique. Ils ne modifient pas la personnalité mais au contraire vont vous permettre de la retrouver. Ils vous aident à vous rassembler à l'intérieur de vous et à gérer votre vie quotidienne. Ils calment la tension intérieure, l'anxiété et l'agressivité. Ils réduisent ou suppriment les désordres de la pensée (délires, hallucinations). Ils vous aident à garder le contact et à communiquer avec les autres.

Ce médicament occupe une place importante dans votre projet de soins en vous aidant à diminuer progressivement les symptômes liés à la maladie. Mais le médicament n'est pas suffisant pour assurer à lui seul votre rétablissement. Il est aussi nécessaire de bénéficier d'un accompagnement adapté reposant sur le lien avec les soignants, vos proches et les professionnels du social.

COMMENT PRENDRE VOTRE MEDICAMENT ?

Il doit être pris chaque jour, à heure régulière, en respectant la posologie prescrite sur votre ordonnance. L'ariprazole se prend habituellement en une seule prise, avec un verre d'eau, avant, pendant, ou après le repas en position assise ou debout.

Le comprimé orodispersible doit être placé sous la langue, il sera dissout rapidement par la salive. Il peut aussi être dissout dans un verre d'eau, et avalé.

La dose de solution buvable doit être préparée avec le système doseur ou le bouchon doseur gradué.

En cas d'oubli d'une prise : Si vous avez oublié votre prise unique du matin, vous pouvez la prendre dans la journée. Si vous avez oublié votre prise unique du soir, sautez la prise et attendez la prise prévue du lendemain. Ne doublez jamais les doses pour compenser l'oubli d'une prise.

QUELS EFFETS INDESIRABLES PEUVENT APPARAÎTRE ?

Ces effets indésirables peuvent ne jamais apparaître et sont différents d'une personne à l'autre. La grande majorité des effets indésirables ne sont pas graves. Certains régressent, dès les premières semaines du traitement. Il faut les connaître pour pouvoir les identifier ou les éviter et, dans tous les cas, en parler à votre médecin qui recherchera une solution pour les atténuer, voire les faire disparaître.

Effets	Que dois-je faire ?
Impatiences, akathisie (besoin de bouger constamment), rigidité, contractures musculaires, tremblements, agitation, anxiété	Parlez-en à votre médecin pour adapter le traitement ou corriger ces effets
Somnolence, fatigue	Evitez de conduire ou d'utiliser des machines qui pourraient s'avérer dangereuses. Parlez-en au médecin qui pourra éventuellement réévaluer les doses et leur répartition dans la journée.
Insomnie	Parlez-en à votre médecin, un changement de l'heure de l'heure de prise d'un de vos médicaments peut parfois solutionner ce problème.
Maux de tête, céphalées	Reposez-vous. Evitez les substances pouvant favoriser vos maux de tête (excitants, café, chocolat...) Ces symptômes diminuent avec le temps, s'ils persistent, demandez l'avis de votre médecin ou pharmacien.
Nausées, vomissements	Prenez de préférence votre médicament au milieu d'un repas. Ces symptômes diminuent avec le temps, s'ils persistent, demandez l'avis de votre médecin ou pharmacien.

ANNEXE 8. Courrier de conciliation de sortie à destination du médecin traitant et du pharmacien d'officine



Armentières (...), le

Courrier de conciliation des traitements médicamenteux

Monsieur le Docteur

.....

.....

Tel :

Patient :

Adresse :

Cher confrère,

Votre patiente, Madame, née le, a été hospitalisée à l'EPSM Lille-Métropole du au pour anxiété généralisée sévère avec idées suicidaires. Durant l'hospitalisation, une conciliation pharmaceutique a été réalisée par le pharmacien au sein du service de soins. La conciliation pharmaceutique permet de s'assurer de la continuité des traitements à l'admission et à la sortie ainsi que de l'information aux professionnels de santé de ville relative aux changements de traitements réalisés au cours de l'hospitalisation. Vous trouverez ci-dessous un tableau résumant les modifications du traitement pendant l'hospitalisation.

Allergies connues : aucune
Poids : 56 kg
Clairance de la créatinine : 60 ml/min (CKD EPI du)
Insuffisance hépatique : oui non

Avant hospitalisation		Statut	Après hospitalisation		Indications-Commentaires
Médicament	Posologie		Médicament	Posologie	
Quétiapine LP 400 mg (XEROQUEL)	1 à 18h	Modifié	Quétiapine LP 50 mg (XEROQUEL)	5 à 21h	Diminution au vu de l'âge de patiente pour éviter un surdosage. Prise décalée à 21h pour éviter que la patiente ne s'endorme en début de soirée.
Quétiapine LP 50 mg (XEROQUEL)	1 à 18h				
		ajouté	Buspirone 10 mg	3/jour	Renforcement de l'anxiolyse
Oxazépam 10 mg (SERESTA)	4/jour	modifié	Oxazépam 10 mg (SERESTA)	3/jour	
Oxazépam 50 mg (SERESTA)	1 au coucher	modifié	Oxazépam 50 mg (SERESTA)	0,5 au coucher	
		ajouté	Trihexyphénidyle 5 mg (PARKINANE LP)	1 le matin	Contractures musculaires
Lercanidipine 10 mg (LERCAN)	1,5 le matin	poursuivi	Lercanidipine 10 mg (LERCAN)	1,5 le matin	
Lévothyroxine 50 µg (LEVOTHYROX)	1 le matin	poursuivi	Lévothyroxine 50 µg (LEVOTHYROX)	1 le matin	
Pantoprazole 20 mg (EUPANTOL)	1 le matin	poursuivi	Pantoprazole 20 mg (EUPANTOL)	1 le matin	
		ajouté	Alginate + bicarbonate (GAVISCON)	1 SB	
		ajouté	Lidocaïne 1% crème buccale (DYNEXANGIVAL)	4/jour SB	Aphte
		ajouté	Salicylate de choline + cétalkonium (PANSORAL) gel buccal	4/jour SB	Douleurs gingivales Rdv dentiste prévu
		ajouté	Oxiconazole 1% crème (FONX)	1 appl le soir	Mycose vulvaire Jusqu'au
Macrogol 4000	2 le matin + 4 SB	modifié	Macrogol 4000	2 le matin + 4 SB	
TRAITEMENTS ARRÊTES					
Divalproate 500 mg (DEPAKOTE)	1 le soir	arrêté			Diminution des psychotropes au vu de l'âge de la patiente.
Divalproate 250 mg (DEPAKOTE)	1 le matin	arrêté			
Mirtazapine 15 mg (NORSET)	1 au coucher	arrêté			

Information de sécurité médicament : TSH : 1,08 µUI/ml (N : 0,35 - 4,94) ()
 (préciser si mdt nécessite un suivi ou un accord de soin)

bon observant non observant mineur non observant
 (score de GIRERD, préciser si vigilance particulière à apporter à un traitement)

Médecin hospitalier : Dr B. LANGLOIS
 Service La Pléiade G07

Pharmacien hospitalier : Dr A. PILLIEZ

Destinataires : Médecin Traitant - Pharmacien d'officine

ANNEXE 9. Questionnaire pour l'entretien avec les pharmaciens d'officine



Nom et coordonnées de la pharmacie :
Date :

1. **Connaissez-vous la démarche de conciliation médicamenteuse ?**
 Oui
 Non
2. **Quel est votre avis sur la démarche et sur l'implication du pharmacien dans le parcours de soins des patients ?**
3. **Avez-vous reçu une information suffisante de la part des professionnels de l'EPSM sur la démarche lors de la mise en place du dispositif et sous quelle forme ?**
 Oui
 Non
4. **Les informations fournies par le courrier de sortie qui vous est adressé vous paraissent-elles pertinentes ?**
 Très satisfaisant
 Satisfaisant
 Peu satisfaisant
 Pas du tout satisfaisant
5. **Les informations fournies par le courrier de sortie qui vous est adressé vous paraissent-elles suffisantes ?**
 Très satisfaisant
 Satisfaisant
 Peu satisfaisant
 Pas du tout satisfaisant
6. **Quelles informations complémentaires souhaiteriez-vous obtenir en complément ?**
7. **Par quel moyen souhaitez-vous recevoir le courrier de sortie ?**
 Mail
 Courrier
 Fax
 Autre
8. **Est-ce que l'information apportée par le courrier de sortie vous parvient dans un délai suffisant (avant le passage du patient à l'officine) ?**
 Oui
 Non

9. **Est-ce que l'information apportée par le courrier de sortie vous permet d'anticiper les commandes de médicaments de façon à les avoir à disposition lors de l'arrivée du patient ?**
 Oui
 Non

10. **Est-ce que l'information apportée par le courrier de sortie vous permet d'anticiper en matière de conseils à apporter au patient ?**

	Pas du tout	Un peu	Certainement	Beaucoup
Conseils de prise				
Surveillance des EII				
CAT en cas d'oubli				
Observance				

11. **Quelle est votre gestion du courrier après réception ?**
 Prise en compte
 Classement dans le dossier du patient
 Autre, précisez
12. **Quel est votre ressenti par rapport aux patients de santé mentale ? Est-ce que leur prise en charge est aisée pour vous ?**
 Oui
 Non
13. **Est-ce que la démarche de conciliation médicamenteuse vous permet d'améliorer cette prise en charge ? Comment ?**
 Oui
 Non
14. **Pensez-vous que l'entretien pharmaceutique à l'hôpital permet une meilleure approche du métier de pharmacien pour le patient ? Est-ce que les patients viennent plus fréquemment vous demander conseil ?**
 Oui
 Non
15. **Est-ce que la démarche vous amènerait plus facilement à communiquer avec le pharmacien hospitalier en cas de besoin ?**
 Oui
 Non
16. **Globalement, est-ce que la démarche de conciliation médicamenteuse a modifié votre pratique au contact des patients de santé mentale, en termes d'approche, de conseils ?**
 Oui
 Non

ANNEXE 10. Questionnaire papier envoyé aux pharmaciens d'officine



QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX À LA SORTIE DESTINÉ AUX PROFESSIONNELS DE VILLE

Nom et coordonnées du professionnel :

1. Connaissez-vous la démarche de conciliation médicamenteuse ?

Oui Non

2. Les informations fournies par le courrier de conciliation de sortie, que vous avez reçu pour au moins un de nos patients sortant, vous paraissent-elles pertinentes ?

Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant

Quelles informations complémentaires souhaiteriez-vous obtenir ?

.....
.....

3. Par quel moyen souhaitez-vous recevoir le courrier de conciliation de sortie ?

Courrier Mail Fax

Merci de préciser n° de fax ou adresse mail :

4. Est-ce que l'information apportée par le courrier de conciliation de sortie vous parvient avant la venue du patient à l'officine ?

Oui Non

5. L'information apportée par le courrier de sortie vous permet-elle d'anticiper les commandes de médicaments ?

Oui Non

6. Quel est votre avis sur l'implication du pharmacien dans le parcours de soins du patient ?

.....
.....
.....

7. Commentaires

.....
.....

Merci de bien vouloir nous retourner le questionnaire complété par :

Fax : 03 20 10 23 08

Mail : ipharmacie@epsm-lille-metropole.fr

Courrier : EPSM-LM , Service pharmacie

105 rue du Général Leclerc 59280 Armentières

Avant le 30 septembre 2017

ANNEXE 11. Questionnaire papier envoyé aux médecins généralistes



QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX À LA SORTIE DESTINÉ AUX PROFESSIONNELS DE VILLE

Nom et coordonnées du professionnel :

1. Connaissez-vous la démarche de conciliation médicamenteuse ?

Oui Non

2. Les informations fournies par le courrier de conciliation de sortie, que vous avez reçu pour au moins un de nos patients sortant, vous paraissent-elles pertinentes par rapport aux informations que vous recevez par ailleurs concernant le traitement médicamenteux des patients en sortie d'hospitalisation ?

Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant

En quoi :

.....

Quelles informations complémentaires souhaiteriez-vous obtenir ?

.....

.....

3. Par quel moyen souhaitez-vous recevoir le courrier de conciliation de sortie ?

Courrier Mail Fax

Merci de préciser n° de fax ou adresse mail :

4. Est-ce que l'information apportée par le courrier de conciliation de sortie vous parvient avant le rendez-vous avec le patient ?

Oui Non

5. Le courrier de conciliation de sortie vous semble-t-il utile à l'amélioration de la continuité de la prise en charge des patients ? Comment ?

Oui Non

.....

.....

.....

6. Commentaires

.....

.....

Merci de bien vouloir nous retourner le questionnaire complété par :
Fax : 03 20 10 23 08
Mail : ipharmacie@epsm-lille-metropole.fr
Courrier : EPSM-LM , Service pharmacie
105 rue du Général Leclerc 59280 Armentières
Avant le 30 septembre 2017

AUTORISATION DE SOUTENANCE



Faculté de Pharmacie
de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
☎ 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr/>



DEMANDE D'AUTORISATION DE SOUTENANCE

Nom et Prénom de l'étudiant : DESPLANQUES... NADON..... INE : 0901015337X.....

Date, heure et lieu de soutenance :

Le 22 | 06 | 2018 à 16h00... Amphithéâtre ou salle : CURIE.....
jour mois année

Avis du conseiller (directeur) de thèse

Nom : POLLET.....

Prénom : Claire.....

Favorable

Défavorable

Motif de l'avis défavorable :

Date : 2 mai 2018
Signature:

Madame Claire POLLET
Pharmacien Chef de Service
E.P.S.M. Lille-Métropole
59487 ARMENTIERES Cedex
N° RPPS 10001025195

Avis du Président de Jury

Nom : O. DCAU.....

Prénom : Pascal.....

Favorable

Défavorable

Motif de l'avis défavorable :

Date : 22/05/2018
Signature:

Décision de Monsieur le Doyen

Favorable

Défavorable

Le Doyen

D. DÉCAUDIN



NB : La faculté n'entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans les thèses, qui doivent être regardées comme propres à leurs auteurs.

Université de Lille
FACULTE DE PHARMACIE DE LILLE
MEMOIRE de DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
(tenant lieu de Thèse en vue du Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie)
Année Universitaire 2017/2018

Nom : DESPLANQUES
Prénom : Marion

Titre du mémoire / thèse : Expérience de la conciliation médicamenteuse dans un établissement public de santé mentale : intérêt de la démarche pour renforcer le lien ville-hôpital

Mots-clés : pharmacie clinique, conciliation médicamenteuse à l'admission, conciliation médicamenteuse à la sortie, lien ville-hôpital, psychiatrie.

Résumé :

La CTM est un dispositif permettant de sécuriser la PECM du patient au niveau de différents points à risque : l'admission, les transferts et la sortie d'hospitalisation. L'objectif est de faire un état des lieux de la CTM à l'admission et à la sortie dans un secteur pilote de l'établissement et d'évaluer l'intérêt de la démarche auprès des professionnels de ville.

La CTM à l'entrée a été réalisée pour 319 patients sur 4 ans admis dans une unité de 17 lits d'HC et 1 lit de SI. Les informations recueillies proviennent au minimum de 3 sources d'information et sont synthétisées dans un BMO intégré au DPI, les divergences sont communiquées aux prescripteurs et suivies par le pharmacien/interne. La CTM de sortie comprend un entretien avec le patient ainsi que l'envoi de courriers au médecin traitant et au pharmacien d'officine. Elle a été réalisée pour 90 patients dans un secteur pilote (18 lits d'HC, 1 lit de SI et 10 lits en AT) sur une période de 16 mois. L'évaluation de la CTM a été réalisée *a posteriori* grâce à des entretiens avec les pharmaciens d'officine et l'envoi de questionnaires papier aux médecins généralistes.

Sur 4 ans, 19,2% des patients admis ont été conciliés dont 56% dans les 24h (MR1). En moyenne, les CTM présentent $0,63 \pm 1,12$ lignes DNDNI par patient (MR3) dont 71% ont été prises en compte par les prescripteurs et 34% patients ont au moins 1 DNDNI (MR4). Les DNDNI correspondent en majorité à des omissions (62%) et concernent dans 85% des cas des médicaments somatiques. Entre juin 2016 et octobre 2017, 90 patients ont été conciliés à la sortie dont 20 sans entretien. 16% étaient considérés comme bon observant, 24% non observant mineur et 34% non observant ; 15,6% des patients étaient en rupture thérapeutique à leur admission. En avril 2018, 42 patients avaient été réhospitalisés dont 12 à nouveau en rupture thérapeutique soit 40% dans le groupe ayant bénéficié d'un entretien de sortie et 25% dans le groupe n'en ayant pas bénéficié. 75% des pharmaciens et 100% des médecins interrogés pensent que la CTM améliore la PECM des patients mais seuls 20% des médecins reçoivent le courrier avant l'arrivée du patient.

La CTM permet le recueil et la transmission d'informations exhaustives et fiables concernant le traitement médicamenteux, elle est primordiale en psychiatrie car le volet somatique est moins bien maîtrisé par les psychiatres et c'est là où se situe la majeure partie des divergences. L'axe d'amélioration majeur serait maintenant d'utiliser un moyen rapide et sécurisé pour l'envoi des courriers aux professionnels de ville, soit par la généralisation de l'utilisation des messageries sécurisées, soit par l'intégration des informations relatives à la CTM dans le DMP. L'originalité de la démarche mise en place à l'EPSM LM est l'inclusion d'un entretien pharmaceutique de sortie permettant une sensibilisation du patient au bon usage des psychotropes mais nécessitant un pharmacien disponible à tout moment, d'où l'intérêt d'un personnel dédié. La pérennisation de la CTM est devenue une nécessité et pourrait passer par l'intervention des PPH ou l'utilisation de la visioconférence pour la réalisation des entretiens à distance.

Membres du jury :

Président : Pr Pascal Odou, Pharmacien PU-PH, Université Lille 2, CHRU Lille
Assesseur(s) : Dr Claire Pollet, Directrice de thèse, Pharmacien PH, EPSM-LM
Pr Jean-Marc Chillon, Pharmacien PU-PH, Université de Picardie Jules Verne
CHU Amiens-Picardie
Dr Christine Lajugie, Médecin psychiatre PH, EPSM-LM