

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

**Soutenue publiquement le 06 juillet 2022
Par Monsieur PERIMONY BENOÎT**

**Conformément aux dispositions réglementaires en vigueur tient lieu de
THESE EN VUE DU DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**DEVELOPPEMENT DE LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE
PAR INTEGRATION DES PREPARATEURS EN PHARMACIE
HOSPITALIERE AU CENTRE HOSPITALIER DE LA REGION DE SAINT OMER**

Membres du jury :

Président : **Monsieur le Professeur Pascal Odou**
Professeur des Universités
Praticien Hospitalier - Pharmacien
Faculté de pharmacie, Université de Lille
Centre Hospitalier Universitaire de Lille

**Directeur
de mémoire :** **Monsieur le Docteur Jean-Nicolas Chatelet**
Praticien Hospitalier - Pharmacien,
Centre Hospitalier de la Région de Saint-Omer

Assesseur(s) : **Monsieur le Docteur Frédéric Marçon**
Maître de Conférences des Universités
Praticien Hospitalier - Pharmacien
Faculté de pharmacie, Université d'Amiens
Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens

Monsieur le Docteur Morgan Blot
Médecin Généraliste

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2021-2022	Version 2.0 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 3/10

Université de Lille

Président	Régis BORDET
Premier Vice-président	Etienne PEYRAT
Vice-présidente Formation	Christel BEAUCOURT
Vice-président Recherche	Olivier COLOT
Vice-présidente Réseaux internationaux et européens	Kathleen O'CONNOR
Vice-président Ressources humaines	Jérôme FONCEL
Directrice Générale des Services	Marie-Dominique SAVINA

UFR3S

Doyen	Dominique LACROIX
Premier Vice-Doyen	Guillaume PENEL
Vice-Doyen Recherche	Éric BOULANGER
Vice-Doyen Finances et Patrimoine	Damien CUNY
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires	Sébastien D'HARANCY
Vice-Doyen RH, SI et Qualité	Hervé HUBERT
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie	Caroline LANIER
Vice-Doyen Territoires-Partenariats	Thomas MORGENROTH
Vice-Doyenne Vie de Campus	Claire PINÇON
Vice-Doyen International et Communication	Vincent SOBANSKI
Vice-Doyen étudiant	Dorian QUINZAIN

Faculté de Pharmacie

Doyen	Delphine ALLORGE
Premier Assesseur et Assesseur en charge des études	Benjamin BERTIN
Assesseur aux Ressources et Personnels	Stéphanie DELBAERE
Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement	Anne GARAT
Assesseur à la Vie de la Faculté	Emmanuelle LIPKA
Responsable des Services	Cyrille PORTA
Représentant étudiant	Honoré GUISE

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2021-2022	Version 2.0 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 4/10

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	CHAVATTE	Philippe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques	87
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87

  Université de Lille	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2021-2022	Version 2.0 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 5/10

Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bioinorganique	85
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques	87
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie	86
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2021-2022	Version 2.0 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 6/10

Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

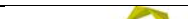
Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BLONDIAUX	Nicolas	Bactériologie - Virologie	82
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	AGOURIDAS	Laurence	Chimie thérapeutique	85
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	ANTHERIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie	87
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
Mme	BARTHELEMY	Christine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	85
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie - Virologie	87
M.	BELARBI	Karim-Ali	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86

  Université de Lille		LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE		Enseignants et Enseignants-chercheurs 2021-2022	Version 2.0 Applicable au 02/01/2022
Document transversal			Page 7/10

M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie	87
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87

  Université de Lille	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2021-2022	Version 2.0 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 8/10

M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2021-2022	Version 2.0 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 9/10

M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie pharmaceutique	86

Maîtres de Conférences Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques	85

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2021-2022	Version 2.0 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 10/10

Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	GEORGE	Fanny	Bactériologie - Virologie / Immunologie	87
Mme	N'GUESSAN	Cécilia	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	RUEZ	Richard	Hématologie	87
M.	SAIED	Tarak	Biophysique - RMN	85
M.	SIEROCKI	Pierre	Chimie bioinorganique	85

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière

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 vous remercie pour l'honneur que vous me faites en présidant ce jury. Je vous assure de mon sincère respect et de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jean-Nicolas Chatelet,

Je te remercie infiniment d'avoir accepté d'être mon Directeur de mémoire. Merci pour ton encadrement tout au long de ce projet. Merci pour ton suivi, tes conseils, ton soutien et pour tes remarques qui ont permis d'améliorer la qualité de ce mémoire.

A Monsieur le Docteur Frédéric Marçon,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Je vous exprime tout mon respect et ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Morgan Blot,

Je vous remercie pour avoir gentiment accepté de faire partie de ce jury. Merci pour ces échanges constructifs que nous avons pu avoir pendant le déroulement de l'activité.

A Madame le Docteur Jany Deblock,

Je tiens à t'exprimer mes remerciements pour m'avoir accueilli une année complète au sein de ton équipe. J'ai appris tant de choses lors de mon passage à Helfaut. Merci d'avoir eu confiance en moi pour mener les missions que tu m'as confiées. J'espère avoir pu les réaliser comme tu le souhaitais.

A toute l'équipe de la pharmacie du CH de la Région de Saint-Omer,

Merci aux pharmaciens, préparateurs et agents pour l'accueil agréable que vous m'avez fait. Merci aux préparateurs d'avoir accepté de participer à ce projet. J'espère que vous vous épanouissez dans la réalisation de cette activité.

Aux médecins du service de gériatrie du CH de de la Région de Saint-Omer,

Pour m'avoir accueilli au sein de leur service afin de permettre la mise en place de ce projet.

Au service de communication du CH de la Région de Saint-Omer,

Merci Audrey de m'avoir guidé dans l'étape de communication. Merci à Marie ma « coproductrice », et aux acteurs qui ont participé à la vidéo. Hâte qu'elle soit diffusée !

A toutes les autres équipes de pharmacie rencontrées au cours de ma formation,

Aux PUI du CHU d'Amiens, CH d'Arras, CH de Boulogne-sur-Mer, CH de Calais, CH de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer. Merci pour ce que vous m'avez apporté.

A l'équipe de pharmacie de l'Hôpital Maritime de Zuydcoote,

Merci Sophie et Pascale. C'est une joie d'intégrer prochainement votre équipe. Merci pour votre confiance.

A tous les internes et externes croisés au cours de mon internat,

Merci pour ces moments partagés au cours de ces 4 années.

A tous mes amis,

Merci pour tous ces bons moments passés durant notre enfance et notre période étudiante.

A toute ma famille,

Que j'ai la chance d'avoir auprès de moi. Vous me comblez de bonheur.

A ma grand-mère,

C'est une chance pour moi et toute la famille de t'avoir auprès de nous. Je ne connais pas de personne autre que toi qui soit plus bienveillante, généreuse et courageuse pour sa famille. Je suis si fier de toi.

A mes parents,

C'est une chance de vous avoir à mes côtés. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Je vous dois beaucoup. Si j'en suis là, c'est grâce à vous. Je vous aime.

A Justine, ma grande sœur,

Envers qui j'ai toute confiance et qui, avec Antoine, m'avaient soutenu durant toutes ces années d'études. Notre enfance a été formidable. Je souhaite la même pour Soline et Charles.

A Léone, ma fiancée,

Qui porte notre bébé. J'ai la chance de t'avoir auprès de moi chaque jour avec Ola, notre fidèle compagnon. Merci pour l'amour, le bonheur et le soutien que tu m'apportes. Je t'aime.

SOMMAIRE

Liste des abréviations	15
Table des figures	16
Table des tableaux	16
Table des graphiques.....	17
Index des annexes	17
Introduction.....	18
I. Revue de la littérature : Conciliation Médicamenteuse et Préparateur	19
A. La conciliation médicamenteuse	19
1. Définitions	19
2. Les origines de la conciliation médicamenteuse.....	20
3. Aspects réglementaires, référentiels et recommandations.....	22
4. Le déroulement de la conciliation médicamenteuse	25
B. Les formations des PPH dans la pharmacie clinique	28
1. Formation initiale des PPH	28
2. Formations complémentaires des PPH	28
C. Etat des lieux de l'activité	30
1. Déploiement de la conciliation médicamenteuse en France	30
2. Retour d'expérience de l'implication des préparateurs en France.....	31
3. Exemple du modèle Québécois.....	34
II. Expérimentation au Centre Hospitalier de la région de Saint-Omer	35
A. Introduction.....	35
1. Préambule	35
2. Historique de la CM au CHRSO	36
B. Objectifs du projet	37
1. Objectif principal	37
2. Objectifs secondaires	37
C. Matériels et méthodes	37
1. Prérequis à l'étude	37
2. Processus de conciliation médicamenteuse intégrant les préparateurs	40
3. Campagne de communication	45
4. Formation des préparateurs	49
D. Résultats.....	52
1. Formation et intégration des préparateurs	52
2. Démographie de la population étudiée	53
3. Evolution des indicateurs de suivi.....	53
4. Bilan des interventions pharmaceutiques.....	57
5. Temps d'activité	60
E. Discussion	62
1. Interprétation des résultats	62
2. Difficultés rencontrées	68
3. Biais et limites de l'étude	69
4. Perspectives.....	70
III. Conclusion	71
IV. Références bibliographiques.....	72
V. Annexes.....	78

Liste des abréviations

ADIPH	Association pour le Développement de l'Internet en Pharmacie
ATC	Anatomique, Thérapeutique et Chimique
BMO	Bilan Médicamenteux Optimisé
CFPPH	Centre de Formation de Préparateurs en Pharmacie Hospitalière
CHRSO	Centre Hospitalier de la région de Saint-Omer
CAQES	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficienc e des Soins
CM	Conciliation Médicamenteuse
CNEH	Centre National de l'Expertise Hospitalière
COMEDIMS	Commission du Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles
CRPV	Centre Régional de Pharmacovigilance
CSP	Code de Santé Publique
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DJIN	Dispensation Journalière Individuelle Nominative
DNI	Divergence Non Intentionnelle
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EIG	Evénement Indésirable Grave
EM	Erreur Médicamenteuse
ENEIS	Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables graves associés aux Soins
ES	Etablissements de Santé
ETP	Equivalent Temps Plein
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IP	Intervention Pharmaceutique
LAP	Logiciel Aide à la Prescription
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
OMEDIT	Observatoire des Médicaments, des dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PPH	Préparateurs en Pharmacie Hospitalière
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
SFPC	Société Française de Pharmacie Clinique
SSP	Semaine Sécurité Patient
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
USLD	Unités de Soins de Longue Durée

Table des figures

Figure 1: Intégration de la conciliation médicamenteuse en pharmacie clinique. Figure issue du Livre blanc de la conciliation médicamenteuse (9).....	20
Figure 2 : Les différentes étapes lors du déroulement de la conciliation médicamenteuse de l'admission à la sortie selon la HAS	25
Figure 3 : Schéma du processus de conciliation médicamenteuse associant préparateur et pharmacien.....	40
Figure 4 : Entête au recto de l'affiche de communication auprès des officines de l'agglomération....	46
Figure 5 : Entête au verso de l'affiche de communication auprès des officines de l'agglomération ...	46
Figure 6 : Entête de l'affiche « Grand Jeu Kahoot ! » auprès du personnel du CHRSO	47
Figure 7 : Entête de la newsletter du « CHRSo'info : Zoom sur ... la conciliation médicamenteuse » auprès du personnel du CHRSo	47
Figure 8 : Principales sources de motivation des préparateurs du CHRSo à participer à la pharmacie clinique	67

Table des tableaux

Tableau 1 : Erreurs médicamenteuses recueillies par 8 établissements auprès des patients inclus dans le projet Med'Rec.....	21
Tableau 2 : Indicateur régional du CAQES 2022 : développement de la pharmacie clinique et le recours à la conciliation médicamenteuse.....	22
Tableau 3 : Disposition des professionnels de santé pouvant être impliqués lors de la CME selon la SFPC (21).....	24
Tableau 4 : Les différentes sources d'informations disponibles pour concevoir le Bilan Médicamenteux Optimisé	25
Tableau 5 : Niveaux d'analyses pharmaceutiques définis en 2012 par la SFPC (37)	27
Tableau 6 : Synthèse des retours d'expériences des différents Centres Hospitaliers Français impliquant ou souhaiteraient impliquer le PPH dans la CM.	33
Tableau 7 : Tableur de suivi quotidien des conciliations médicamenteuses	43
Tableau 8 : Listing du type d'erreur et du type de résolution associée lors d'une IP liée aux DNI.....	44
Tableau 9 : Description des différents ateliers proposés lors de la formation théorique	50
Tableau 10 : Profil de la population hospitalisée en service de gériatrie durant la période de juin 2021 à février 2022	53
Tableau 11 : Profil de la population jugée prioritaire en service de gériatrie durant la période de juin 2021 à février 2022	53
Tableau 12 : Tableau présentant les principaux éléments d'activité au CHRSo entre 2019 et 2022...	63
Tableau 13 : Comparaison de l'étude réalisée au CHRSo avec la littérature	64
Tableau 14 : Comparaison avec la littérature des principaux types d'EM retrouvés	65

Table des graphiques

Graphique 1 : Evolution du nombre de PPH habilités à la réalisation du BMO	52
Graphique 2 : Evolution du nombre de conciliation de juin 2021 à février 2022	54
Graphique 3 : Evolution du taux de patients conciliés parmi toutes les admissions en gériatrie	54
Graphique 4 : Evolution du taux de patients conciliés parmi les patients jugés prioritaires.....	55
Graphique 5 : Evolution du taux de patients conciliés avec au moins une DNI corrigée par rapport au nombre de patients conciliés	55
Graphique 6 : Délai de conciliation depuis l'admission en gériatrie	56
Graphique 7 : Conciliations médicamenteuses réalisées sur demande médicale au mois de février 2022.....	56
Graphique 8 : Taux de patient présentant au moins une DNI parmi tous les patients conciliés.....	57
Graphique 9 : Répartitions des 122 EM corrigées en fonction du délai de correction de la prescription	57
Graphique 10 : Répartition du devenir des 183 interventions pharmaceutiques	58
Graphique 11 : Répartition des 183 erreurs médicamenteuses selon le type d'erreur	58
Graphique 12 : Répartition des 183 IP selon le type de résolution proposée	59
Graphique 13 : Répartition des médicaments liés aux DNI par répartition selon le système de classification ATC.....	59
Graphique 14 : Répartition du devenir des DNI dans les sous-groupes thérapeutiques de la classe ATC	60
Graphique 15 : Evolution du ratio « Nombre de CM réalisées par après-midi »	61
Graphique 16 : Evolution du temps moyen de réalisation de la CM	61
Graphique 17 : Comparaison du nombre de conciliations médicamenteuses réalisées sur la période de Juin à Février (9 mois) depuis 3 ans dans le service de gériatrie.	62
Graphique 18 : Comparaison du taux de conciliation parmi tous les patients de gériatrie sur la période de Juin à Février (9 mois) depuis 3 ans.	62

Index des annexes

Annexe 1 : Cartographie des risques de 2020 liés à la PECM – conciliation médicamenteuse	78
Annexe 2 : Flyer d'information patient « Sécurisons ensemble votre prise en charge médicamenteuse »	79
Annexe 3 : Livret d'accueil patient de l'établissement	80
Annexe 4 : La procédure définissant le processus de conciliation des traitements médicamenteux incluant les PPH.....	81
Annexe 5 : Fiche de recueil des sources d'informations	83
Annexe 6 : Fiche de conciliation médicamenteuse d'entrée	83
Annexe 7 : Fiche d'entretien patient.....	84
Annexe 8 : Lettre à destination des pharmacies d'officine	84
Annexe 9 : Affiche de communication auprès des pharmacies d'officine	85
Annexe 10 : Newsletter « CHRS'Info : Zoom sur la conciliation médicamenteuse »	86
Annexe 11 : Script des 5 scénarios – vidéo conciliation médicamenteuse	87
Annexe 12 : Questionnaire – Formation théorique	88
Annexe 13 : Grille d'habilitation à la réalisation d'un BMO	89
Annexe 14 : Conciliation médicamenteuse d'entrée finalisée (Module Cora®)	90

Introduction

Les événements indésirables liés aux médicaments constituent un problème de santé publique majeur. Elle correspond à la iatrogénie médicamenteuse et concerne tous les secteurs de soins. L'erreur médicamenteuse peut être à l'origine de ce risque et impacter directement le patient. Par définition, ces erreurs médicamenteuses sont évitables.

La conciliation médicamenteuse (CM) est perçue par l'autorité publique comme l'un des moyens efficaces pour réduire le risque d'erreurs médicamenteuses lié à la prescription. Soutenue par différentes organisations internationales, elle participe à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse.

Dans la plupart des Centres Hospitaliers (CH) périphériques, tel que le CH de la Région de Saint-Omer, l'effectif restreint des pharmaciens et la présence aléatoire et temporaire d'internes et d'externes permettent difficilement d'assurer la CM au quotidien et de façon pérenne. Une autre ressource humaine, telle que les Préparateurs en Pharmacie Hospitalière (PPH), pourrait être utilisée afin de participer à cette activité. La mise en place d'expérimentations impliquant des PPH paraît nécessaire afin d'accélérer le développement de la CM dans ces CH.

Dans une première partie, ce travail présente une revue de la littérature, concernant le lien entre la CM et les PPH et fait le point sur les différentes expériences et démarches réalisées en France. Dans une deuxième partie, ce mémoire consiste à expérimenter l'intégration d'une équipe de PPH dans la réalisation du Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO) dans l'objectif de développer et pérenniser la CM d'entrée au CHRSO.

I. Revue de la littérature : Conciliation Médicamenteuse et Préparateur

A. La conciliation médicamenteuse

1. Définitions

a. La iatrogénie médicamenteuse

La iatrogénie se définit comme « *l'ensemble des conséquences néfastes pour la santé, potentielles ou avérées, résultant de l'intervention médicale (erreurs de diagnostic, prévention ou prescription inadaptée, complications d'un acte thérapeutique) ou de recours aux soins ou de l'utilisation d'un produit de santé.* » (1)

On y retrouve **la iatrogénie médicamenteuse** qui désigne un évènement indésirable médicamenteux. Cela correspondant à un dommage résultant de l'utilisation d'un médicament et ayant deux causes possibles :

- **Un effet indésirable** : « *réaction nocive et non voulue à un médicament utilisé* »,
- **Une erreur médicamenteuse (EM)** : « *Erreur non intentionnelle* ». (Définie dans le paragraphe 1.b ci-dessous). (1)

b. L'erreur médicamenteuse

L'EM est définie par la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) dans son dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse comme étant : « *l'omission ou la réalisation non intentionnelles d'un acte relatif à un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un évènement indésirable pour le patient. [...] évitable car elle manifeste ce qui aurait dû être fait et qui ne l'a pas été au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse d'un patient* » (2).

Les **événements indésirables graves (EIG)** associés aux soins sont « *des événements défavorables pour le patient, ayant un caractère certain de gravité (à l'origine d'un séjour hospitalier ou de sa prolongation, d'une incapacité ou d'un risque vital) et associés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention* » (3).

Toutefois, certains de ces EIG sont **évitables**. C'est-à-dire, dès lors qu'il « *ne serait pas survenu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de la survenue de l'évènement indésirable* » (3). Parmi ces EIG évitables, on y trouve par exemple, l'erreur dans la prise du médicament, ou l'interaction avec le reste du traitement.

D'autres EIG sont **inévitables** tel que les ceux liés au médicament lui-même, ou en cas d'allergie non connue à un de ces composants.

Les événements indésirables liés aux médicaments constituent un problème majeur de santé publique, principalement pour la population âgée. Elle concerne tous les secteurs de soins, et toutes les étapes de transition dans le parcours de soins. On estime qu'entre 4 et 21.7% des hospitalisations ont pour origine un évènement indésirable, et affecte particulièrement la

personne âgée (4). Selon deux autres études françaises, les **événements indésirables médicamenteux** constituent le premier motif à l'origine des réhospitalisations (5,6).

c. Conciliation médicamenteuse et pharmacie clinique

La CM est une démarche de **prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses**. L'objectif étant de sécuriser la prise en charge du patient grâce à une collaboration renforcée, afin de favoriser le bon usage du médicament.

Le collège de la **Haute Autorité de Santé** (HAS) a défini en 2015 (7), en lien avec la **Société Française de Pharmacie Clinique** (SFPC) en 2013, la conciliation des traitements médicamenteux comme étant « *un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes des médicaments du patient entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts* ». Elle englobe la CM d'entrée, de transfert et de sortie.

L'activité de CM fait partie intégrante de la **pharmacie clinique**, qui est « *une discipline de santé centrée sur le patient, dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge médicamenteuse (PECM), à chaque étape du parcours de soins. Elle contribue à la sécurisation, la pertinence, l'efficacité du recours aux produits de santé* » (8). Elle est une pratique avancée de la pharmacie clinique. (9) (figure n°1).

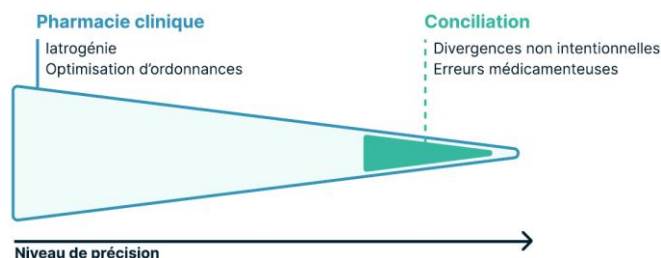


Figure 1: Intégration de la conciliation médicamenteuse en pharmacie clinique. Figure issue du Livre blanc de la conciliation médicamenteuse (9)

2. Les origines de la conciliation médicamenteuse

Ce processus encouragé par les autorités fait suite au constat d'un nombre encore trop important d'EM évitables se produisant lors du parcours de soins.

Deux **Enquêtes Nationales sur les Événements Indésirables liés aux Soins** (ENEIS 1 : 2004 et 2 : 2009) ont montré que la moitié des événements indésirables médicamenteux graves étaient évitables. Ces EM surviennent majoritairement aux étapes de transition du parcours de soins. A noter que les résultats préliminaires de l'étude ENEIS 3 (2019-2022) montrent une nouvelle fois que l'EM est l'une des principales causes d'EIG associées aux soins.

Une expérimentation dénommée **Medication Reconciliation (Med'Rec)** a impliqué 9 établissements volontaires en France, dans le cadre de l'expérience des High 5s, qui a été réalisée sur une période de 5 ans (2010 – 2014).

L'initiative des High 5s est une démarche internationale lancée en 2006 sous l'égide de **l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**. L'objectif était de diminuer de façon pérenne et mesurable les problèmes majeurs liés à la sécurité du patient. Cinq problèmes de sécurité pour le patient ont été identifiés comme prioritaires par l'OMS. Parmi eux, celui qui a été retenu comme axe majeur par la France est « *la précision de la prescription des médicaments lors des transitions dans le parcours de soins* ».

Le rapport de l'expérimentation Med'Rec validé par la HAS montre l'importance de la iatrogénie en France. En effet, chez plusieurs milliers de patients de plus de 65 ans hospitalisés après passage aux urgences et conciliés à leur admission ; en moyenne, près d'une EM par patient a été interceptée et corrigée. Cette moyenne était quasi constante sur les 5 années (de 0,7 à 1.1) (Tableau n°1).

Année	Nombre de patients conciliés	Erreurs médicamenteuses (EM)	EM par patient
2010	268	242	0.9
2011	2 357	1 624	0.7
2012	4 933	3 890	0.8
2013	6 417	5 370	0.8
2014	8 888	10 194	1.1
TOTAL	22 863	21 320	0.9

Tableau 1 : Erreurs médicamenteuses recueillies par 8 établissements auprès des patients inclus dans le projet Med'Rec

Parmi les données issues de ce projet, les erreurs principalement évitées sont l'omission d'un médicament et l'erreur de dose. Les **médicaments cardiovasculaires** sont les plus souvent impliqués dans les erreurs interceptées.

D'autres études (10–13) montrent que 5,6 % à 11,7 % des erreurs médicamenteuses interceptées par la CM auraient pu avoir des conséquences graves pour les patients.

D'une manière synergique avec le projet de recherche « High 5's », des travaux ont eu lieu au niveau européen, avec la participation française au **programme EUNetPaS** (European Network for Patient Safety) piloté par la HAS. La conciliation de la prescription à l'entrée et à la sortie fait partie des bonnes pratiques retenues visant la sécurité du médicament.

Les suites de ce projet ont permis d'étendre cette pratique dans de nombreux autres établissements. Afin de mettre en place cela, la HAS a d'ailleurs diffusé son rapport d'expérimentation et un guide pour pouvoir l'implémenter (14).

L'accompagnement s'est également reposé sur un financement par le Fond d'Intervention Régional 2015, notamment dans la formation des établissements. Il a été appuyé à l'échelon régional par les **Agences régionale de santé (ARS)** et les **Observatoire des Médicaments, des dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT)** visant à la promotion de la qualité et de la sécurité des soins dans le champ des produits de santé (15).

Les bénéfices de cette démarche sont les suivants :

- La continuité et la qualité des traitements ;
- L'information du patient et de son entourage ;
- Le bon usage du médicament.

Elle a également son intérêt en santé publique, puisqu'elle participe à la diminution de la iatrogénie, et donc de la diminution des hospitalisations (16).

Il est cité dans le **rapport d'instruction** de la **Direction Générale de l'Offre de Soins** (DGOS) du 9 mars 2015 relative au déploiement de la CM, que « *Pour 47 à 67% des patients, une erreur ou une divergence interviendrait entre les traitements prescrits en ville et à l'hôpital et ces erreurs seraient responsables d'événements indésirables médicamenteux graves dans 18 à 59% des cas.* » (17)

3. Aspects réglementaires, référentiels et recommandations

La notion de CM a d'abord été évoquée en 2012, par la DGOS dans son rapport « qualité de la prise en charge médicamenteuse » (p.16 et 17) (18). Suite à ce rapport, une **instruction de la DGOS** en 2015, a été transmise aux ARS et aux OMEDIT, dans laquelle elle précise que le développement de la CM fait partie des « axes prioritaires en matière de formation professionnelle » (19). La SFPC reprend cette notion en 2015 avec la diffusion de sa « fiche mémo » (20). Puis la HAS l'a reprise dans son guide en 2017, actualisé en 2018. (14)

Des exigences réglementaires relatives à la qualité de la PECM sont préconisées par la HAS et encadrées par le **Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins** (CAQES). L'un des 4 **indicateurs régionaux** du nouveau CAQES 2022 Hauts-de France est le « développement de la pharmacie clinique et le recours à la conciliation médicamenteuse » présent dans le volet produits de santé (21). L'objectif est la poursuite du déploiement de la CM dans les ES. (Tableau n°2).

<i>Contexte</i>	<i>Constat qu'une partie des ES de la région n'a pas encore développé la CM</i>
<i>Objectif</i>	Poursuite du déploiement de la CM
<i>Enjeu</i>	Pertinence de la prescription Réduction de la iatrogénie
<i>Propositions de cibles</i>	2022 et 2023 : B (déploiement et organisation de la CM) 2024 : A (Tableau de bord de suivi avec indicateurs d'activité, de résultats)

Tableau 2 : Indicateur régional du CAQES 2022 : développement de la pharmacie clinique et le recours à la conciliation médicamenteuse

L'établissement signant ce contrat, s'engage donc dans une dynamique, conformément aux recommandations de l'HAS, en s'appuyant sur un temps pharmaceutique dédié à la pharmacie

clinique. Ce contrat s'inscrit dans le projet d'établissement et s'intègre donc à la politique de management de la qualité de la PECM.

Le CAQES entériné par l'article 81 de la loi n°2015-1702 de financement de la sécurité sociale est en vigueur depuis 2018. (22)

L'Arrêté du 27 avril 2017 (23) relatif au CAQES mentionné à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale (24) précise l'inscription dans le volet obligatoire relatif au bon usage du médicament, des produits et des prestations, par l'article 10-2 du chapitre II, que l'établissement met en œuvre « une stratégie de déploiement [...] de la conciliation médicamenteuse ».

Toutefois, une synthèse des discussions (2012 – 2018) réalisée par **l'Association pour le Digital et l'Information en Pharmacie** (ADIPH) (25) à ce sujet ressort que « *la plupart des textes juridiques « sont en retard » par rapport aux pratiques et surtout, à cette évolution annoncée* » et précise que « *les ressources pharmaceutiques [de certains établissements] ne permettent pas de mettre en place une présence pharmaceutique avec une conciliation médicamenteuse* ».

Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2011 sur le circuit du médicament à l'hôpital parle de « *transition thérapeutique* » pour désigner la CM à l'entrée et le suivi de l'ordonnance à la sortie. L'IGAS émet les recommandations suivantes :

- L'accélération de la mise en œuvre des dispositions de la loi HPST visant l'amélioration de cette transition ;
- Le recueil par l'hôpital des coordonnées des professionnels de santé ambulatoires ;
- La désignation du pharmacien correspondant ;
- Le déploiement du dossier pharmaceutique en ES en mettant en place les moyens nécessaires.

Afin de renforcer l'activité clinique du pharmacien, l'IGAS recommande de déployer les ressources pharmaceutiques au service des patients. Cela sera possible grâce à la mise en œuvre de l'analyse pharmaceutique et du développement des activités de pharmacie clinique. Ainsi, les formations initiales et continues (des PPH et des pharmaciens) doivent être adaptées en conséquence.

Toujours d'après ce rapport, il est alors nécessaire de décharger les pharmaciens des tâches pour lesquelles leur compétence n'est pas indispensable. Ces dernières peuvent être déléguées ou transférées (par exemple, aux préparateurs) afin de dégager du temps pour prioriser les missions à haute valeur ajoutée du pharmacien. (26)

La **SFPC** précise qu'il « *convient de rechercher une subsidiarité dans l'organisation de cette activité* » (20). C'est donc au pharmacien d'organiser et de mettre en œuvre la CM en s'appuyant sur une équipe. Aussi, elle indique dans ses Bonnes Pratiques de Pharmacie Clinique publiées en mars 2022, que cette équipe pharmaceutique comprenant les PPH joue le rôle de « capteur » de données (27). **La HAS** ajoute dans son guide de la mise en œuvre de la CM en ES, que « *le recueil des informations est réalisable par tout professionnel de santé* », comprenant les PPH.

La SFPC recommande ainsi aux différents professionnels de santé (dont les PPH) de s'impliquer dans le processus avec la disposition suivante : (tableau n°3).

Recherche active d'informations	Réalisation du Bilan Médicamenteux Optimisé	Actualisation de la prescription médicamenteuse et du dossier patient
Préparateur en pharmacie Etudiant hospitalier en pharmacie Etudiant en médecine Interne en pharmacie Interne en médecine Pharmacien Infirmier diplômé d'état Médecin	<u>Formalisation du bilan médicamenteux</u> Préparateur en pharmacie Etudiant hospitalier en pharmacie Interne en pharmacie Pharmacien Infirmier <u>Validation du bilan médicamenteux</u> Pharmacien Médecin Interne en pharmacie / médecine (par délégation)	<u>Gestion des divergences</u> Interne en pharmacie - Pharmacien Et Interne en médecine - Médecin <u>Enregistrement dossier patient / prescription</u> Interne en médecine Médecin

Tableau 3 : Disposition des professionnels de santé pouvant être impliqués lors de la CME selon la SFPC (21)

Une multitude de professionnels de santé ayant des compétences et expériences différentes peuvent ainsi intervenir dans le processus. Ainsi la formalisation du BMO peut être faite par les PPH. Toutefois, les PPH exercent leurs fonctions sous la responsabilité et le contrôle effectif d'un pharmacien. Cela est précisé dans l'Article R.5104-28 et L.4241-13 du **Code de Santé Publique (CSP).**

Il est recommandé de confier la validation du bilan médicamenteux à un pharmacien. Il y engage alors sa responsabilité par sa signature apposée sur la fiche de CM (14). Sa validation implique la vérification de la bonne exécution de l'ensemble des étapes, afin de s'assurer de la connaissance des traitements complets du patient pour détecter des divergences non documentées. Elle n'équivaut pas à l'analyse pharmaceutique des ordonnances.

Cependant, des modifications de la prescription hospitalière via des interventions pharmaceutiques (IP) issues de la CM en résultent. Une analyse pharmaceutique doit être associée à cette validation afin de vérifier la conformité de la prescription, de sécuriser le soin médicamenteux et d'en assurer son expertise (R.4235-48 ; R.4235-8 ; R.4235-61 du CSP).

Avec **l'ordonnance du 15 décembre 2016** relative aux pharmacies à usage intérieur (PUI) (28) et son décret d'application du 21 mai 2019 (29), la pharmacie clinique devient une mission essentielle des pharmaciens des PUI. Elles doivent mener « *toute action de pharmacie clinique* » et entreprendre « *toute action d'information aux patients et professionnels de santé* ».

On retrouve parmi les textes juridiques le **décret 2016-994 du 20 juillet 2016** (30) relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et modifiant les articles du CSP R.1110-1 à R.1110-3 (31) ; la « lettre de liaison » prévue dans le CSP R 1112-1-1, avec prise d'effet au 1^{er} janvier 2017 (32) ; le décret du 28 mai 2021 relatif au pharmacien correspondant, l'autorisant à « *renouveler périodiquement des traitements chroniques et ajuster, si besoin, leur posologie* » (modifiant le CSP R.5125-33-5) (33).

La **stratégie nationale de santé 2018-2022** vise à répondre aux grands défis que rencontre notre système de santé. La CM s'intègre dans l'un de ces axes qui est de « *Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé* ». (34)

4. Le déroulement de la conciliation médicamenteuse

a. Les différentes étapes

Cette définition est complétée d'un **guide réalisé par la HAS** (version 2018) (14), qui envisage 4 étapes distinctes lors de son déroulement : le recueil, la synthèse, la validation et le partage de l'information. (Figure n°2).

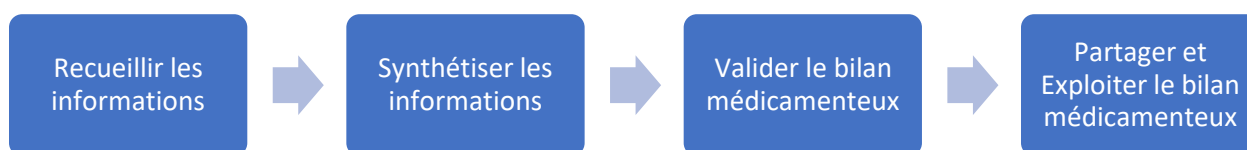


Figure 2 : Les différentes étapes lors du déroulement de la conciliation médicamenteuse de l'admission à la sortie selon la HAS

Les deux premières étapes consistent à collecter les informations liées aux traitements via différentes sources (Tableau n°4). Le croisement des données doit être obligatoirement réalisé. Plus de 15 sources d'informations sont disponibles, et peuvent être consultées. La CM impose d'en analyser autant que de besoin, pour obtenir l'exhaustivité et la complétude (dosage, posologie, durée de traitement) de l'information.

<i>Entretien avec le patient</i>	<i>Médicaments apportés par le patient</i>
<i>Entretien avec les proches</i>	<i>Ordonnances apportées par le patient</i>
<i>Entretien avec le pharmacien d'officine</i>	<i>Fiche de liaison d'un autre ES</i>
<i>Entretien avec le médecin traitant</i>	<i>Dossier patient d'un séjour précédent</i>
<i>Dossier médical partagé</i>	<i>Bilan de médication</i>
<i>Lettres de liaison</i>	<i>Volet de synthèse médicale</i>
<i>Dossier Pharmaceutique</i>	<i>Lettre du médecin spécialiste ... etc.</i>

Tableau 4 : Les différentes sources d'informations disponibles pour concevoir le Bilan Médicamenteux Optimisé

Une multitude de sources d'information sont disponibles pour **réaliser le BMO**. Il est nécessaire de **formaliser ces sources** afin d'obtenir une liste exhaustive et complète des médicaments pris ou à prendre par le patient avant son admission. Celle-ci comprend aussi bien ceux prescrits par le médecin traitant ou spécialiste que ceux pris en automédication. Pour chaque médicament : il est nécessaire de préciser la dénomination commune internationale

(DCI), le dosage, la forme galénique, la voie d'administration, la posologie (dose, rythme, horaires) et sa durée.

La conciliation avec la prescription hospitalière dénommée **l'Ordonnance Médicale à l'Admission** (OMA) est mise en place. La démarche de CM peut aussi bien être proactive que rétroactive, afin de sécuriser la prescription ou pour la rectifier et/ou l'adapter.

Elle est dite **proactive** lorsque le BMO est établi avant la première rédaction de l'ordonnance hospitalière. Le médecin prend ainsi en compte le bilan médicamenteux lors de sa prescription. Elle permet de prévenir la survenue d'erreurs médicamenteuses (EM) liées à un défaut de transmission.

La CM est dite **rétroactive** lorsque le BMO est établi et pris en compte après la rédaction de l'ordonnance hospitalière. Elle permet ainsi d'intercepter et de corriger les écarts, appelés divergences, entre le bilan médicamenteux et la prescription en cours, et liés à un défaut de transmission.

Le processus de conciliation s'intéresse particulièrement aux divergences qui ne bénéficient d'aucun commentaire explicite ou implicite du prescripteur. Elles sont **dénommées divergences non documentées** et peuvent avoir un caractère « voulu » (divergence intentionnelle), ou « non voulu » (**divergence non intentionnelle**). La divergence non intentionnelle (DNI) correspond à une EM.

b. Les Interventions pharmaceutiques

L'EM doit être corrigée lors de la CM via une intervention pharmaceutique (IP) autour d'un échange collaboratif avec le prescripteur (20).

Elle se définit comme « *toute proposition de modification de la thérapeutique en lien avec un/des produits de santé initiée par le pharmacien. Elle comporte l'identification, la prévention et la résolution des problèmes liés à la thérapeutique. Chaque IP doit être tracée dans le dossier du patient et/ou sur la prescription* » (8).

La SFPC propose un modèle de recueil et de codification des IP afin de standardiser les pratiques. Pour chaque intervention, le type de problème, le type d'intervention et son devenir sont caractérisés (35).

Ce processus s'associe à l'analyse pharmaceutique de la prescription médicamenteuse, qui « *permet la vérification des posologies, des doses, des durées de traitement, du mode et des rythmes d'administration, de l'absence de contre-indications, d'interactions et de redondances médicamenteuses.* » (8)

La CM fait partie du contenu permettant de réaliser une **analyse de niveau 3** (suivi pharmaceutique), selon les recommandations de la SFPC (36). (Tableau n°5)

Type	Contexte	Contenu	Éléments requis
Niveau 1 : Revue de prescription	Patient connu, sans point d'intérêt clinique nouveau	Choix et disponibilité des produits de santé, posologies, contre-indications et interactions principales	Ensemble des prescriptions, renseignements de base sur le patient
Niveau 2 : Revue des thérapeutiques	Patient connu, situation en évolution	+ Adaptations posologiques, liens avec résultats biologiques, événements traceurs	+ Données biologiques
Niveau 3 : Suivi pharmaceutique	Nouvelle admission d'un patient, évolution en cours et issues non établies	+ Respect des objectifs thérapeutiques, monitorage thérapeutique, observance ; Liens avec conciliation, conseil et éducation thérapeutique	+ Historique médicamenteux, objectifs thérapeutiques

Tableau 5 : Niveaux d'analyses pharmaceutiques définis en 2012 par la SFPC (37)

Comme l'indique le tableau ci-dessus, le suivi pharmaceutique est réalisé dans un contexte de nouvelle admission d'un patient. Il nécessite plus de contenu et requiert plus d'éléments pour le réaliser.

A l'issu de cet échange, la prescription et le dossier patient sont actualisés.

c. Traçabilité et partage de l'information

Pour permettre le bon déroulement du processus, **différents supports sont essentiels** afin de conduire, organiser et tracer la CM. On retrouve, entre autres, le support de recueil des informations sur les médicaments du patient et le support permettant de comparer le bilan à la prescription.

Le **partage et l'exploitation du bilan médicamenteux**, et son éventuelle évolution doivent être accessibles à tous les professionnels prenant en charge le patient. A la sortie, ces informations sont transmises via le volet médicamenteux de la lettre de liaison (14).

Cette démarche contribue à la transmission des informations en temps réel entre la ville et l'hôpital, tout au long du parcours de soins du patient.

B. Les formations des PPH dans la pharmacie clinique

1. Formation initiale des PPH

La profession de PPH est encadrée par les articles **L4241-1 à L4244-2 du CSP**.

On retrouve en complément **l'arrêté du 31 juillet 2006** relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme de PPH, et **l'arrêté du 2 août 2006** relatif à la formation conduisant à ce diplôme.

Un document réalisé par le **centre de formation de PPH de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris** (APHP) centralise tous les référentiels et textes réglementaires. Il présente les référentiels d'activités, de compétences et de formation des préparateurs ainsi que les textes réglementaires en vigueur liés à la formation et au statut du PPH (37).

Depuis la mise en place du référentiel de formation du diplôme de PPH en 1997, celle-ci est restée globalement identique. Le Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation entame depuis 2019 une expérimentation de la réforme de ce cursus d'étude. Cela va permettre une adaptation à l'évolution des compétences et responsabilités des préparateurs et une revalorisation du diplôme.

Les **UFR de pharmacie** feront partie intégrante de la formation en lien avec les **Centres de Formation d'Apprentis** (CFA). L'obtention d'un DEUST (Diplôme d'Etudes Universitaires Scientifiques et Techniques) et le titre de Préparateur-Technicien en Pharmacie sera délivré à l'issue des 2 premières années. La 3^e année donnera le titre de **Préparateur-Technicien en Pharmacie Spécialisée** en Etablissement hospitalier, Officine ou Industrie.

Afin de répondre à cette évolution le conseil de l'Ordre des pharmaciens s'est engagé à redéfinir les missions des préparateurs en pharmacie pour 2023. La formation à l'issue de la réforme, sera plus qualifiante et permettra d'appréhender des missions plus variées et techniques.

On retrouve un article dans la revue « Gestions hospitalières » qui analyse la raison pour laquelle pourquoi leurs compétences doivent évoluer et en quoi l'intégration de leur diplôme dans le processus LMD (Licence, Master, Doctorat) est une réponse aux évolutions des Pharmacies à Usage Intérieur (PUI) (38).

Il est précisé dans la **fiche métier du ministère des Solidarités et de la Santé** que le PPH « *doit savoir répondre aux inquiétudes, expliquer et rassurer* » le patient. Il est qualifié de « *rigoureux et méthodique* » et « *connait parfaitement les médicaments et leur usage* » (39).

De part ces compétences, le PPH est donc un intervenant légitime dans le recueil du BMO.

2. Formations complémentaires des PPH

Le **rapport de l'IGAS** précise dans son paragraphe n°305 l'exigence de l'obtention d'un diplôme supérieur pour les PPH par rapport aux préparateurs non affecté en PUI. En 2011, il a été constaté une hétérogénéité dans le niveau de formation des préparateurs hospitaliers. Certains ont été formé selon la réglementation : Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP), puis une mention complémentaire suivi d'un Brevet Professionnel (BP); tandis que d'autres sont au niveau bac suivi d'un BP (26).

Des formations complémentaires sont disponibles par différents organismes afin de développer les compétences nécessaires à la CM.

Le **Centre de Ressource en Pharmacie Clinique**, animé par l'OMEDIT Pays de la Loire, propose une formation à la CM depuis 2016 en collaboration avec la SFPC. Son impact a été démontré sur le déploiement de la CM en France et en région. Son évaluation a été entreprise par le biais d'un questionnaire envoyé aux participants. Parmi 127 professionnels formés, 12% des répondeurs étaient des PPH. Il en ressort que les préparateurs trouvent aussi leur place dans la CM qu'ils pensaient dédiée aux pharmaciens. Cette formation permet de mieux définir le rôle de chacun dans cette activité (40).

Afin de rendre pédagogique la formation à la CM, le **Centre Intercommunal d'Alençon-Mamers** a développé en association avec l'ADIPH un outil de simulation numérique de santé : IatroMed 360° (41). Il s'agit d'une visite virtuelle avec accès à différentes sources d'informations. L'efficacité pédagogique a été démontrée en soumettant une séance test lors d'une journée de formation organisée par l'Association Nationale des Préparateurs en Pharmacie Hospitalière (ANPPH) en 2018. Sur 62 participants 51 étaient des PPH. 98% des participants étaient prêts à l'utiliser comme formation validante. Cet outil de formation est disponible 24H/24 7J/7 sur le site internet de l'ADIPH (42).

La SFPC a mis à la disposition de plusieurs OMEDIT (Normandie, Ile de France etc...) son module **FORMACONCIL®** (43). Il se présente sous la forme d'un e-learning disponible sur leur site internet. Cette formation est ouverte à tout professionnel exerçant en ES.

Certaines Facultés de Pharmacie proposent cette formation dans leur Département de Formation Continue. C'est le cas à la **Faculté des Sciences Pharmaceutique et Biologique de Lille** avec son **Enseignement Post Universitaire** (E.P.U) enseigné par des pharmaciens spécialisés en CM (44).

La SFPC a proposé en mars 2021 une formation complémentaire gratuite réservée aux PPH de Haute-Normandie. Elle comprenait une mise en situation avec débriefing et un jeu de rôles simulant les entretiens patients. Les objectifs opérationnels de cette action étaient d'implémenter la démarche de CM dans l'ES et la pérenniser (45).

D'autres organismes proposent ce type de services :

- Certains sont spécialisés dans la formation des PPH :
 - Centre de Formation de Préparateurs en Pharmacie Hospitalière (**CFPPH**) ;
 - Instituts de Formation des Préparateurs en Pharmacie Hospitalière (**IFPPH**) ;
 - Association Nationale des Préparateurs en Pharmacie Hospitalière (**ANPPH**) avec leurs Journées Nationales des Formations (JNF) ;
- D'autres sont destinés à tous les professionnels de Santé :
 - Centre National de l'Expertise Hospitalière (**CNEH**) ;
 - Formavenir Performances ;
 - L'Entreprise Médicale ;
 - Compétence Santé Développement ;
 - Etc...

C. Etat des lieux de l'activité

1. Déploiement de la conciliation médicamenteuse en France

La CM reste au bon vouloir de l'établissement. Le CAQES incite les établissements français à mettre en place cette activité. Dans le **référentiel de certification des ES** pour la qualité des soins, la CM fait partie de l'un des 5 critères ayant un niveau d'exigence avancé (souhaitée mais non exigible) (46).

Elle fait dorénavant partie dans la majorité des ES comme action dans leur programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, avec mise en œuvre d'indicateurs sur leur pratique.

En 2015, à l'initiative de la **DGOS**, une **enquête nationale sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse** auprès des établissements de santé (ES) a été réalisée (15). Sur les 1688 ES, 22% ont déclaré avoir fait de la CM dans leur structure. Elle est principalement réalisée dans des unités présentant une durée moyenne de séjour (DMS) compatible avec l'activité (chirurgie, gériatrie, SSR ...). La CM est faite majoritairement lors de l'admission du patient.

Ce sont les professions médicales et pharmaceutiques qui sont chargés de l'implémenter dans les unités de soins. Les professions paramédicales (comprenant les préparateurs en pharmacie) y participent aussi en réalisant le recueil des informations, autour de 85 à 92% dans le privé, et 62% dans le public.

Le développement de cette activité a nécessité aux ES **d'identifier une population à prioriser**. On retrouve globalement dans ces populations, le patient âgé et le patient polymédiqué. L'analyse des verbatims a permis de retrouver différentes méthodes de priorisation ; en fonction de la maladie, de l'âge, de critères sociaux ou cognitifs, de services, de modes d'entrée, des thérapeutiques et des différents scores.

Le frein au développement de la CM ressortant davantage est le manque de disponibilité des professionnels. On retrouve également un manque de formation initiale et continue. Par conséquent, les ES recherchent des moyens en ressources humaines et en offre de formation.

Une deuxième enquête nationale à l'initiative de la **HAS** parue en **2020** (47), montre que la démarche est déployée par secteurs, essentiellement en hospitalisation complète (davantage en Gériatrie – Médecine – SSR). Dans 88.4% des cas, les patients sont conciliés selon des critères d'éligibilité (âge > Nombre de médicament > Pathologie > Classe ATC > Autres...). A près de 90%, la démarche de CM est complétée par l'analyse pharmaceutique. L'étude confirme le pouvoir d'interception sur l'EM, en particulier sur les erreurs par omission et de dosage.

Cependant, des **points d'amélioration** pour favoriser la continuité des traitements sont à envisager. En effet, 95% des ES réalisent la CM à l'admission contre 35% à la sortie ; et 40% des démarches sont intégrées dans un logiciel de prescription. Ainsi, on constate que 25% des médecins et plus de 80% des officines ne sont pas informés du traitement du patient à l'issue de son hospitalisation. Le volet médicamenteux est joint dans un tiers des cas à la lettre de liaison.

2. Retour d'expérience de l'implication des préparateurs en France

L'activité de CM est toutefois très majoritairement faite par les pharmaciens, internes et externes en pharmacie. En parcourant la littérature, les PPH ont également leurs rôles dans les activités de pharmacie clinique de proximité. Leur implication est encore marginale en France, mais semblerait nécessaire.

La SFPC a créé en son sein le **groupe de travail PEP'S** « Missions des préparateurs en pharmacie dans les activités de pharmacie clinique ». Une **enquête** lancée en mars et **publiée en juin 2021**, recueille 464 réponses, dont 79% sont des préparateurs en ES (48). Elle dévoile que 36% des répondants disent exercer une activité de pharmacie clinique. Et 38% souhaitent intégrer une activité de pharmacie clinique. Parmi eux, 84% répondent « oui » pour participer à la CM. D'ores et déjà, 12% des préparateurs pratiquent la CM et 13% disent avoir suivi une formation de pharmacie clinique. 46% ont accès au dossier patient informatisé et 34% ont des liens avec les patients de manière quotidienne ou régulière en ES contre 95% en exercice officinal. L'étude fait ressortir leur volonté de s'engager dans la pharmacie clinique, renforcé par le fort taux de participation des préparateurs exerçant en ES.

Dans la **revue « Porphyre »** (revue destinée aux PPH), un article de 2018 précise que cet acte permet d'impliquer et de valoriser le PPH (49).

Certains CH en France, impliquent ou souhaiteraient impliquer le PPH dans la CM. **Les différents retours d'expériences** sont listés et résumés (non exhaustifs) dans le tableau n°6 en page suivante.

Cependant, d'autres professionnels peuvent entreprendre la démarche de réalisation du BMO. C'est le cas au **CH d'Arras** avec l'élaboration d'un projet d'équipe mobile impliquant des **Infirmières**. Cela leur a permis d'obtenir une activité pérenne et constante, n'étant plus dépendante des ressources pharmaceutiques disponibles (50).

Ces différentes expériences montrent qu'une réorganisation interne permet de renforcer l'équipe pharmaceutique impliquée dans cette activité afin de la rendre pérenne et plus optimale.

Hôpital	Missions - Projets	Discussion – Avantages - Inconvénients
CHU de Poitiers (51)	Intégration dans la CM d'un binôme pharmacien – préparateur	- Concept « d'équipes pharmaceutiques mobiles » : investissement direct dans les services de soins auprès des patients et des soignants ;
GHT Alpes-Dauphine (52) / Auvergne-Rhône-Alpes	Etude publiée en 2019 incluant 12 PPH dans 5 ES du GHT dont la perspective est de revaloriser l'activité des PPH	- La place du préparateur dans le déploiement de la CM est légitime et doit être standardisée en France ; - Ce déploiement nécessite d'être formalisé et exige de faire évoluer les organisations de travail ; - <u>Les freins majeurs soulevés</u> : le manque de temps de travail et formation commune menant au brevet de préparateur jugée insuffisante ; - <u>Les leviers d'action identifiés</u> : diffusion d'une culture de « pharmacie clinique » et « relation patient » ; le contact avec les unités de soins ; l'encadrement du poste par un pharmacien, la demande de formation complémentaire ;
Hôpital Edouard-Herriot (53) / Hospices Civils de Lyon	Evolution du modèle de PPH de proximité au sein des unités de soins	- <u>Satisfaction</u> des équipes soignantes avec le modèle actuel : - o Gestion des médicaments ; Préparation des doses ; Sécurisation et promotion du bon usage - Souhait de <u>développer la CM</u> avec des entretiens patients ; - Objectifs : - o Améliorer la transmission d'informations aux patients et autres professionnels de santé ; - o Développer le lien au sein des équipes ; - o Sécuriser le circuit du médicament ; - o Favoriser le bon usage des produits de santé ;
Hôpital Saint-Philibert (54) / Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille	Dans le cadre du Projet OPTISORT (en lien avec le CHRU de Lille) : Formation de 4 PPH volontaires afin de participer à la CM	- Les PPH exprimaient le besoin d'une évolution et d'une revalorisation de leur profession ; - La formation consistait à des mises en situation en suivant les internes et externes au sein des services de soins ; - Leur participation a dévoilé à la fois une <u>source d'engouement et d'appréhension</u> ;
Hôpital de Haute-pierre (55) / Hôpitaux Universitaires de Strasbourg	Réorganisation de l'activité de CM afin de pallier au manque de ressources humaines	- Malgré l'optimisation de leur méthode de priorisation, le temps pharmaceutique engagé pour réaliser l'ensemble des CM jugées prioritaires reste un facteur limitant ; - Réorganisation : mise en place d'un <u>poste de PPH dédié à la CM en UHCD</u> ; - Nécessite la <u>formation du PPH à la réalisation du BMO</u> à l'admission ; - En complément, souhait de <u>développer la CM sur sollicitation médicale</u> dans le service de médecine ;
CH de Rives-de-Seine (56) / Hauts-de-Seine	La CM est confiées aux PPH avec encadrement et validation par le pharmacien	- Position du PPH comme <u>acteur de soins</u> auprès du patient et des autres professionnels de santé ; - Le <u>PPH réalise une pré-analyse pharmaceutique</u> et lui permet d'être plus critique et pertinent ; - Temps d'activité médian par patient : 60 min + 15 min de temps pharmacien ; - <u>Satisfaction</u> globale des médecins : gain de temps et accès à des informations fiables ;

CH de Aunay-Bayeux (57) / Bayeux	Bilan après 6 mois de CM d'admission par les PPH	- <u>Formation</u> via le module « FormaConcil » de la SFPC, puis déploiement en SSR et Cardiologie ; - Données comparables à la littérature : <u>le PPH a sa place</u> dans la CM ; - <u>Personnel pérenne</u>, pas de formation à refaire : <u>gain de temps</u> pour l'équipe pharmaceutique - Lien durable et efficient avec les services ; - Revalorisation de leurs rôles, gains de compétences et perspective d'évolution de leur métier ;
Etablissement de Santé Baugeois Vallée (58) / Maine-et-Loire	Collaboration Préparateur – Pharmacien – Médecin à l'entrée du patient	- Ressources : Temps pharmacien augmenté et <u>Temps PPH dégagé pour la CM</u> - Difficulté : un seul PPH formé : CM non réalisée durant les congés - Bénéfices pour le PPH : Binôme avec le pharmacien, nouvelles missions, collaboration avec services
CH Durécu-Lavoisier (59) / Seine-Maritime	Intégration des PPH dans une équipe de CM : Evaluation des freins à l'aide d'un outil d'auto-évaluation	- La CM est perçue comme « difficile » par 5 PPH sur 7 ; - <u>Difficultés rencontrées</u> : outils informatique, traçabilité, critères de priorisation, entretiens patients, - Axes d'amélioration : former les autres PPH + désigner un PPH référent, créer une habilitation et un lexique des abréviations médicales - Cependant <u>l'effectif PPH est insuffisant pour</u> maintenir cette organisation
Institut Sainte Catherine (60)/ Avignon	Intégration des PPH dans la pharmacie clinique	- Depuis 2018 : PPH intégrés dans l'activité de consultations des thérapies orales anti-cancéreuses ; - Perçue par le corps médical comme un <u>gain de temps</u> ; - Suite aux retours positifs : <u>Projet de formation à la CM des PPH</u> en 2019
Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph (61) / Paris	Réorganisation du circuit du médicament au profit de la pharmacie clinique en optimisant la valeur ajoutée du PPH	- Constatation d'un <u>sous déploiement de la pharmacie clinique</u> en gériatrie en raison du manque de ressources humaines et des restrictions budgétaires ; - Identification et analyse des étapes du circuit et de ses dysfonctionnements ; - <u>Valorisation du travail du PPH</u> et son intégration comme <u>acteur de la CM</u> ;
Hôpital Antoine Béclère (62) / Paris	PPH engagés depuis 2017 à la réalisation des BMO	- Ambition : favoriser <u>l'évolution de leurs missions</u> vers les soins pharmaceutiques ; - <u>Formation</u> des PPH composée d'une <u>partie théorique</u> de 2H et d'une <u>partie pratique</u> de 10 BMO réalisés conjointement avec le pharmacien ;
Institut Bergonié (63) / Bordeaux	Intégration des PPH dans la CM	- <u>Satisfaction du PPH</u> dans la diversification de ses activités. - <u>Gain de temps pour le pharmacien</u> ; - Aucune erreur sur la retranscription des doses et noms de spécialités n'a été reportée ;

Tableau 6 : Synthèse des retours d'expériences des différents Centres Hospitaliers Français impliquant ou souhaiteraient impliquer le PPH dans la CM.

3. Exemple du modèle Québécois

Aujourd'hui, **en France** la profession de pharmacien est en pleine transformation notamment dans le cadre du plan « **Ma santé 2022** » qui vise à favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé autour de projets de santé (64). Depuis quelques années, les pharmaciens exercent une discipline centrée sur le patient : la pharmacie clinique. Alors qu'au **Québec**, les concepts de pharmacie clinique et de soins pharmaceutiques sont intégrés dans leurs missions depuis de nombreuses années.

Au Canada, le terme « **bilan comparatif des médicaments (BCM)** » désigne la CM, le terme « **historique médicamenteux** » désigne le BMO et « **les assistants technique en pharmacie** » désignent les PPH. Depuis 2006, le BCM est une Pratique Organisationnelle Requise (POR) de l'organisme « Agrément Canada » (65). Il s'agit d'un organisme indépendant qui offre un programme d'agrément afin d'aider à évaluer les éléments clés de la qualité et de la sécurité.

Concernant la CM, à **la différence de la France**, le Québec met davantage à contribution d'autres professionnels. En effet, malgré le taux plus important de pharmaciens, ils ne peuvent concilier 100 % des admissions de l'hôpital. Toutefois, l'organisme « Agrément Canada » recommande dans ses POR que le pharmacien recueille l'ensemble des renseignements lui permettant d'assurer la gestion de toutes les divergences médicamenteuses (66).

Le choix des sources d'informations est similaire en France et au Québec. En France, au minimum 3 sources d'information différentes sont nécessaires. Au Québec, le principe est le même puisque selon « Agrément Canada », dans l'idéal, les sources doivent provenir du patient et de la famille et d'au moins une autre source d'information (66).

En France, le recours au dossier pharmaceutique (DP) est peu réalisé en pratique pour établir le BMO. En revanche, **au Québec**, l'équivalent du DP, le Dossier Santé Québec (DSQ) est la première source d'information. Cependant, le pharmacien doit vérifier avec le patient la prise de tout autre médicament disponible en automédication, car ces derniers ne font pas partie du DSQ. De plus les prescriptions et administrations à l'hôpital ne sont pas non plus inscrites dans ce dossier (67).

Concernant la **formation initiale des PPH** ; au **Québec**, elle est identique pour travailler en officine ou à l'hôpital, alors qu'en **France** elle nécessite l'obtention de deux diplômes (le BP et le DPPH qui est l'année de spécialisation en pharmacie hospitalière). La durée des programmes de formations (formation théorique et stages) est plus longue en France (3 ans) qu'au Québec (1 an). **En France**, elle contient davantage de connaissances de base comme la chimie, la biologie, la cytologie. **Au Québec**, elle est davantage axée sur les tâches pratiques nécessaires aux activités quotidiennes. De façon similaire, les PPH et les assistants techniques contribuent à la plupart des activités du circuit du médicament (68).

En 2010, une **étude canadienne** a démontré que les PPH, après une formation adéquate, étaient en mesure de réaliser un BMO de façon aussi précise et complète que les pharmaciens (69). Cette étude est à la fois mentionnée dans un guide de l'ISMP Canada (institut canadien pour la sécurité des patients) et dans la fiche mémo de la SFPC (20,70).

L'implication des PPH est soutenue par d'autres études canadiennes. Ces derniers se sont vus confiés la réalisation du BMO dans les CH (71–74). Ainsi, les pharmaciens ont davantage de temps qu'ils mettent à profit dans les soins pharmaceutiques.

II. Expérimentation au Centre Hospitalier de la région de Saint-Omer

A. Introduction

1. Préambule

a. Présentation du Centre Hospitalier

Le **CH de la Région de Saint-Omer (CHRSO)** se situe sur la commune d'Helfaut dans le département du Pas-de-Calais.

Il fait partie du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) du Dunkerquois et de l'Audomarois avec le CH de Dunkerque (hôpital support), le CH d'Aire-sur-la-Lys et l'hôpital Maritime de Zuydcoote.

L'établissement a une organisation pavillonnaire et est constitué de 6 pôles. Selon la Fédération Hospitalière de France, le CH est doté de 417 lits et places dont 303 lits de Médecine – Chirurgie – Obstétrique (MCO), et 114 en moyen séjour (SSR) ainsi que 120 en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) / Unités de Soins de Longue Durée (USLD) (75). Il se compose de 1466 agents dont 124 médecins et 969 soignants. En 2020, l'hôpital a enregistré plus de 23 000 séjours et 32 600 passages aux urgences (76).

b. Organisation de la pharmacie au sein du Centre Hospitalier

Le service de pharmacie est composé de **8 pharmaciens** (7,5 équivalents temps plein [ETP]) et **17 PPH** (15 ETP). Les PPH du CHRSO sont impliqués dans une activité pharmaceutique de proximité avec les unités de soins dans la gestion des médicaments. Ils doivent par exemple, se charger du réassort d'armoire et de la mise à disposition des doses à administrer directement dans le service.

Le circuit du médicament est organisé à la fois en distribution globale (renouvellement de dotations de produits de santé) et en délivrance à dispensation nominative (après analyse pharmaceutique d'une ordonnance individuelle) qui est un élément clé de la sécurité de la prise en charge thérapeutique. Pour chaque dispensation, les médicaments sont délivrés aux unités de soins selon une périodicité établie d'après leurs besoins sur la semaine. Pour les lits MCO, les prescriptions sont modifiées fréquemment. Une préparation décentralisée des piluliers par le PPH est alors faite quotidiennement. Il s'agit de la **Délivrance Journalière Individuelle Nominative** (DJIN). C'est un moyen de mieux suivre les consommations de médicaments. Elle permet ainsi de sécuriser le circuit, d'optimiser la gestion des stocks et également de réduire le nombre de périmés dans les services.

La DJIN a été recommandée dès 1951 par circulaire du ministère (77). En effet, les avantages de celles-ci sont les suivants :

- La lutte contre l'iatrogénie ;
- La réduction des dépenses hospitalières ;

- L'amélioration de la qualité ;

Sous l'autorité du pharmacien, les PPH sont alors présents dans les services de soins tant pour la DJIN que pour la gestion des armoires. Ils ont donc connaissance des locaux, du personnel soignant et de l'organisation au sein des services de soins. Par conséquent, un lien étroit est déjà établi entre le personnel de la pharmacie et le personnel soignant.

La gestion de la prescription du médicament, sa validation et son administration sont réalisées grâce au Logiciel d'Aide à la Prescription (LAP) **Cora DPI®** de l'éditeur Maincare®. Les demandes de services, la dispensation, et la gestion du stock sont quant à elles gérées par **Copilote®** du même éditeur.

2. Historique de la CM au CHRSO

La CM fait partie depuis janvier 2019 de la démarche et politique qualité de l'établissement concernant la « PECM du Sujet âgé », avec comme ligne directrice : « Mettre en place le concept de conciliation médicamenteuse pour des populations définies afin d'améliorer la prise en charge ». Il y est précisé notamment qu'au regard de la législation en cours, du plan d'action relatif au CAQES, et des recommandations de l'HAS, la mise en place de la CM à l'admission dans le service de gériatrie fait partie des axes de travail prioritaires pour l'année 2019.

La **CM d'entrée** a été **déployée début 2019** dans le service de gériatrie, jusque-là effectuée entièrement par des pharmaciens en plus de leur activité principale (2 pharmaciens en 2019 et 1 en 2020). Le temps théorique consacré était d'une à deux demi-journées par semaine (soit 0.1 à 0.2 ETP). Une cartographie des risques liés à la PECM a été réalisée suite à la création de cette activité puis actualisée en 2020 afin d'identifier les points critiques (annexe n°1).

Cette organisation ne permet pas de réaliser la CM de l'ensemble des patients considérés comme prioritaires quotidiennement. Il a alors été nécessaire, de **prioriser les patients de gériatrie**. Suite à un travail d'analyse de risque avec le GHT, les critères de priorisation initialement retenus au CHRSO ont été confirmés. Il s'agit des patients de plus de 90 ans avec un anticoagulant oral prescrit et provenant du service des urgences.

Au total, fin 2020, 51 patients ont été conciliés (28 en 2019 et 23 en 2020). Soit pour l'année 2020 : 14% des patients jugés prioritaires. La période de mars 2020 à mai 2021 s'est entrecoupée d'interruption dans la réalisation de la CM suite aux perturbations liées à la crise sanitaire COVID 19 qui imposait un nombre restreint de personnel en chambre. Les CM réalisées et l'ensemble des DNI qui en découlent étaient tracées dans un tableur de suivi Excel®.

Une **communication** externe avait été faite concernant cette nouvelle activité. Un courrier avait été envoyé auprès des officines de l'arrondissement de Saint-Omer en 2019. Aussi, la notion de CM est présente dans un flyer d'information patient réalisé avec l'implication des PPH : « Sécurisons ensemble votre prise en charge médicamenteuse » (Annexe n°2). Enfin, le livret d'accueil du patient intègre aussi cette notion au travers d'un paragraphe présent dans le chapitre intitulé « votre prise en charge médicamenteuse » (Annexe n°3).

Il a été observé une **volonté de la part du personnel médical** du service de gériatrie d'accroître cette discipline ; afin d'optimiser et de sécuriser la PECM du sujet âgé qui, de par ses spécificités, est un patient à risque. Cependant, **l'effectif limité des pharmaciens** et la présence aléatoire et temporaire d'internes et d'externes est un frein majeur pour mener de façon pérenne cette activité.

Suite à ce constat, l'idée est venue de **développer la CM d'entrée associant pharmaciens & préparateurs**. Cette réorganisation a été retardée du fait de la crise sanitaire.

Le travail qui va suivre ne concerne que la CM d'entrée. Sans précision supplémentaire, le terme CM désigne alors la CM d'entrée.

B. Objectifs du projet

1. Objectif principal

L'objectif principal est de **développer et pérenniser** l'activité de conciliation médicamenteuse d'entrée de manière **quotidienne**, en y intégrant une équipe de préparateurs dans la réalisation du Bilan Médicamenteux Optimisé.

2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- Evaluer l'impact de ce processus sur les indicateurs de suivi par leurs études descriptives (quantitatives et qualitatives) ;
- Réaliser un bilan à l'issue de la phase d'essai des 3 premiers mois puis à 9 mois d'activité afin de rendre l'activité plus efficiente ;
- Proposer une nouvelle méthode de priorisation des patients en fonction des résultats ;

C. Matériels et méthodes

1. Prérequis à l'étude

a. Optimisation des plannings

Une expérimentation publiée en 2017 dans la « Revue de Gériatrie », conclut que pour implanter durablement cette activité, il est nécessaire de bénéficier d'un temps dédié, permettant une organisation pérenne (59).

Après analyse du contrat de notre pôle prestataire, une rencontre entre les pharmaciens chargés de l'activité, le cadre de la PUI et le cadre supérieur a eu lieu fin **mai 2021**. Elle a permis de conclure que l'effectif PPH est théoriquement suffisant pour intégrer exclusivement cette activité sur au moins 4 demi-journées hebdomadaires soit 0.4 ETP PPH. Pour obtenir ce temps avec l'effectif actuel, il a été nécessaire de condenser et d'optimiser le planning des PPH, en particulier l'activité de surconditionnement automatisée par Blispack®.

Les créneaux dédiés à la CM ont été positionnés sur les après-midis du lundi au jeudi. Les tours médicaux et les soins se déroulant particulièrement les matinées, les entretiens patients étaient réalisés les après-midis.

Si l'effectif le permet elle pourrait s'étendre quotidiennement avec l'inclusion du vendredi après-midi. Le vendredi, l'ensemble des activités est plus soutenu à la PUI. Cette intégration croissante des PPH tiendra compte des ressources disponibles et des priorités de l'établissement.

b. Formalisation des outils et documents

Une structuration du système documentaire a été réalisée et diffusée dans notre outil de gestion documentaire ENNOV®. Il comporte ainsi les documents suivants :

- La **procédure** définissant le processus de conciliation des traitements médicamenteux incluant les PPH ; (annexe n°4)
- Le **mode opératoire** sous forme de logigramme sur la réalisation de la CME en mode rétroactif ; (annexe n°4)
- Les **fiches d'instruction** et **fiches d'enregistrement** suivantes :
 - Fiche de recueil des différentes sources d'informations ; (annexe n°5)
 - Fiche de conciliation médicamenteuse permettant de comparer le BMO et l'OMA ; (annexe n°6)
 - Fiche entretien patient servant de trame structurée pour le déroulement de l'entretien ; (annexe n°7)
 - Lettre aux officines afin de les assurer de notre identité ; (annexe n°8)
 - Tableau de saisie des CM permettant d'assurer la traçabilité de l'activité et de suivre nos indicateurs de suivis (Tableau n°7).

Le **matériel** nécessaire mis à disposition est le suivant :

- Ordinateur portable, téléphone, imprimante, fax, outils de saisie etc... ;
- Boîtes mails disponibles : secrétariat de pharmacie ou pharmaciens

Ouverture et extension des **droits d'accès des PPH au dossier patient informatisé** après demande d'autorisation auprès du médecin du Département d'Information Médicale (DIM) et du Délégué à la Protection des Données (DPO). Les PPH ont ainsi accès aux éléments suivants :

- Prescription en cours ;
- Observations médicales ;
- Historiques des séjours ;
- Courriers médicaux dont lettre de sortie ;
- L'onglet conciliation médicamenteuse du LAP Cora® ;

c. Autorisations réglementaires au recueil des données

Afin de pouvoir consulter et colliger les données des patients, une déclaration de conformité au référentiel de méthodologie de référence MR n°4 a été faite auprès de la **Commission Nationale de l'Informatique et des Liberté** (CNIL) sous le numéro 2223398. Cette déclaration a été faite conjointement avec le DPO.

Cette étude interne porte sur des données qui sont recueillies dans le cadre habituel de fonctionnement du service et de ses obligations. Ainsi, aucune démarche de demande d'avis auprès du Comité de Protection des Personnes, ni auprès d'un comité d'éthique n'a été effectuée.

Les données ont été récoltées dans le respect des Règles Générales sur la Protection des Données. Elles comprennent des données épidémiologiques, des données biologiques, les antécédents et comorbidités, les traitements en cours, l'hygiène de vie, ainsi que les « données de contacts » (famille, pharmacie, médecins, IDE ...).

d. Déroulement et période d'étude

L'étude s'est déroulée de façon **prospective sur 9 mois** (du 1^{er} juin 2021 au 28 février 2022) comprenant une phase d'essai de 3 mois (1^{er} juin 2021 au 31 août 2021). Dès juin 2021, les premiers PPH ont été formés puis intégrés à l'activité en collaboration avec l'interne et les pharmaciens. Un bilan a été réalisé à l'issue de la phase d'essai afin de vérifier sa faisabilité et juger de son efficacité sur nos indicateurs de suivis.

Au fur et à mesure, d'autres PPH ont intégré le pool formé. Des bilans réguliers de l'activité leur ont été présentés tout au long de l'étude.

L'idée était de réaliser durant la période d'essai une CM par demi-journée consacrée puis d'arriver progressivement à au moins deux CM quotidienne. L'activité était toutefois modulable selon le contexte, l'organisation du planning et selon la présence effective des PPH. Le PPH était autonome dans la gestion de sa demi-journée et était transposé à d'autres tâches une fois l'objectif accompli.

Une campagne de communication ciblant le personnel du CHRSO jusqu'au grand public a été entreprise afin d'obtenir un environnement favorable au déploiement des PPH.

2. Processus de conciliation médicamenteuse intégrant les préparateurs

a. Modification du processus

L'interne en pharmacie ou le pharmacien supervise et encadre le processus de CM durant tout son déroulement. Le nouveau processus de CM d'entrée au CHRSO intégrant les PPH se résume en ces 4 étapes ci-dessous (Figure n°3) :

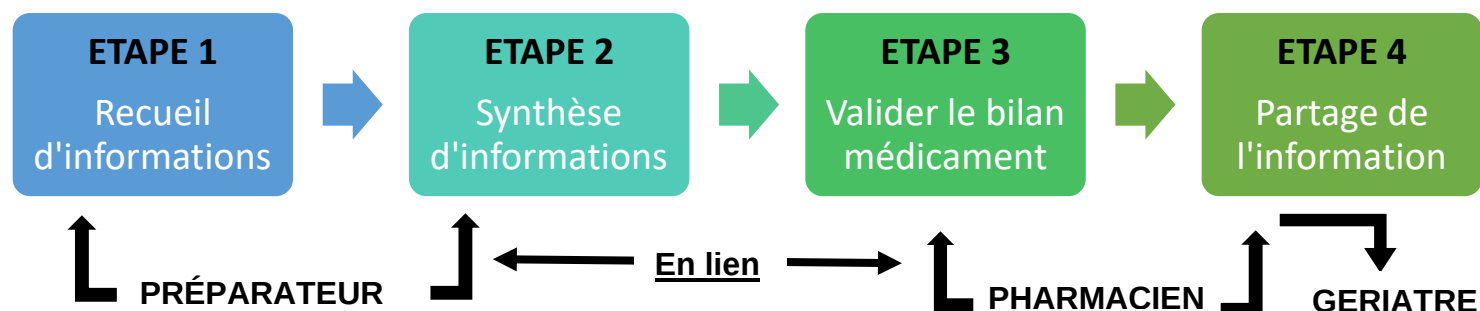


Figure 3 : Schéma du processus de conciliation médicamenteuse associant préparateur et pharmacien

b. Choix des patients à concilier

i. Inclusion et exclusion des patients

Le choix des patients à concilier a été défini en accord avec le service de gériatrie. Le **critère d'inclusion** des patients à concilier au CHRSO sont les admissions en service de gériatrie en provenance des urgences. Le **critère d'exclusion** est l'hospitalisation programmée qui est considéré comme une entrée directe.

Le rapport de l'IGAS concernant le circuit du médicament à l'hôpital précise que « *la conciliation médicamenteuse est d'autant plus délicate qu'il s'agit d'hospitalisations non programmées. La programmation permettant [...] d'apporter ses prescriptions, voire ses médicaments.* » (27)

ii. Méthode de priorisation

La **méthode de priorisation** retenue prend en compte les critères cumulatifs suivants :

- Patient âgé d'au moins 90 ans ;
- Sous anticoagulant oral ;
- En provenance des urgences (entrée de moins de 96H) ;
- Dont aucune CM n'a été réalisée dans les 6 mois ;

Elle a été basée initialement sur des critères confortés par un travail réalisé au sein du GHT du Dunkerquois et de l'Audomarois. Les données ont été analysées en 2020 et sont issues des CM réalisées depuis 2019 au CH de Dunkerque et du CH Région de Saint-Omer.

Sur 90 CM réalisées dans le GHT, il a été démontré que la fréquence de DNI est significativement plus importante (au risque de 1%) chez les patients traités par un anticoagulant (OR = 2,47 [0,83 - 7,38]) ; également chez les patients présentant au moins 8 lignes de traitements (OR = 3,57 [1,13-11,25] et davantage s'il y a au moins 10 lignes de traitements (OR = 29,08 [3,44 - 245]).

Des **contraintes** se sont ajoutées dans le choix des critères de priorisation. Afin de faciliter le recueil de données, il était nécessaire que ces critères soient informatiquement extractibles via le logiciel CORA® Recueil.

Ainsi, la requête de l'âge et de la prescription d'anticoagulant est réalisable de manière automatisée. La méthode de priorisation sera actualisée après analyse des CM effectuées lors de cette étude.

iii. Autres études soutenant la méthode

Le **passage aux urgences** engendre un défaut de communication. Ce défaut de communication serait la première cause à l'origine d'accidents iatrogènes. Il correspond à un défaut d'échange d'informations dans le suivi d'un patient lors de son parcours de soins (78). Les DNI seraient plus fréquentes chez les patients admis aux urgences que dans les autres services.

Les patients à risques, du fait de leur statut ou de leur état de santé sont les plus à risque de subir une iatrogénie médicamenteuse. **Les sujets âgés** sont donc particulièrement concernés lors de la prescription de médicaments (4).

Après 80 ans, plus de 20% des motifs d'hospitalisation sont liés à la prise médicamenteuse (79). Le vieillissement de l'organisme entraîne des modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques rendant les personnes âgées plus sensibles à l'action des médicaments. Sont également associées chez ces sujets de la polypathologie, les comorbidités et la polymédication. La prise en compte de ces éléments est essentielle afin d'adapter le traitement médicamenteux.

En 2007, **l'étude EMIR** (étude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins) réalisée par le CRPV (Centre Régional de Pharmacovigilance) de Bordeaux dévoile les AVK comme ayant la plus forte incidence d'hospitalisation pour effet indésirable (12.3%), dont 25% sont des effets indésirables évitables (80).

Les **études ENEIS 1 et 2** ont mis en évidence que les anticoagulants, dont les AVK, arrivent en France au premier rang des médicaments responsables d'accidents iatrogène graves (31% en 2009 des EIG rapportés liés au médicament) (81).

Un score de priorisation décrit par Von Korff et al tient compte entre autres de l'âge du patient, du nombre de médicament prescrit, et des médicaments à risques (82). Ces critères font également partie des différents choix proposés par l'OMEDIT Normandie (83).

c. Recueil des informations et rédaction du BMO

Comme le recommande la HAS dans son guide, le PPH liste les médicaments en consultant au minimum 3 sources d'informations concordantes jusqu'à sa complétude. Les sources systématiquement utilisées dès que possible sont l'entretien avec le patient ou sa famille, l'appel de sa pharmacie d'officine, le recueil des dernières ordonnances et la consultation du dossier médical.

Il prend en compte le motif d'hospitalisation, les antécédents médicaux, les allergies et les observations médicales. Il recherche l'existence d'une éventuelle non-adhésion thérapeutique, et promeut des conseils de bon usage des produits de santé lors de l'entretien avec le patient.

L'ensemble de ces informations est précisé sur la **fiche de recueil**. Puis, il recoupe, analyse, résume et rédige les informations recueillies sous forme de bilan médicamenteux dans la **fiche de CM**.

Le PPH effectue alors une pré-analyse pharmaceutique du BMO qui comporte une vérification des posologies, l'absence de contre-indications et d'interactions médicamenteuses.

d. Relevé des divergences et des interventions pharmaceutiques

Le PPH transmet le BMO, les informations et les divergences obtenues au pharmacien. Lors de cet échange, après avoir pris connaissance du dossier médical, ce dernier vérifie la bonne réalisation des séquences du processus de CM. Il confirme la cohérence du BMO au regard des informations recueillies. Si nécessaire, ces informations seront complétées par d'autres sources.

Le pharmacien valide ensuite le BMO puis repère, analyse et discute avec le PPH autour des divergences rencontrées avec la prescription en cours (OMA).

L'analyse pharmaceutique de niveau 3 de la prescription en cours est réalisée selon les recommandations de la SFPC (suivi pharmaceutique) (36). Elle s'appuie sur différents outils et référentiels d'aide à l'analyse pharmaceutique d'une prescription, comme ceux proposés par les OMEDIT (37).

Se déroule enfin **l'échange entre le pharmacien et le prescripteur** sur les divergences supposées non intentionnelles. Trois types d'échanges sont réalisés systématiquement :

- 1) **Contact avec le prescripteur** (appel téléphonique ou dans le service de soins) permettant un échange collaboratif sur les DNI suspectées ;
- 2) **Commentaire général** sur l'ensemble de la prescription comprenant la rédaction du BMO, les DNI relevées, propositions suggérées et autres informations relevées à transmettre ;
- 3) **Commentaire spécifique** à une ligne de prescription ;

Le prescripteur est ainsi informé de la réalisation de la CM (même si aucune divergence n'est relevée) afin d'apporter un complément d'information. Il met à disposition dans le dossier médical papier une copie des documents récupérées.

Le pharmacien intervient donc directement auprès du prescripteur sur les divergences qu'il juge non intentionnelles. Une IP propose systématiquement un correctif au DNI.

e. Traçabilité et suivi des indicateurs

La fiche de CM et d'entretien patient sont tracées informatiquement dans un onglet dédié du dossier patient Cora® (formulaire non présent dans le logiciel d'origine et ajouté par l'équipe informatique de l'établissement) avec apposition de la signature du pharmacien. L'ensemble des documents papier du dossier de conciliation sont archivés à la pharmacie.

Une traçabilité quotidienne sur un tableur Excel® (Tableau n°7) reprend l'ensemble des données suivantes :

- Données patients (identification, Age, sexe) ;
- Données d'admission (date, provenance, patient prioritaire) ;
- Temps de réalisation du BMO par le PPH ;
- Délai entre admission en gériatrie et la réalisation du BMO ;
- Nombre de médicaments du BMO ;
- Type de DNI (médicament : DCI et classe ATC) ;
- Nombre de DNI corrigées (avec date de correction) ;
- Temps de réalisation de la CM (pharmacien) ;
- Nom du pharmacien / interne / PPH ayant réalisé le BMO et la CM ;
- Détail de l'intervention pharmaceutique et son devenir.

DONNEES PATIENTS					DONNEES ADMISSION						
N° d'identification	Initiales du patient	Année de Naissance	Age	Sexe	Date d'admission en Service Gériatrie	Provenance	Date d'admission Urgences	Anticoagulants oraux ?	Patient prioritaire >86 ans	Patient prioritaire >90 ans	Sur demande médicale

REALISATION BMO									DIVERGENCES NON INTENTIONNELLES						
Date	Délai entre admission en gériatrie et BMO	Délai entre BMO et admission initiale	Nbre de sources	Entretien patient	Observance	Nom PPH	Temps réalisation BMO (min)	Nbre de médoc	Nbre de DNI	Médicament (DCI)	Statut	ATC1	ATC2	Nbre de DNI corrigées (après)	Délai si correction (modification prescriptio

CONCILIATION MEDICAMENTEUSE				INTERVENTION PHARMACEUTIQUE								COMMENTAIRES	
Nom Pharmacien (CTM)	Temps réalisation CTM (min)	Nom Médecin Responsable	Durée totale BMO + CTM (min)	Type d'erreur	Type de résolution	Détail de l'intervention	Moyen de transmission	Devenir	Précision du devenir / et si non acceptée	Conséquence de l'intervention (niveau d'urgence estimé)	SUIVI		

Tableau 7 : Tableur de suivi quotidien des conciliations médicamenteuses

Concernant le détail des IP, le listing du type d'EM et de son type de résolution a été basé initialement sur le modèle standardisé proposé par la SFPC (36). Il a été adapté à notre pratique de la manière suivante (Tableau n°8) :

Type d'erreur :	Type de résolution :
• Erreur Posologie : Dosage • Erreur Posologie : Fréquence • Oubli Médicament prescrit • Oubli Médicament automédication • Erreur Substitution • Erreur Forme galénique • Ajout : Médicament non indiqué	• Dose à corriger • Fréquence, moment de prise à corriger • Reprise du traitement • Spécialité à corriger • Forme à corriger • Arrêt du traitement • Informations sur le traitement

Tableau 8 : Listing du type d'erreur et du type de résolution associée lors d'une IP liée aux DNI

L'analyse de ces données était essentiellement descriptive (variables quantitatives décrites par leur moyenne +/- écart type ou leur médiane et variables qualitatives exprimées par leur effectif en pourcentage).

Cette traçabilité permet d'effectuer un suivi de nos interventions et les analyser au travers de différents indicateurs proposés par la HAS (14) décrits ci-dessous :

Les Indicateurs d'activités :

- Le nombre de patients conciliés par an.
- Le nombre de patients conciliés rapporté au nombre de patients hospitalisés dans le service.
- Le taux de patients conciliés avec au moins une divergence non intentionnelle corrigée par rapport au nombre de patients conciliés.
- Le taux de recours à la conciliation médicamenteuse chez les patients priorités.

Les indicateurs de performance :

- Le taux de patients conciliés dans les 24 à 48H suivant l'admission en gériatrie rapporté au nombre de patients conciliés.
- Taux de patients conciliés sur demande médicale parmi toutes les demandes médicales.

Les indicateurs d'alerte :

- Le nombre de patients conciliés ayant au moins une DNI par rapport aux patients conciliés.
- Le nombre d'EM corrigées au cours de la conciliation par an.
- Le nombre d'EM corrigées au cours de la conciliation rapporté au nombre de patients conciliés.

3. Campagne de communication

a. Communication auprès des services concernés

i. Service de pharmacie

Une présentation de l'activité, de son historique à sa réorganisation a été menée en réunion de service avant la période d'étude (mai 2021). Grâce à cela, nous avons pu sensibiliser les PPH sur la CM.

Tous les PPH volontaires ont participé à la formation interne en vue d'intégrer l'activité. Les PPH nouvellement arrivés à la PUI ont dans leur mission la réalisation du BMO. L'idéal était de former un maximum de PPH afin d'étendre cette compétence et permettre une rotation entre eux, et ainsi pallier au risque d'absentéisme.

L'évolution de l'étude a été communiquée de manière régulière en réunion de service afin d'en informer le personnel de la PUI et de lever les éventuels freins rencontrés.

ii. Service de gériatrie

Le service de gériatrie est composé de 3 à 4 gériatres +/- FFI et interne (suivant la période) pour un **total de 22 lits.**

Les gériatres et le cadre ont été avertis de la reprise de l'activité impliquant les PPH dans la réalisation d'entretien patient au sein du service. Les différents PPH ont été présentés aux gériatres lors de leur formation individuelle.

Aussi, une réunion dédiée à la présentation de nos résultats, et à la discussion sur les points à améliorer a été proposée auprès des gériatres. Cette réunion n'ayant finalement pas eu lieu, leurs suggestions pour l'amélioration et leur point de vue nous ont été transmis progressivement lors des différents échanges.

b. Communication auprès des instances et commissions

Dès le commencement de l'étude, une communication a été entreprise auprès des différentes instances et commissions de l'établissement.

Mi-juin 2021, ce projet pharmaceutique a été soumis en Commission du Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS) lors de la sous-commission Qualité Sécurité des Soins. **Mi-novembre**, les résultats issus des premiers mois ont été annoncés lors du COMEDIMS suivant.

De plus, une communication auprès des IDE « référentes pharmacie » de chaque service, a été effectuée, afin de diffuser les informations auprès de l'équipe soignante.

c. Communication auprès des officines du secteur

En 2019, un premier contact a été fait auprès des pharmacies d'officines par l'envoi d'une lettre. Il leur a été précisé qu'elles étaient susceptibles d'être contactées afin de nous renseigner sur le traitement usuel de leur patient.

En novembre 2021, une affiche de communication a été envoyée par courrier postal auprès de 52 officines, situées dans l'Audomarois et l'arrondissement de Saint Omer. Les coordonnées de ces structures sont issues de l'annuaire du site internet de l'Ordre des pharmaciens.

L'affiche de communication présente en annexe n°9 était composée de deux parties décomposées comme suit :

- **Au recto**, l'évolution de l'activité par l'intégration des PPH était précisé. (Figure n° 4).

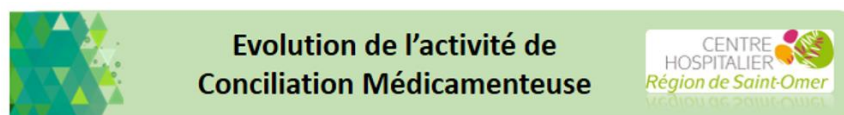


Figure 4 : Entête au recto de l'affiche de communication auprès des officines de l'agglomération

- **Au verso**, un récapitulatif des indicateurs de la phase d'essai était décrit (juin – août 2021). (Figure n°5).

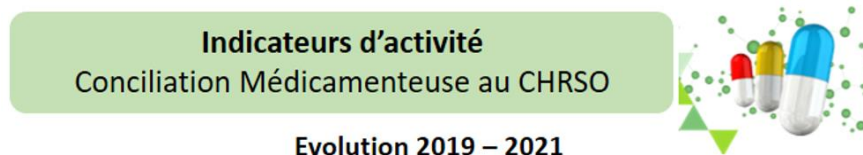


Figure 5 : Entête au verso de l'affiche de communication auprès des officines de l'agglomération

Les objectifs de cette communication étaient les suivants :

- Transmettre une synthèse de notre activité ;
- Remercier les officines de leur implication ;
- Les tenir informés de l'évolution de l'activité ;
- Impliquer davantage les officines ;

d. Communication auprès du personnel et du grand public

i. Communication interne auprès du personnel

Tout d'abord, le service de communication a élaboré un « grand jeu Kahoot ! » dans le cadre de la semaine de la sécurité des patients (SSP) du 22 au 26 novembre. (Figure n°6). Ce jeu a été proposé au personnel du CHRSO au cours de 5 sessions différentes (10 personnes par session). Il consiste à répondre à un questionnaire à choix multiples qui permettent à plusieurs utilisateurs de jouer simultanément. La CM faisait partie des thèmes abordés.



Figure 6 : Entête de l'affiche « Grand Jeu Kahoot ! » auprès du personnel du CHRSO

Ensuite, une **newsletter** intitulée « **CHRS'Info : Zoom sur la conciliation médicamenteuse** » (Figure n°7) (annexe n°10) a été diffusée en janvier 2022 sur toutes les boîtes mails du personnel hospitalier ainsi que sur le site Intranet de l'établissement. Ce travail a été réalisé conjointement avec une préparatrice dans le cadre de son année hospitalière (84).



Figure 7 : Entête de la newsletter du « CHRS'info : Zoom sur ... la conciliation médicamenteuse » auprès du personnel du CHRSO

Sous forme d'un journal de 3 pages (format A4), elle explique les points essentiels de la CM au travers de 6 questions qui sont les suivantes :

- Qu'est-ce que la conciliation médicamenteuse ?
- Pourquoi la réaliser ?
- Qui est concerné ?
- Quand est-elle réalisée ?
- Qui la réalise ?
- Comment est-elle réalisée ?

Les réponses sont exposées de la manière la plus simple et compréhensible de tous.

Les 2 dernières parties, avec l'approbation des gériatres, complètent et illustrent le document et se décomposent comme suit :

- Partie 1, présentation des résultats de la phase d'essai : cela permet de donner des chiffres concrets sur le nombre d'EM interceptés grâce à la CM.
- Partie 2, démonstration d'un cas réel au CHRSO : cet exemple permet d'illustrer concrètement l'importance de la CM.

Une fois cette newsletter finalisée, elle a été validée puis diffusée par la Direction de la Qualité, Gestion des Risques et de la Communication.

Grâce à celle-ci nous avons averti l'ensemble de l'établissement de la réorganisation de l'activité et avons précisé notre volonté de l'étendre à d'autres services qui en feront la demande.

ii. Communication auprès du grand public

La notion de CM a été présentée et décrite dans le **livret d'accueil patient** de l'établissement dans sa nouvelle version 2022.

Un **nouveau flyer** spécialement dédié à la CM a été réalisé par les PPH et diffusé lors de la SSP de novembre 2021.

Toujours dans l'objectif de communiquer auprès du grand public, **une vidéo** a été créée. Ce support visuel et dynamique permet d'expliquer aux patients cette nouvelle démarche et son déroulement au CHRSO. Ce travail a également été réalisé conjointement avec une préparatrice dans le cadre de son année hospitalière (84), et a été encadré par le service de communication.

Début février 2022, les différentes étapes de réalisation de la vidéo ont été planifiées et ont été les suivantes :

- Ecriture du script ;
- Recherche d'acteurs ;
- Tournage de la vidéo ;
- Montage de la vidéo ;

L'objectif a été de réaliser une vidéo courte, originale et compréhensible de tous. Ainsi, pour la rendre attractive, nous avons décidé de la tourner sous forme de questions - réponses. Un patient appelle la pharmacie du CHRSO pour poser une question, le pharmacien / PPH lui donne une explication courte et simple.

La vidéo d'une durée de 3 minutes est constituée de 5 épisodes autour de la CM au CHRSO qui sont les suivants :

- Episode 1 : Introduction
- Episode 2 : Erreurs médicamenteuses
- Episode 3 : Continuité médicamenteuse
- Episode 4 : Déroulement de la conciliation médicamenteuse
- Episode 5 : Chiffres du CHRSO

Ce projet a été annoncé en réunion de service afin de trouver des participants. Au total, 5 personnes ont été volontaires : 1 pharmacien, 1 interne en pharmacie, 2 PPH et 1 agent administratif. Les rôles ont été répartis par tirage au sort et chaque personne a reçu le script quelques jours avant le tournage afin de pouvoir se l'approprier en amont. (Annexe n°11). Différents lieux ont servi de décor : parking et hall d'entrée de l'hôpital, bureau du SMUR, chambre de patient, salle d'attente d'IRM, bureau du pharmacien et zone centrale de la PUI.

Le tournage aura duré 2 heures. Le montage de la vidéo a été réalisé par la PPH grâce au logiciel Editeur de Vidéo de Windows®.

Après validation du projet par la direction, **la vidéo sera diffusée** sur le site internet de l'établissement, ainsi que sur les réseaux sociaux : Page Facebook® et YouTube® du CHRSO.

4. Formation des préparateurs

a. Déroulement de la formation

Les préparateurs du CHRSO n'avaient pas suivi de formation initiale à la CM. Une **formation spécifique à la CM** avait donc été entreprise afin d'obtenir les compétences nécessaires à son bon déroulement.

Les deux pharmaciens du CHRSO, en charge de l'activité, avaient suivi la formation validante E.P.U « Comprendre et Pratiquer la Conciliation Médicamenteuse » au département de formation continu de la faculté de pharmacie de Lille. Aussi, l'interne en pharmacie avait été formé au cours de sa formation initiale lors de son externat et internat. L'interne a par ailleurs été habilité grâce à une mise en situation au CHRSO.

Le CHRSO propose une formation dans ses locaux. Elle est réalisée par le CNEH et est destinée à tous les professionnels de santé du CHRSO. Cependant, les dates retenues étaient octobre 2021 et mars 2022 ; soit 4 mois après le début de l'étude (juin 2021). Par ailleurs, elle ne concerne que la vision théorique, et ne prend pas en compte les particularités de l'établissement.

Suite à ce constat, et pour des raisons pratiques, il a été décidé de former les PPH **en interne dans les locaux de la PUI et du service de gériatrie**. La formation par le CNEH a été proposée comme formation complémentaire pour les PPH volontaires.

La méthode de formation et ses supports ont été réfléchis et conçus au préalable par les formateurs (Pharmaciens et Interne). Elle **se déroule sur 4 à 5 ½ journées selon 3 étapes** :

- Aspect théorique ;
- Aspect Pratique ;
- Compagnonnage ;

Afin de délivrer l'habilitation, les formateurs vérifient les bonnes connaissances théoriques et pratiques du PPH à l'issue de la formation.

L'objectif est de **former un nombre suffisant de PPH** permettant d'effectuer cette activité en routine et sans interruption. C'est-à-dire en tenant compte des congés annuels et éventuels arrêts.

b. Formation théorique au sein de la pharmacie

L'aspect théorique se déroule à la PUI sur 3 ateliers d'une durée de 1H30 à 2 heures chacun sur un total 2 demi-journées. Les aspects des différents ateliers sont détaillés ci-dessous (Tableau n°9) :

Atelier n°1 : Cours Théorique

Durée :	2 Heures
Support :	1) Diapositive de 37 Slides - Formation théorique 2) Diapositive de 28 Slides – 2 Cas cliniques participatifs Les diapositives basées sur le module FormaConcil® puis adaptée à notre structure.
Contenu :	- Sensibilisation à la iatrogénie et aux EM ; - Explication de l'intérêt et objectifs de la CM ; - Exemple de cas concret issu de la littérature ; - Explication des différentes étapes de la CM ; - Déroulement de la CM au CHRSO ; - Rôle du PPH dans l'activité ; - Mis à disposition des supports et outils nécessaires ;
Participant :	1 ou 2 PPH formés simultanément
Encadrement :	1 Pharmacien + 1 Interne

Atelier n°2 : Mise en situation : Jeux de rôle

Durée :	2 Heures
Support et contenu :	1) Ensemble des outils de saisie • Fiche de recueil, Fiche de CM, Fiche d'entretien patient 2) Document avec les différentes mises en situation : 3) Sources d'information : • Document « Dossier Patient Informatisé » ; • Prescription hospitalière à l'admission ; • Ordonnance du patient ; • Boîtes de médicament apportées par le patient ; • Fiche d'informations sur le patient, l'aidant et le pharmacien d'officine
Déroulement :	- Choix du scénario de mise en situation ; - Le PPH est dans son propre rôle. Il recueille et sollicite toutes les sources qui lui sont disponibles. - Simulations d'entretien avec les formateurs ; - Saisies des informations et rédaction du BMO ;
Participant :	1 ou 2 PPH formés simultanément
Encadrement :	2 Pharmacien + 1 Interne pour couvrir les différents rôles ;

Atelier n°3 : Simulation Virtuelle

Durée :	1 Heure 30 min (1H en autonomie suivi de 30 min de discussion)
Support et contenu :	Simulation virtuelle via l'outil IatroMed 360° - chambre des erreurs en parcours immersif - disponible sur le site de l'ADIPH®
Déroulement :	1) De manière autonome, le PPH : - Recueille les informations sur les traitements via les différentes sources proposées par l'outil ; - Réalise le BMO et propose des équivalences thérapeutiques en lien avec le livret ; - Compare le BMO et OMA puis repère les 10 EM ; 2) Puis, correction et explication donnée par le formateur.
Participant :	1 PPH formé
Encadrement :	1 Interne en pharmacie

Tableau 9 : Description des différents ateliers proposés lors de la formation théorique

c. Formation Pratique au sein du service de soins

La formation pratique se déroule au cœur du service de gériatrie durant 2 à 3 demi-Journées. Elle est modulable selon le planning des activités annexes et selon les sujets participants (état d'esprit, difficultés rencontrées etc..). Un seul PPH est formé à la fois.

La mise en pratique dans le service de gériatrie se fait par **délégation croissante du pharmacien vers le PPH**. Elle comporte au moins les composantes suivantes :

- Une demi-journée d'observation participante : Le pharmacien réalise toutes les étapes de la CM avec l'implication du PPH ;
- Une demi-journée dans laquelle le PPH réalise le BMO sous vérification du pharmacien ;

d. Accompagnement

A son début, le PPH peut être accompagné dans le service de soins afin d'obtenir une prise d'autonomie progressive. Ce **compagnonnage** se faisait par l'interne en pharmacie ou un pharmacien. Un étudiant en pharmacie de 5^{ème} année hospitalo-universitaire (externe) était présent pendant la période de juillet à septembre 2021 et pouvait accompagner le PPH dans sa démarche. L'externe a également été formé au préalable à la CM. Aussi, selon les disponibilités, le PPH en formation pouvait également suivre un entretien patient réalisé par un autre PPH déjà habilité.

e. Evaluation – Habilitation

A l'issue de la formation, une évaluation des aptitudes théoriques et pratiques acquises du PPH permettait de lui délivrer l'habilitation à intégrer l'activité de CM.

L'évaluation des connaissances a été faite sous la forme d'un questionnaire (QCM et Questions ouvertes). Celle-ci était réalisée juste avant le passage à la pratique permettant d'effectuer un rappel de la formation théorique. (Annexe n°12)

Quant à **l'évaluation des compétences**, elle était réalisée lors de la dernière demi-journée de formation. Pour ce faire, l'évaluateur observait toute la démarche du PPH, de la recherche d'information jusqu'à la rédaction du BMO. Parallèlement, une grille d'appréciation était complétée. (Annexe n°13)

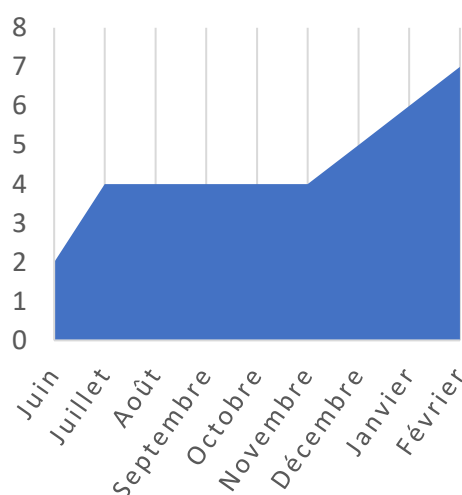
Tout PPH ayant été habilité intégrait systématiquement l'activité afin d'assurer une rotation entre les PPH.

Afin de permettre le bon déroulement à long terme, une **réunion annuelle de suivi** entre le cadre, PPH et pharmaciens a été défini. Cette réunion, permettra, entre autres, d'échanger autour des problèmes rencontrés, d'envisager des améliorations et de penser à son évolution.

D. Résultats

1. Formation et intégration des préparateurs

Tout d'abord, quatre PPH se sont portés volontaires afin de participer dès la phase d'essai (juin – août). Le premier binôme a été formé et habilité en juin, le 2^e binôme en juillet 2021. Suite à cette phase d'essai, et aux retours d'expériences de ces derniers, trois autres PPH ont intégré l'étude respectivement en novembre, janvier et février. (Graphique n° 1)



Graphique 1 : Evolution du nombre de PPH habilités à la réalisation du BMO

Au total, sur les 9 mois d'étude, **7 PPH** ont suivi l'ensemble de la formation interne et ont tous été habilités au recueil du BMO. L'équipe de PPH ayant participé au recueil se compose ainsi de 5 femmes et 2 hommes.

Parmi eux, 2 PPH ont suivi la formation réalisée par le Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH) en octobre 2021.

Afin d'illustrer leur implication, **un exemple de fiche de CM finalisée** est présenté en annexe n°14. Ce cas réel a été diffusé dans la newsletter du « CHRS'infO ». Il s'agissait d'un patient hospitalisé en gériatrie pour lequel un traitement hormonal (bicalutamide) avait été prescrit quotidiennement aux urgences. Lors du recueil d'information réalisé par le PPH en lien avec le pharmacien, ce médicament n'avait pas été retrouvé parmi les sources récentes. A l'entretien patient, il a été confirmé que le bicalutamide avait été arrêté il y a plusieurs mois par l'oncologue. Le patient réalise dorénavant des injections tous les 6 mois d'un autre traitement hormonal (leuproréline). Ici, la CM a permis l'arrêt d'un médicament qui n'est plus indiqué.

2. Démographie de la population étudiée

Sur l'ensemble de la période d'étude, **507 admissions** ont eu lieu dans le service de gériatrie. Soit en moyenne 56 séjours mensuels. La durée moyenne de séjour était de 10,3 jours pour une moyenne d'âge des patients de 85,8 ans. (Tableau n°10).

507 admissions :	Juin : 55	Juil. : 54	Aout : 49	Sept. : 65	Oct. : 61	Nov. : 56	Déc. : 61	Janv. : 51	Fév. : 55
Moyenne d'âge : 85,8 +/- 6,7 ans					Age médian : 87 ans				
Durée de séjour moyen : 10,3 +/- 5,6 jours					Durée de séjour médian : 10 jours				

Tableau 10 : Profil de la population hospitalisée en service de gériatrie durant la période de juin 2021 à février 2022

Parmi ces admissions, **64 (13%) étaient jugés prioritaires** selon nos critères initiaux. L'âge moyen chez ces patients était de 92,5 ans. (Tableau n°11).

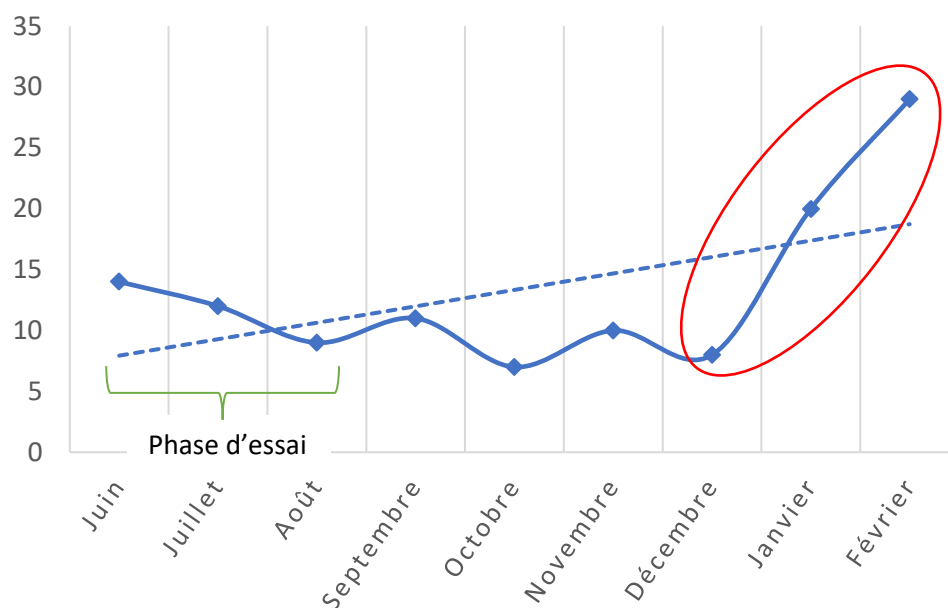
64 patients prioritaires :	Juin : 9	Juil. : 7	Aout : 7	Sept. : 5	Oct. : 7	Nov. : 5	Déc. : 10	Janv. : 5	Fév. : 9
Moyenne d'âge : 92,5 +/- 3 ans					Age médian : 90 ans				
Durée de séjour moyen : 11,2 +/- 5,3 jours					Durée de séjour médiane : 10 jours				

Tableau 11 : Profil de la population jugée prioritaire en service de gériatrie durant la période de juin 2021 à février 2022

3. Evolution des indicateurs de suivi

a. Indicateurs d'activité

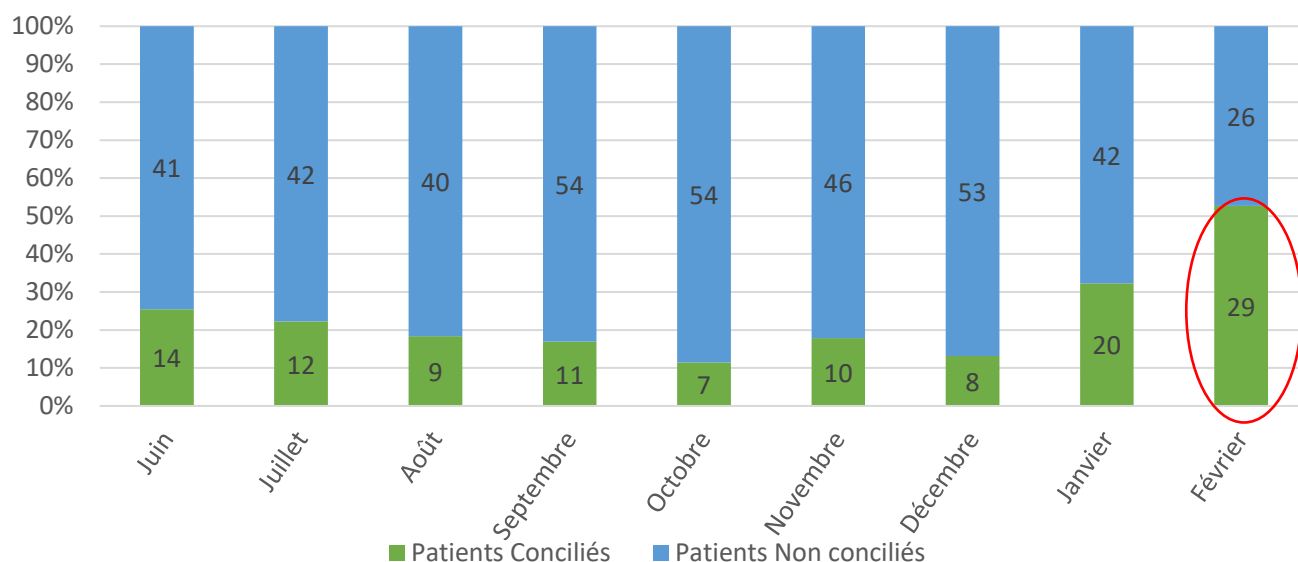
Lors de la phase d'essai (janvier-août), 27 patients ont été conciliés. Au total, l'étude a porté sur **120 CM réparties sur les 9 mois**, soit en moyenne 13,3 CM par mois. Comme l'indique le graphique n°2 ci-dessous, lors des 2 derniers mois, une augmentation des CM a été observée : ce qui représente 41% des CM sur cette période (représentée par le cercle rouge).



Graphique 2 : Evolution du nombre de conciliation de juin 2021 à février 2022

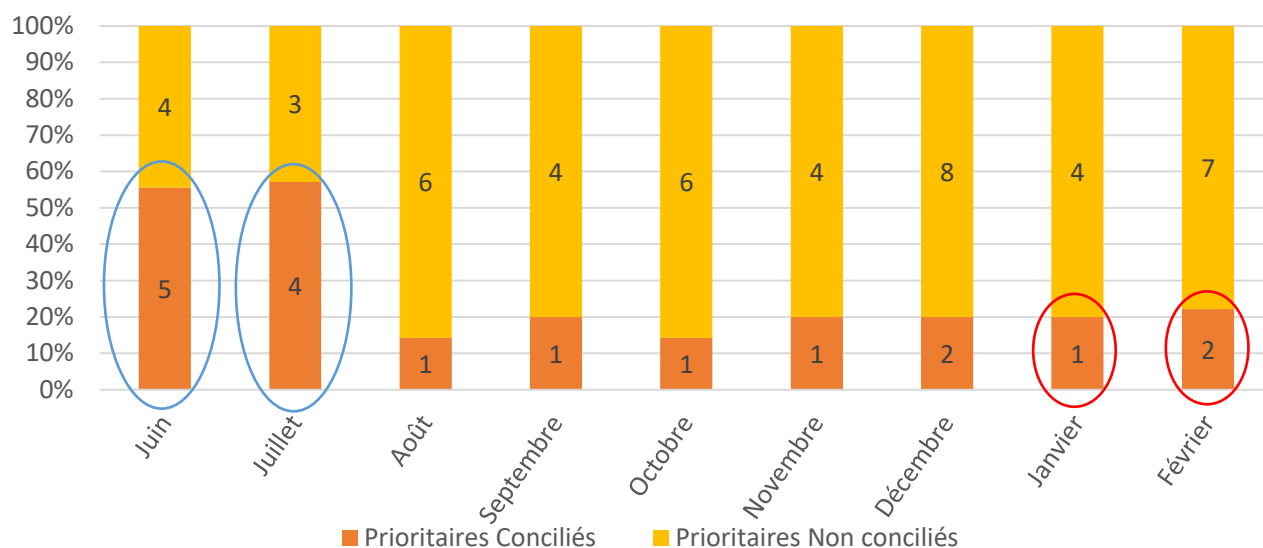
La population conciliée comprenait 67% de femmes et 33% d'hommes (**sex ratio H/F : 0,33**). La moyenne d'âge était de 87 +/- 6,3 ans [min : 63 ; max : 99]. Hormis 2 patients, tous, étaient adressés par les urgences.

Sur l'ensemble de la période d'étude, **24% des 507 patients admis ont eu une conciliation**. Ce taux était le plus élevé lors du dernier mois d'étude avec 53% (représenté par le cercle rouge sur le graphique n°3).



Graphique 3 : Evolution du taux de patients conciliés parmi toutes les admissions en gériatrie

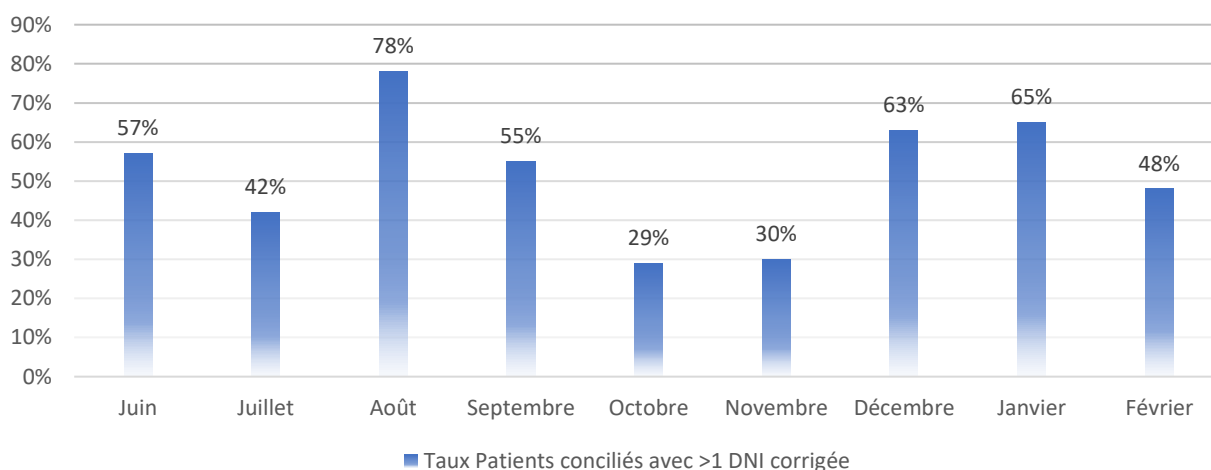
La part des patients conciliés parmi ceux jugés prioritaires était de **28%** (18 sur 64). Ce taux était le plus élevé en début d'étude à 57% pour diminuer en fin d'étude autour de 20% (représenté respectivement par les cercles bleus et rouges dans le graphique n°4).



Graphique 4 : Evolution du taux de patients conciliés parmi les patients jugés prioritaires

Au total, 1 012 lignes de médicaments sur le BMO ont été recueillies, soit en moyenne 8,4 médicaments par patient concilié. Aussi, **183 DNI ont été interceptées**, soit une moyenne de 1 DNI toutes les 5,5 lignes de traitements et **1,5 DNI par CM** toutes confondues

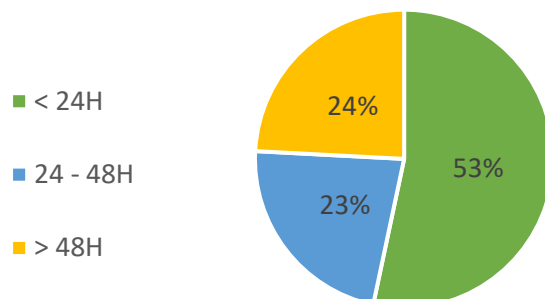
Plus de la moitié (53%) des patients conciliés ont présenté au moins une DNI corrigée par le prescripteur. Ce taux variait de 29% à 78% suivant le mois concerné (Graphique n°5).



Graphique 5 : Evolution du taux de patients conciliés avec au moins une DNI corrigée par rapport au nombre de patients conciliés

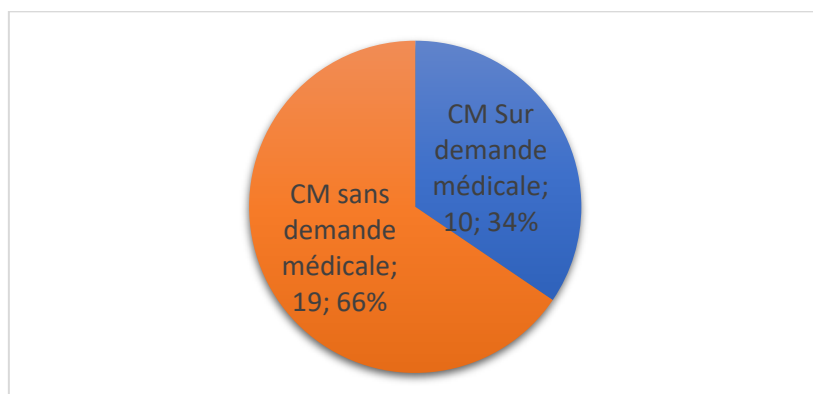
b. Indicateurs de performance

Parmi les 120 CM, **91** (76%) patients ont été conciliés dans les 48H suivants leur admission en gériatrie, **dont 64** (53%) dans les 24H (Graphique n°6).



Graphique 6 : Délai de conciliation depuis l'admission en gériatrie

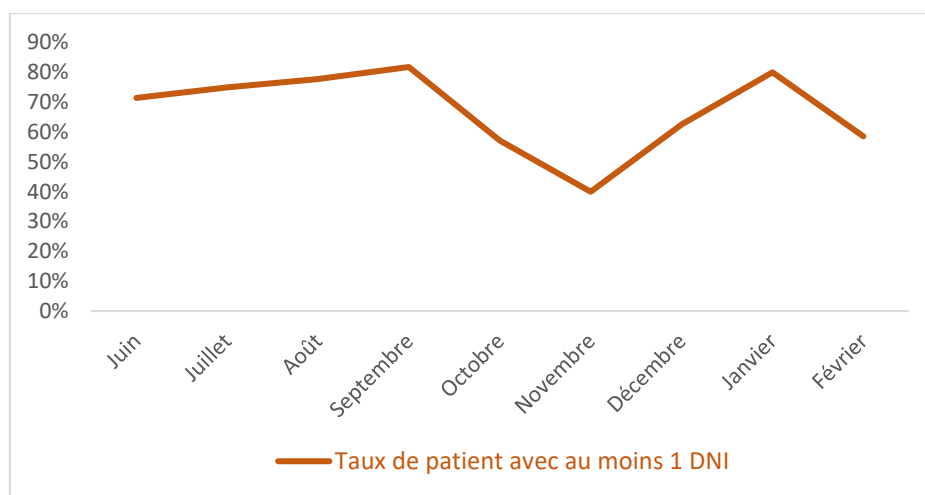
Concernant les demandes médicales, **12 CM ont été demandées par les gériatres** dont 10 pendant le seul mois de février (Graphique n°7). 100% des CM demandées par les gériatres ont été réalisées.



Graphique 7 : Conciliations médicamenteuses réalisées sur demande médicale au mois de février 2022

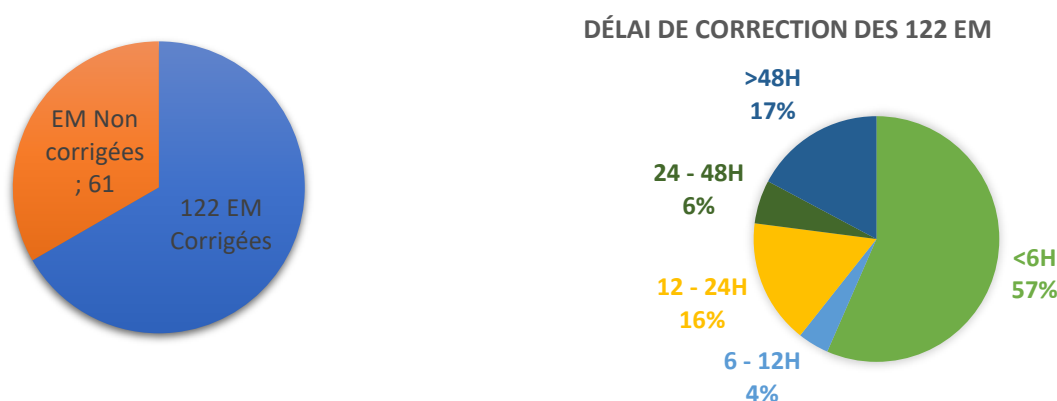
c. Indicateurs d'alerte

Dans la population conciliée, **68% des patients** présentaient au moins une DNI. Ce taux était de 82% en septembre 2021 avant de finir à 59% en février 2022 (Graphique n°8).



Graphique 8 : Taux de patient présentant au moins une DNI parmi tous les patients conciliés

Sur les 183 EM interceptées, **67% (122) ont été corrigées** par une modification de la ligne de prescription. 56% d'entre elles ont été corrigées par le prescripteur dans les 6H suivants l'IP, et 82% dans les 48H (Graphique n°9).

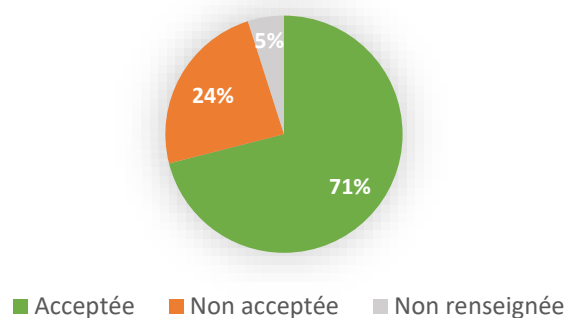


Graphique 9 : Répartitions des 122 EM corrigées en fonction du délai de correction de la prescription

Rapporté au nombre total de conciliations réalisées, nous observons qu'en moyenne 1 EM a été corrigée par patient concilié.

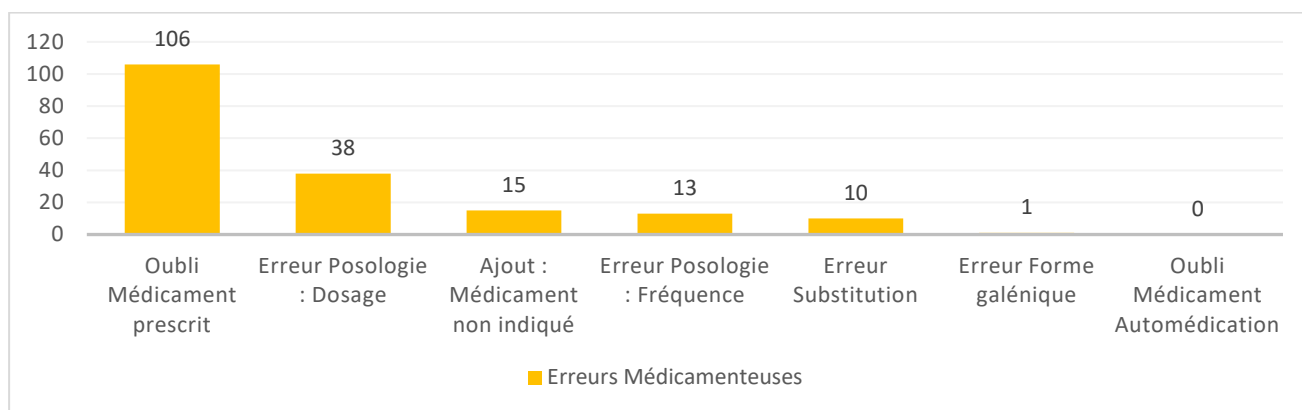
4. Bilan des interventions pharmaceutiques

Chaque CM présentant une EM interceptée a bénéficié d'une IP après communication auprès du prescripteur. Au total, **130 IP (71%) ont été acceptées**, dont 8 qui ne nécessitaient pas de modification de la ligne de prescription. Il s'agissait d'informations apportées sur le traitement. (Graphique n°10).



Graphique 10 : Répartition du devenir des 183 interventions pharmaceutiques

La principale erreur rencontrée était « l'oubli de médicament prescrit » (58%). Puis les autres erreurs rencontrées étaient « l'erreur de posologie : dosage ou fréquence » (21%) et « l'ajout de médicament non indiqué » (8%) (Graphique n°11).

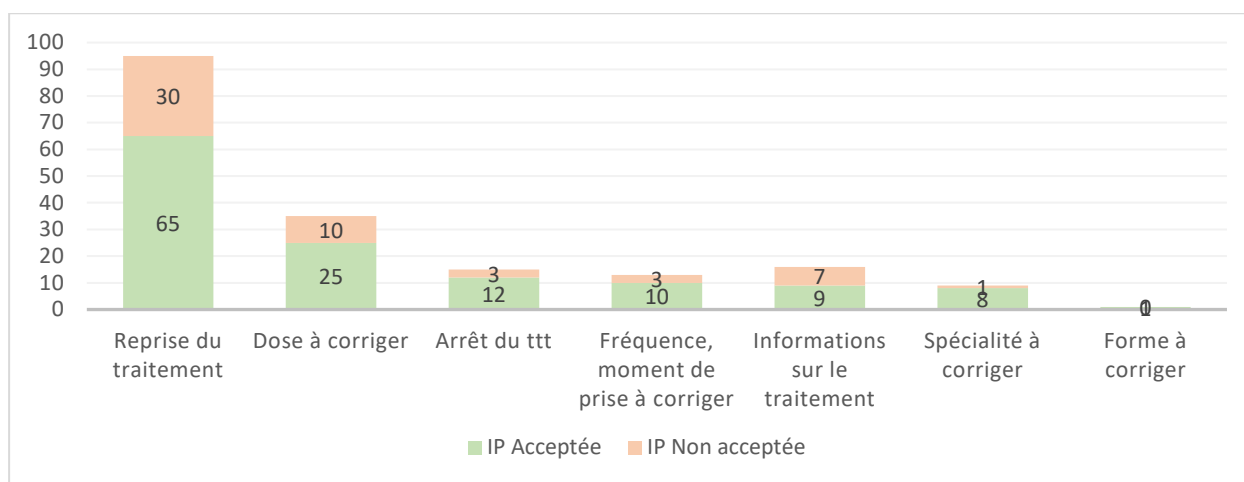


Graphique 11 : Répartition des 183 erreurs médicamenteuses selon le type d'erreur

Parallèlement, les **types de résolutions proposées** étaient principalement les suivants :

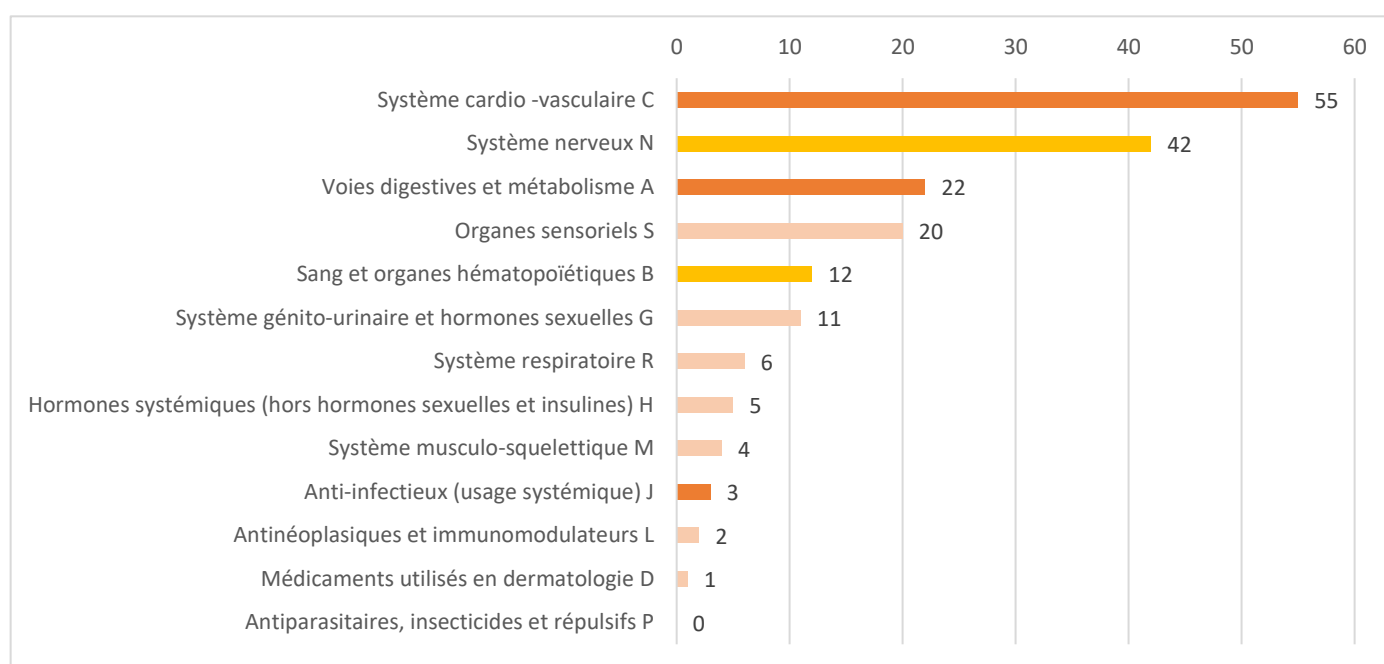
- « La reprise du traitement » (52%) ;
- « La dose ou fréquence à corriger » (26%) ;
- « L'arrêt du traitement » (8%) ;

Elles ont été acceptées respectivement à 68%, 73% et 80% (Graphique n°12).



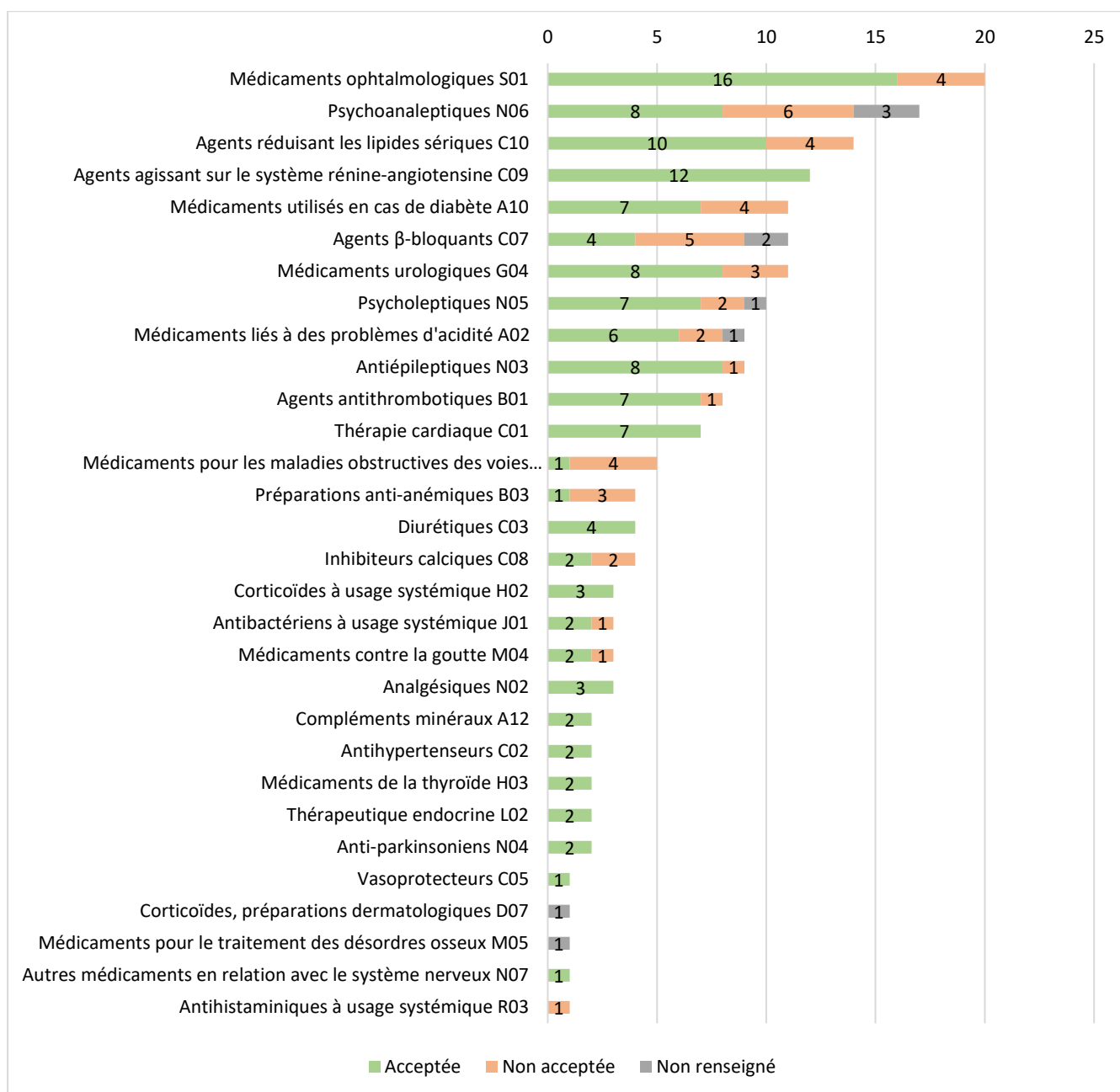
Graphique 12 : Répartition des 183 IP selon le type de résolution proposée

Dans le système de **classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique (ATC)**, les médicaments de **la classe C et N** représentent à eux seuls plus de 50% des DNI interceptées (Graphique n°13).



Graphique 13 : Répartition des médicaments liés aux DNI par répartition selon le système de classification ATC

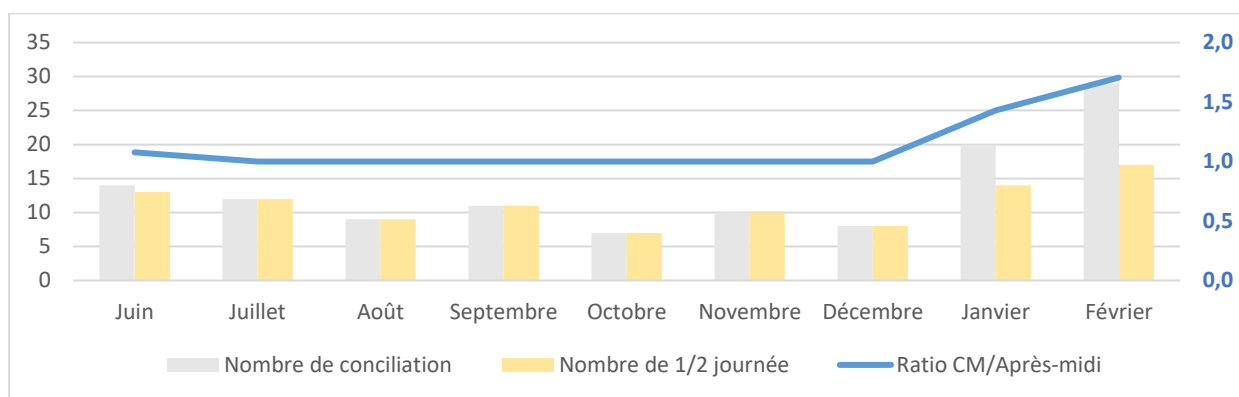
Plus précisément, dans les sous-groupes thérapeutiques (ATC2) (Graphique n°14) c'est la classe **ATC S01** « Médicaments ophtalmologiques » qui est majoritaire. 20 DNI concernaient tous des collyres non repris durant le séjour. 80% d'entre eux ont été repris suite à la CM. Ensuite, c'est la **classe N06** « Psychoanaleptiques » qui est concernée avec 17 DNI dont 47% des IP ont été acceptées. La 3^e classe est la **C10** « Agents réduisant les lipides sériques ». La 4^e est la **classe C09** « Agents agissant sur le système rénine-angiotensine » pour laquelle 100% des IP ont été acceptées. Dans chacune des **classes A10, C07 et G04**, 11 DNI ont été interceptées. Ces **7 sous-groupes cités représentent 58% des DNI réparties dans les 30 sous-groupes (ATC2)** recensés dans notre étude.



Graphique 14 : Répartition du devenir des DNI dans les sous-groupes thérapeutiques de la classe ATC

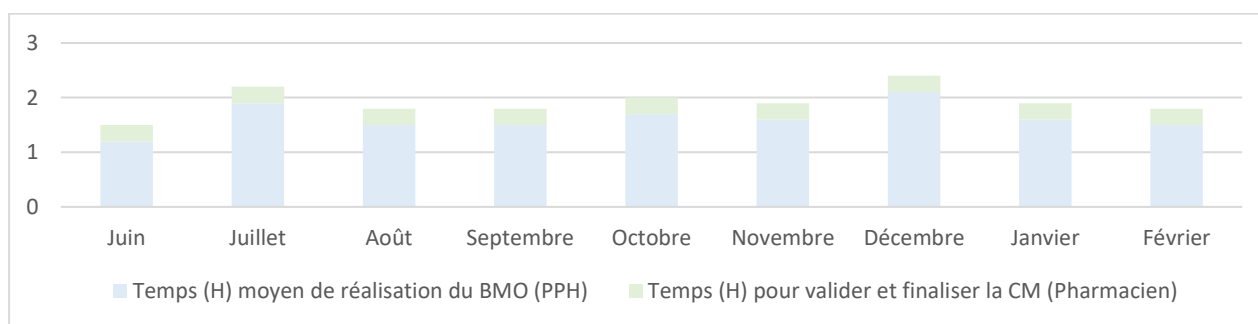
5. Temps d'activité

L'activité s'est déroulée sur **101 après-midis**. En moyenne 10 après-midis mensuels étaient consacrés à l'activité jusqu'en décembre. En janvier ce nombre a augmenté jusqu'à atteindre 17 en février. **Le ratio « CM par après-midi »** était de 1 jusqu'en décembre. Puis de la période de janvier à février ce taux a augmenté pour atteindre 1,7 le dernier mois. (Graphique n°15).



Graphique 15 : Evolution du ratio « Nombre de CM réalisées par après-midi »

Le **temps moyen de réalisation du BMO** (Temps déclaré par le PPH, du choix du patient jusqu'à la traçabilité complète) était de **96 minutes**. A cela s'ajoute **18 minutes de temps pharmacien** en moyenne pour finaliser la CM et communiquer les informations au prescripteur (Graphique n°16).



Graphique 16 : Evolution du temps moyen de réalisation de la CM

En moyenne, une CM par jour était réalisée jusqu'en décembre, le temps d'activité dédié à la réalisation du BMO par après-midi était de 96 minutes. De la même manière, selon le nombre de CM réalisé par après-midi, celui-ci était de 132 minutes en janvier et 162 minutes en février. En fonction du planning, entre deux et cinq PPH différents par mois ont participé à l'activité.

Pour résumer :

L'activité s'est développée continuellement tout au long de la période d'étude. Sept PPH ont été habilités et tous ont participé au recueil du BMO. L'activité a été la plus efficiente lors des deux derniers mois avec une hausse du nombre de CM réalisées et du temps consacré. Le taux de patients prioritaires conciliés a quant à lui diminué. Il a été de 20% lors du dernier mois d'étude. Dans l'ensemble des DNI relevées, les médicaments issus des classes ATC : C, N et A sont les plus représentatifs.

E. Discussion

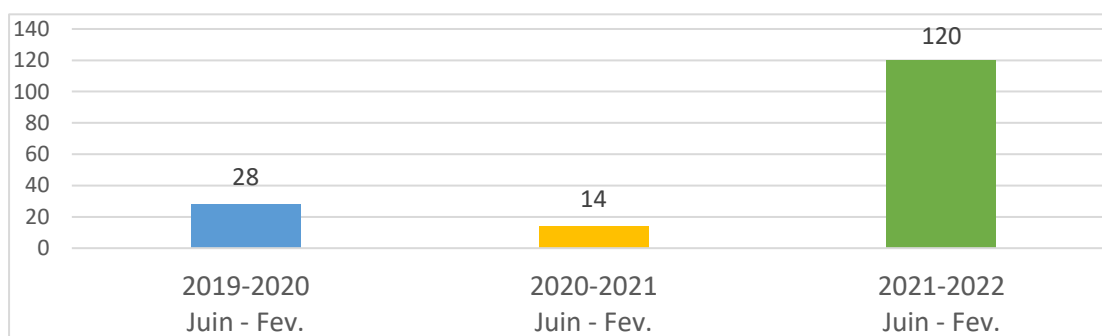
1. Interprétation des résultats

a. Analyses statistiques

La comparaison des données de notre étude avec celles issues des années précédentes et de la littérature a été faite en utilisant le test Z de l'écart réduit, comparant des pourcentages observés. L'hypothèse nulle (H_0) est qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux pourcentages. L'hypothèse alternative (H_1) est que la différence est significative. Après vérification des conditions d'application du test, si $p\text{-valeur} < 0.05$, on rejettera H_0 au risque de 5%.

b. Comparaison avec les années précédentes

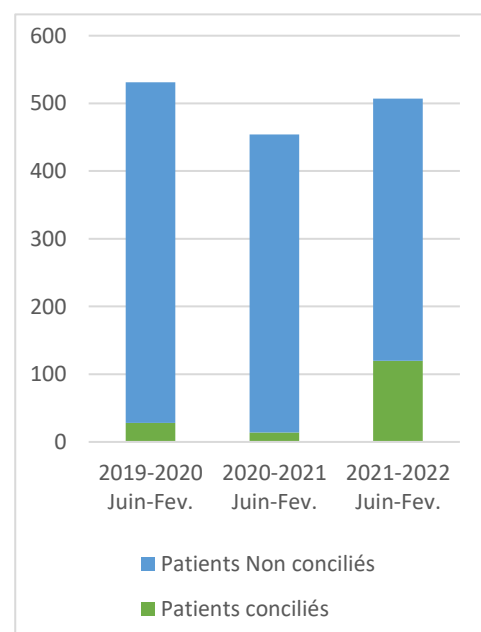
Aux mêmes périodes (entre Juin et Février), 28 CM ont été réalisées entre 2019 et 2020 et 14 CM entre 2020 et 2021. Ainsi, grâce à l'implication des PPH, le nombre de CM réalisées entre 2021 et 2022 a été multiplié par 4 et 9 respectivement (Graphique n°17).



Graphique 17 : Comparaison du nombre de conciliations médicamenteuses réalisées sur la période de Juin à Février (9 mois) depuis 3 ans dans le service de gériatrie.

Le nombre de patients dans le service de gériatrie a été de 531 entre 2019 et 2020 ; 454 entre 2020 et 2021 ; 507 entre 2021 et 2022. Le nombre de CM rapporté au nombre de patients a été respectivement de 5,3 %, 3,1 % et 23,2 %._(Graphique n°18). L'augmentation significative ($p < 0.001$) s'explique par la réalisation quotidienne de l'activité. Celle-ci a été permise par l'implication d'un effectif supplémentaire : à savoir 0,4 ETP de préparateurs.

Graphique 18 : Comparaison du taux de conciliation parmi tous les patients de gériatrie sur la période de Juin à Février (9 mois) depuis 3 ans.



Le taux de DNI corrigées par le prescripteur a été augmenté de 12 et 4 points respectivement par rapport aux périodes 2019-2020 et 2020-2021 (a) (tableau n°12). Toutefois, cette augmentation n'est pas significative ($p=0.142$ (2019) et $p=0.617$ (2020)). Elle suggère que le BMO peut tout aussi bien être réalisé par les PPH en conservant un taux de correction des DNI équivalent à celle des pharmaciens.

Les critères de priorisation sont restés identiques par rapport aux années précédentes. Le taux de patients prioritaires conciliés (b) a été augmenté de près de 20 points. Cela peut s'expliquer par le fait que plus de CM ont été réalisées. Cependant, les effectifs issus des années précédentes sont trop faibles pour confirmer statistiquement cette augmentation.

Période :	2019 – 2020 Juin - Février	2020 – 2021 Juin - Février	2021 – 2022 Juin - Février
Personnel réalisant le BMO :	Pharmaciens	Pharmaciens	PPH en coordination avec l'Interne / Pharmacien
Temps moyen de réalisation de la CM :	1H	1,1 H	1,6 H (Préparateur) + 0,3H (Pharmacien)
Nombre de CM réalisées (c) :	28	14	120
Moyenne d'âge des patients conciliés :	84	88	87 +/- 6,3 ans
Taux de patients conciliés dans les 48H :	96 % (27 patients)	50% (7 patients)	76 % (91 patients)
Nombre de DNI détectées :	40	35	183
Taux de DNI corrigées par le prescripteur (a) :	55 %	63 %	67 %
Taux de CM avec au moins 1 DNI corrigée parmi tous les patients conciliés :	43 %	71 %	53 %
Taux de patients prioritaires conciliés (b) :	7,3 % (4/55)	7,8 % (4/52)	28 % (18/64)

Tableau 12 : Tableau présentant les principaux éléments d'activité au CHRSO entre 2019 et 2022

c. Comparaison avec la littérature

Le tableau n°13 montre que le nombre moyen de 1,5 DNI par patient (a) est proche de celui des autres études (55,57,85,86) (min : 1, max : 1,8), impliquant ou non des PPH.

Le taux d'acceptation des IP (b) de notre étude (71%) n'est pas statistiquement différent de celle réalisé au CH Saint Denis (64%) ($p=0.267$) dont le BMO était réalisé par les internes et externes en gériatrie. Ces données confortent la place du PPH dans la CM au même titre que les autres intervenants habituels.

Les trois classes thérapeutiques (c) les plus impliquées dans les DNI sont les mêmes que celles retrouvées dans l'étude de Maurer et al (55) et de Chatelet et al (86). Il s'agit des médicaments des systèmes cardiovasculaires (Classe C), nerveux (Classe N) et digestifs (Classe A). Un article publié par le CHU d'Amiens confirme également que, dans 70 % des cas, ces molécules concernent l'une de ces 3 classes (87). Il n'est pas étonnant de les retrouver, puisqu'elles sont les plus souvent prescrites, selon les données issues de l'assurance maladie (88).

La classe suivante la plus impliquée, est la classe S « organes sensorielles » dont tous concernaient l'omission de collyres (S01). Ceux-ci sont davantage oubliés à l'entrée d'hospitalisation. Mais leurs reprises proposées lors de la CM est largement acceptée (80%) par les gériatres.

Ainsi, quel que soit la période de recueil et le nombre de patients conciliés, les principales erreurs constatées concernent les mêmes types de médicaments.

Résultats des différentes études :	<u>Etude présentée dans ce mémoire (CHRSO)</u>	<u>Etude de Maurer et al. (55) (CHRU - Strasbourg)</u>	<u>Etude de Deloison et al. (57) (CH Bayeux)</u>	<u>Etude de Mafeudjeu et al. (85) (CH Saint Denis)</u>	<u>Etude de Chatelet et al. (86) (CH Armentières)</u>
Service de soins concerné :	Gériatrie	UHCD	Cardiologie	Gériatrie	Gériatrie
Année de publication :	2022	2020	2021	2021	2016
Méthodologie de l'étude :	Prospective	Prospective	Rétrospective	Rétrospective	Rétrospective
Participation du PPH au recueil du BMO ?	OUI	NON	OUI	NON	NON
Période de recueil :	9 mois	2 mois	6 mois	4 mois	4 mois
Nombre de patients conciliés :	120	489	140	94	147
DNI / patient pour lequel la CM a été réalisée (a) :	1,5	1,8	1,6	1,57	1
DNI / patient ayant au moins une DNI :	2,3	2,45	NR*	NR*	2,2
Taux d'acceptation des IP suite aux DNI (b) :	71 %	83 %	NR*	64%	NR*
Principales classes thérapeutiques concernées par les DNI (c) :	Classe C (30%) Classe N (23%) Classe A (12%)	Classe C (37%) Classe N (18%) Classe A (22%)	NR*	NR*	Classe C (29%) Classe N (24%) Classe A (24%)

Tableau 13 : Comparaison de l'étude réalisée au CHRSO avec la littérature

La répartition du type d'EM dans notre étude (indiquée dans le graphique n°12 de la partie II.D.4) est globalement identique à celle retrouvée dans la littérature (47,87,89–91). Tout comme dans les études de Abbes et al. (2021), Saint-Germain et al. (2016) et Boissinot et al. (2014), les principales DNI rencontrées étaient des omissions de médicaments par le prescripteur.

Dans ces quatre études, le service de soins concerné est la gériatrie. Les patients y sont davantage polymédiqués et fragiles avec un risque d'oubli de reprise du traitement important.

Résultats des différentes études :	<u>Etude présentée dans ce mémoire (CHRSO)</u>	<u>Abbes et al. Centre gériatrique de Marseille (2021) (90)</u>	<u>Saint-Germain et al. CHU Amiens (2016) (87)</u>	<u>Boissinot et al. Hôpital Joffre-Dupuytren (2014) (91)</u>
Service de soins :	Gériatrie	Gériatrie	Gériatrie	Gériatrie
Taux d'omissions de médicaments :	58%	76%	56%	56%
Taux d'erreur de posologie, dosage ou fréquence :	21%	22%	24%	33%

Tableau 14 : Comparaison avec la littérature des principaux types d'EM retrouvés

d. Méthode de priorisation

i. Critères de priorisation utilisés

Malgré l'investissement en ressources humaines et matérielles et la nette évolution du nombre de CM réalisées, le taux de patients prioritaires conciliés reste encore faible (28%). Seulement 15% (18/120) des patients conciliés étaient prioritaires, alors que 13% (64/507) des admissions en gériatrie l'étaient. Aucune différence significative n'est constatée ($p=0.487$).

La méthode choisie était que le PPH soit autonome dans le choix du patient à concilier. L'intérêt était d'être réactif dans le choix du patient à concilier sans devoir attendre l'aval du pharmacien. Généralement, les patients ayant une admission plus récente étaient les premiers à être conciliés, au détriment des patients jugés prioritaires avec une admission plus ancienne. A cela s'ajoutait la volonté de satisfaire les demandes médicales. Ces demandes se faisaient au delà des critères de priorisation initiaux. Par exemple, elles pouvaient être sollicitées par le prescripteur pour obtenir des informations supplémentaires sur le traitement d'un patient. Une autre raison pouvait être une interrogation de celui-ci.

Au fur et à mesure de l'étude, l'activité couvrait un plus large panel de patients moins âgés et moins polymédiqués. Le nombre de lignes de traitement et de DNI par patient a diminué, d'où la baisse en février de l'indicateur qui la synthétise.

Parmi la population étudiée lors de cette étude, si nous élargissons le critère âge à « >85 ans » au lieu de « ≥90 ans », le taux de patients prioritaires conciliés aurait été de 29% (36/125) : soit un point de plus que notre méthode actuelle qui possède des critères plus restreints. Pourtant, notre population prioritaire était deux fois moins importante (64 vs 125).

Ces critères reflètent mal notre investissement et ne sont donc plus adaptés à notre pratique. La méthode de priorisation doit donc être actualisée afin d'améliorer ce taux.

ii. Proposition d'une nouvelle méthode

En février, près d'un tiers des CM faisaient suite à une demande de la part des gériatres. Ces demandes se sont manifestées soit oralement par un appel téléphonique ou dans le service, soit par écrit dans les observations médicales.

Au total, 11 demandes de CM ont été sollicitées par les gériatres. Toutes ont été réalisées (100%). Les patients concernés ont présenté en moyenne 2.2 DNI alors que sur l'ensemble des CM étudiées ce taux est de 1,5 DNI. Parmi ces 24 DNI interceptées, 75% (18) ont été corrigées par le prescripteur soit 8 points de plus que sur l'ensemble de l'étude ($p=0.442$). Le taux de patients avec au moins 1 DNI corrigée a été de 91% (10/11) alors qu'il était de 53% dans l'ensemble de la population conciliée.

Ces données laissent suggérer qu'en priorisant ce type de demande, les avantages suivants peuvent en résulter :

- DNI plus détectables,
- Majoration de l'acceptation des IP,
- Augmentation du taux de patients présentant des DNI corrigées.

Toutefois l'échantillon est trop faible (11 patients) pour le comparer avec la population totale conciliée afin de valider cette hypothèse. Elle pourrait être confirmée par la suite avec un échantillon plus représentatif.

Si tel est le cas, afin de faire progresser le taux de patients prioritaires conciliés, il pourrait être judicieux que les patients ayant une sollicitation médicale soient ceux jugés prioritaires.

e. Formation des préparateurs

Ce travail a permis d'inclure 7 PPH dans une nouvelle activité qui les engagent dans la pharmacie clinique. La formation interne des PPH s'est déroulée en situation de simulation puis en conditions réelles. Cela a eu pour bénéfice de les faire interagir avec les logiciels et outils de l'établissement, et de les exercer directement sur leur prochain lieu d'activité.

Les formations réalisées par un organisme extérieur, proposées au niveau national, auraient nécessité d'adapter leurs acquis sur leur lieu d'exercice. De plus, les dates de formation proposées ne permettaient pas d'impliquer les PPH dès le mois de juin. La journée de formation encadrée par le CNEH en octobre a cependant permis de consolider les compétences de 2 PPH. D'autres participants dont des médecins et infirmiers étaient présents. En mars 2022, après la période d'étude, 2 autres PPH (sur les 7 habilités) ont participé à une deuxième journée de formation du CNEH.

Aucun jugement clinique n'était nécessaire à la réalisation du BMO. Les PPH pouvaient mettre à profit leurs connaissances en réalisant une préanalyse pharmaceutique de ce dernier.

Tous les participants ont été habilités après évaluation par le responsable de l'activité. Les données précédentes comparées à la littérature confortent le fait que notre formation était suffisante.

f. Implication et encadrement des préparateurs

Le temps pharmaceutique engagé pour réaliser l'activité quotidienne est un facteur limitant. L'objectif majeur de ce projet, qui était de développer la CM par l'implication du PPH a été accompli.

Il s'agit d'une ressource humaine pérenne de l'établissement possédant de solides connaissances sur les médicaments. Contrairement aux étudiants en pharmacie, il ne sera pas nécessaire de renouveler la formation à la CM à chaque trimestre ou semestre. Le temps investi dans la formation des PPH est bénéfique puisque la hausse d'activité s'est accompagnée d'une qualité de travail équivalente aux années précédentes. Le temps pharmacien récupéré dans l'étape de recueil des informations est redistribué dans l'encadrement de l'activité, l'analyse et la correction des divergences auprès du prescripteur.

La CM a pu être assurée quotidiennement par le positionnement d'un binôme PPH – pharmacien/interne sur l'activité. Ce maillon supplémentaire dans le processus de la CM nécessite une bonne communication au sein du binôme.

Les intérêts retrouvés dans cette étude sont une progression de l'activité, une revalorisation du rôle du PPH, la diversification de ses activités, et la création d'un lien durable et efficient avec les services de soins.

Les sources de motivation des PPH ayant permis de s'impliquer dans la pharmacie clinique sont représentées dans le schéma ci-dessous (liste non exhaustive) :

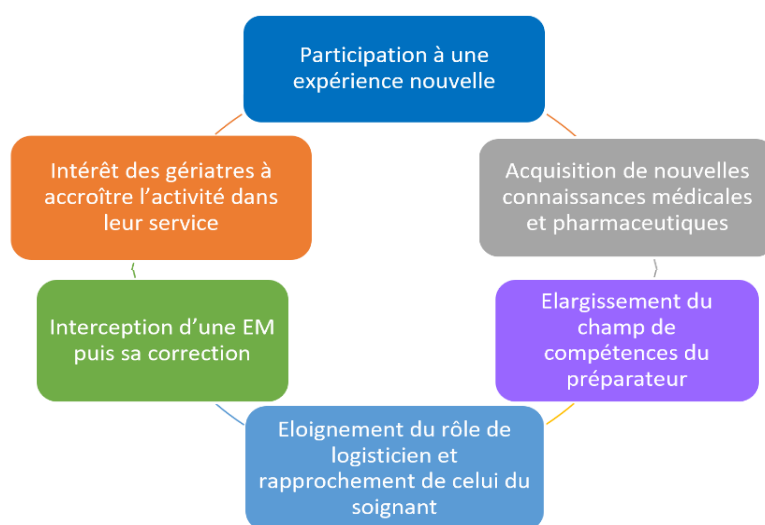


Figure 8 : Principales sources de motivation des préparateurs du CHRSO à participer à la pharmacie clinique

Le retour d'expérience positif des premiers PPH participants a permis d'en intégrer d'autres au fur et à mesure. D'ailleurs, un PPH a fait part de son expérience lors d'une présentation de notre activité aux étudiants du CFPPH de Lille.

Afin de maintenir cette motivation, tous étaient tenus informés des suites de la CM, en particulier lors de la correction des DNI interceptées. L'étroite collaboration avec le pharmacien a été perçue comme rassurante par les PPH.

Certains avaient acquis au préalable une expérience officinale. Pour ces derniers, il a été ressenti par l'encadrement que les points suivants ont été facilités :

- La relation avec le patient et sa famille ;
- Le contact avec les autres professionnels de santé ;
- La lecture des ordonnances manuscrites.

2. Difficultés rencontrées

L'effectif PPH restant identique, cette nouvelle activité ne devait pas se réaliser au détriment des autres activités pharmaceutiques. Par ailleurs, la CM était parfois mise en suspend lorsque la charge de travail imposait une priorisation de certaines missions pharmaceutiques comme la distribution, le poste du guichet ou la DDN. Cela pose évidemment problème en cas de demande médicale. Si nécessaire, la réalisation du BMO pouvait être réalisée par l'interne en pharmacie. En cas d'empêchement, le service de gériatrie était averti de l'arrêt momentané de l'activité. Ces aléas étaient davantage présents jusqu'au mois de décembre pour les raisons suivantes :

- Mise en place d'une nouvelle activité (phase test) ;
- Périodes de formation des PPH à la PUI ;
- Changement de cadre de santé à la PUI en septembre puis en janvier entraînant une difficulté de planification des tâches des PPH.

Une comparaison du bilan d'activité des premiers mois de l'étude avec celui de la littérature a été faite en décembre 2021. Le nombre de CM était en deçà des autres études par rapport au nombre d'ETP consacrés. Dès janvier 2022, ce bilan a été présenté lors d'une réunion de service, et l'encadrement a exprimé sa volonté de maintenir l'évolution de la CM en gériatrie. Il a alors été notifié aux PPH qu'ils devaient réaliser une autre conciliation dès que la précédente était finalisée. L'ajout du vendredi après-midi (soit un total de 0,5 ETP) a également été décidé afin de proposer l'activité en continue quotidiennement.

Au cours de la formation théorique, les PPH ont eu le sentiment que le processus de CM était complexe, et une appréhension des PPH s'est faite ressentir. La principale cause était l'inquiétude d'être au contact direct avec le patient et sa famille. Les différents entretiens réalisés au côté de l'interne / pharmacien, ont permis de les accoutumer. A cela, une écoute par le pharmacien a été nécessaire afin de les rassurer et de les rendre confiants.

Le PPH est un maillon supplémentaire qui nécessite l'ajout d'une étape de transmission des informations entre le PPH et le pharmacien. Cet échange peut être à l'origine d'une perte d'éléments obtenus lors de l'étape de recueil. Une traçabilité écrite de ces informations étaient alors essentielle.

La manière de réaliser le BMO était parfois hétérogène entre les intervenants, tant sur le temps de sa réalisation que sur la qualité et l'exhaustivité des informations recueillies. Un rappel sur le recueil, la synthèse des informations et la rédaction du BMO a été fait auprès de chaque participant afin d'uniformiser la pratique.

Par ailleurs, les médecins ne tracent pas de façon systématique dans le dossier patient les sources déjà contactées et les informations préalablement obtenues. Cela entraînait parfois, un double appel aux officines, qui remettait alors le PPH en question dans son rôle.

Plusieurs d'entre eux ont émis leur volonté de réaliser des CM en mode proactif, dès l'entrée aux urgences, afin d'apporter les informations en amont et être plus pertinent. Cependant,

contrairement au service de gériatrie, celui des urgences n'était pas demandeur de cette activité. Cette mise en place nécessiterait de réadapter notre processus, afin d'être plus réactif en raison du court passage des patients dans cette structure d'urgence et du repérage de ceux qui seront hospitalisés.

3. Biais et limites de l'étude

a. Biais de l'étude

La période 2020-2021 précédant notre étude a été fortement perturbée lors des différents confinements liés à la COVID 19. Cette perturbation a entraîné une interruption temporaire de l'activité et est à l'origine de la diminution du nombre de CM réalisées par rapport à la période 2019-2020. Il est alors plus pertinent de prendre en compte la comparaison de notre étude avec la période d'avant crise.

La méthode de comptage pour déterminer le temps de réalisation de la CM était différente par rapport aux années précédentes. Le PPH débutait le comptage de réalisation du BMO dès le choix du patient à concilier jusqu'à la traçabilité informatique de celui-ci. Puis, le temps d'analyse des divergences, la transmission au prescripteur jusqu'à la saisie informatique des indicateurs sur un tableur Excel® étaient comptabilisés. Alors qu'auparavant, le pharmacien ne comptabilisait que le temps passé dans le service de soins. Le choix du patient, les déplacements entre services, la ressaisie informatique, et la traçabilité des indicateurs étaient alors exclus du comptage.

La durée de réalisation du BMO était extrêmement variable pour les raisons suivantes : l'attente téléphonique, le délai de réception des informations, les interruptions de tâches et la méthode de comptage réellement utilisée.

Qu'il soit réalisé par le PPH ou le pharmacien, il a été considéré, que le temps de réalisation du BMO était approximativement entre 1H et 1H30. Contrairement aux années précédentes, il faut ajouter le temps de validation du BMO et de finalisation de la CM par le 2^e intervenant (Interne ou pharmacien) estimé à 20 minutes par CM.

La coopération et la confiance inter-services ont été renforcées grâce à la présence quotidienne de l'équipe pharmaceutique, l'amélioration de l'échange d'informations et l'implication d'un nouveau médecin en faveur de la conciliation. Cela a participé à l'amélioration de l'indicateur « taux de DNI corrigées » par rapport aux années précédentes.

Cette nouvelle organisation doit également prendre en compte le temps consacré aux processus suivants : préparation et déroulement de la formation, organisation et encadrement de l'activité. Ce travail étant lié à un mémoire de fin d'études, une ressource supplémentaire, interne en pharmacie, était donc disponible pour permettre la formation des PPH et l'encadrement de la CM tout au long de la période étudiée.

b. Limites de l'étude

Afin que la fiche de CM soit disponible à tout moment pour le prescripteur, celle-ci était ressaisie dans le dossier patient informatisé grâce aux modules intégrés. Cette retranscription à partir de la fiche papier est un risque d'erreur et est chronophage. De plus, la visualisation de

ce module n'est pas optimale. Cette problématique constitue une limite technique de la plupart des LAP.

Le prescripteur ne reçoit aucune notification de cet enregistrement et une manipulation supplémentaire de sa part est nécessaire pour avoir accès au contenu. Malgré l'existence de ce module dédié, la communication via l'ajout du commentaire sur la prescription en cours a été plus efficiente. En effet, le prescripteur a accès à l'ensemble du BMO en restant sur la prescription du patient.

Le traçage dans les observations médicales des modifications apportées par le gériatre suite à la CM n'était pas systématique. L'acceptation ou non des IP par le prescripteur était parfois mal définie. Cela nous mettait alors en difficulté dans l'interprétation de son devenir.

La plupart des PPH ne disposaient pas d'adresse mail nominative. L'absence d'adresse mail de référence dédiée à la réception des ordonnances engendrait un délai supplémentaire dans l'étape de recueil. En effet, le PPH devait s'assurer de l'ouverture du secrétariat de la PUI, ou s'assurer de la présence effective du pharmacien pour lequel le mail était destiné.

Dans le cas où le taux de turn-over des PPH est important, cela obligerait à remettre en place des séances de formations des nouveaux arrivants.

4. Perspectives

Entre mars et avril 2022, 55 CM supplémentaires ont pu être réalisées (arrivant au total à 175 CM en 11 mois), avec un 8^e PPH intégrant le pool habilité. Ces données confirment le maintien de la dynamique relevée depuis janvier 2022.

Suite à cette évolution d'activité, la cartographie des risques liés à la PECM concernant la CM peut être actualisée. L'amélioration du processus doit se poursuivre afin de trouver un levier à chaque frein rencontré. Afin d'être plus efficient dans nos recherches d'informations, il serait intéressant d'avoir accès aux données médicales de « Mon espace santé ». Cet outil, en cours de déploiement, pourrait alors être une source d'information clé lors de la CM.

Il serait envisageable de réaliser une réunion annuelle entre l'équipe pharmaceutique et l'unité de soins afin de discuter d'éventuelles difficultés et points d'améliorations à apporter.

Une démarche de cotation collégiale (entre médecin et pharmacien), pour caractériser la gravité potentielle des conséquences de l'EM, pourrait être réalisée afin de mieux évaluer notre impact dans la prise en charge du patient.

Dans le cas où l'activité continue de se développer, l'ensemble des admissions en gériatrie pourraient être inclus dans cette démarche de conciliation.

L'extension de l'activité à d'autres services de soins que la gériatrie est une piste à étudier. A ce jour, l'intégralité du processus de CM de l'admission à la sortie n'est pas aboutie. Pour le moment, seule la CM d'entrée est réalisée. L'idéal serait d'y associer la CM de sortie afin d'avoir un partage d'informations réciproque entre l'hôpital et l'officine. Toutefois, le temps pharmaceutique engagé, les problèmes techniques, et la réactivité restent des facteurs limitants, ce qui rend complexe la réalisation de ces perspectives.

III. Conclusion

L'intégration des PPH dans la pharmacie clinique est encore marginale en France. Elle s'intègre de plus en plus dans la formation initiale du pharmacien mais également du PPH. Cette étude permet d'apporter une expérimentation supplémentaire de leur implication dans la conciliation médicamenteuse.

Leur implication participe à la valorisation de leur statut et leur fait développer des connaissances médicales et médicamenteuses. Ils mettent à profit leur qualité de professionnel du médicament et participent directement à la prévention de la iatrogénie et des EM par l'interception des DNI.

Après formation interne, entre juin 2021 et février 2022, 7 PPH ont été habilités successivement à la réalisation du BMO. Au total, près de la moitié de l'équipe de préparateurs a participé à la CM. Dès janvier 2022, la CM a pu être assurée quotidiennement grâce à leur implication.

Les PPH n'avaient aucune expérience dans ce domaine. Afin de permettre leur déploiement, une formation et un compagnonnage avec le pharmacien était systématiquement réalisés jusqu'à prise d'autonomie complète du PPH. Une campagne de communication a été entreprise afin d'apporter un terrain favorable au projet, limiter les difficultés et faire connaître l'intérêt de la CM. Elle s'est faite auprès des autres parties prenantes telles que le service de gériatrie et les pharmacies de ville.

La méthode de priorisation initiale n'est plus adaptée à notre pratique. L'augmentation des sollicitations médicales présage une évolution dans le choix des critères. Il pourrait être judicieux que les patients auxquels une CM est souhaitée par le prescripteur soient ceux jugés prioritaires.

La comparaison avec les années précédentes montre la hausse d'activité en termes de CM réalisées tout en conservant une qualité de réalisation comparable. Le nombre de DNI relevées par patient et le taux d'acceptation des IP sont similaires à ceux issus de la littérature impliquant des pharmaciens, internes ou externes.

Compte tenu des résultats pertinents, la réalisation du BMO par les PPH est l'un des moyens permettant de développer la CM. Ce travail démontre que les PPH ont leur place au côté des pharmaciens dans la pharmacie clinique.

Cette évolution des pratiques semble essentielle pour permettre le développement de la pharmacie clinique dans le territoire national.

IV. Références bibliographiques

1. Glossaire [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/glossaire/>
2. SFPC. Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse. Paris: SFPC; 2006.
3. DRESS. Les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité. mai 2011;
4. Ankri J. IATROGENIC DRUG RISK IN ELDERLY PATIENTS. Gerontol Soc. 2002;25103(4):93-106.
5. Chayé H, Bernard M, Tubéry M, Rousseau V, Ecoiffier M, Montastruc JL, et al. Réhospitalisations d'origine médicamenteuse : étude pilote dans un service de post-urgences médicales d'un hôpital universitaire français. Rev Médecine Interne. 1 juill 2015;36(7):450-6.
6. Drug-Related Readmissions to Medical Units of Older Adults Discharged from Acute Geriatric Units: Results of the Optimization of Medication in AGEd Multicenter Randomized Controlled Trial - Bonnet-Zamponi - 2013 - Journal of the American Geriatrics Society - Wiley Online Library [Internet]. [cité 22 déc 2021]. Disponible sur: <https://agsjournals-onlinelibrary-wiley-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/doi/10.1111/jgs.12037>
7. Initiative des HIGH 5s Medication Reconciliation - Rapport d'expérimentation sur la mise en oeuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français [Internet]. p. 125. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-11/rapport_dexperimentation_sur_la_mise_en_oeuvre_conciliation_des_traitements_medicamenteux_par_9_es.pdf
8. Lexique de la Pharmacie Clinique 2021. Pharm Hosp Clin. juin 2021;56(2):119-23.
9. Thériaque et Synapses - 2021 - Livre blanc conciliation médicamenteuse synapse.pdf.
10. Dufay E, Morice S, Dony A, Baum T, Doerper S, Rauss A, et al. The clinical impact of medication reconciliation on admission to a French hospital: a prospective observational study. Eur J Hosp Pharm Sci Pract. juill 2016;23(4):207-12.
11. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink DN, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. Arch Intern Med. 28 févr 2005;165(4):424-9.
12. Pippins JR, Gandhi TK, Hamann C, Ndumele CD, Labonville SA, Diedrichsen EK, et al. Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. J Gen Intern Med. sept 2008;23(9):1414-22.
13. Gleason KM, McDaniel MR, Feinglass J, Baker DW, Lindquist L, Liss D, et al. Results of the Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) study: an analysis of medication reconciliation errors and risk factors at hospital admission. J Gen Intern Med. mai 2010;25(5):441-7.
14. HAS. 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 soin [Internet]. 2018 [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf
15. Note d'information DGOS/PF2/2015/65 [Internet]. [cité 22 déc 2021]. Disponible sur: http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/4222/4230.PDF
16. Conciliation des traitements médicamenteux – Prévenir les erreurs [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 5 août 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974294/fr/conciliation-des-traitements-medicamenteux-prevenir-les-erreurs

17. 20150309_instruction-DGOS_Enquête-nationale-déploiement-de-la-conciliation-médicamenteuse.pdf [Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: https://www.omedit-paysdelaloire.fr/wp-content/uploads/2020/08/20150309_instruction-DGOS_Enqu%C3%AAt-e-nationale-d%C3%A9ploiement-de-la-conciliation-m%C3%A9dicamenteuse.pdf
18. DGOS. Guide_qualite_de_la_prise_en_charge_medicamenteuse.pdf [Internet]. 2012 [cité 9 juill 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_qualite_de_la_prise_en_charge_medicamenteuse.pdf
19. INSTRUCTION N° DGOS/RH4/DGCS/4B/2015/247 du 27 juillet 2015 relative aux orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. - Légifrance [Internet]. [cité 9 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/39936>
20. Société française de pharmacie clinique. Fiche mémo - Préconisations pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux [Internet]. 2015 [cité 5 août 2021] p. 16. Disponible sur: <https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/08/FicheMemoConciliationMedicamenteuseSFPC.pdf>
21. Webinaire-CAQES_9122021_vff.pdf [Internet]. [cité 27 déc 2021]. Disponible sur: https://omedit-hdf.arshdf.fr/wp-content/uploads/2021/12/Webinaire-CAQES_9122021_vff.pdf
22. Article 81 - LOI n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 (1) - Légifrance [Internet]. [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031664488
23. 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.
24. Article L162-30-2 - Code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. [cité 1 sept 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041398036/
25. Conciliation médicamenteuse textes références.pdf [Internet]. ADIPH. [cité 9 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.adiph.org/ressources/wiki-adiph/qualite-gestion-des-risques/conciliation-medicamenteuse>
26. Inspection Générales des Affaires Sociales. Le circuit du médicament à l'hôpital [Internet]. 2011 [cité 2 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/114000684.pdf>
27. SFPC. Bonnes Pratiques de Pharmacie Clinique 2022 [Internet]. 2022 [cité 23 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.adiph.org/ressources/referentiels#medicaments/bonnes-pratiques-de-pharmacie-clinique-sfpc-2022>
28. Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur. mai 17, 2021.
29. Décret n° 2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux pharmacies à usage intérieur. 2019-489 mai 21, 2019.
30. Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel - Légifrance [Internet]. [cité 9 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000032922455/>
31. Section 1 : Conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social (Articles R1110-1 à D1110-3-4) - Légifrance [Internet]. [cité 9 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000032924980/2016-07-23>
32. Article R1112-1-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 9 juill 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032924480
33. Sous-section préliminaire : Missions pouvant être exercées par les pharmaciens d'officine (Articles R5125-33-5 à R5125-33-9) - Légifrance [Internet]. [cité 9 juill 2021]. Disponible sur:

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000023824207?init=true&page=1&query=R.+5125-33-5&searchField=ALL&tab_selection=all&anchor=LEGIARTI000043571870#LEGIARTI000043571870

34. dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf [Internet]. [cité 10 janv 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf
35. Accueil ACT-IP [Internet]. [cité 21 déc 2021]. Disponible sur: <http://www.actip.sfpc.eu/actip/index/ficheip>
36. Juste M. Recommandation de bonne pratique en pharmacie clinique. Analyse d'ordonnance et niveaux d'analyse pharmaceutique. Pharm Hosp Clin. déc 2012;47(4):293-5.
37. Referentiels-prof-et-textes-reglementaires.pdf [Internet]. [cité 10 janv 2022]. Disponible sur: <http://cfdc.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/233/files/2021/06/Referentiels-prof-et-textes-reglementaires.pdf>
38. Le diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière [Internet]. Gestions Hospitalières. 2017 [cité 10 janv 2022]. Disponible sur: <https://gestions-hospitalieres.fr/diplome-de-preparateur-pharmacie-hospitaliere/>
39. Préparateur en pharmacie - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/preparateur-en-pharmacie>
40. Impact d'une formation régionale sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse [Internet]. 2021 [cité 25 juin 2021]. Disponible sur: <https://mediatheque.synprefh.cym.com/mediatheque/media.aspx?mediaId=82123&channel=23854>
41. Michel F, Bourgeois G, Dupuis C, Guillard P, Fauchon A, Arsène M, et al. Formation en réalité virtuelle à la conciliation médicamenteuse : un outil de simulation efficace ? [Internet]. Journées nationales de Formation - Association Nationale des Préparateurs en Pharmacie; 2019; Paris. Disponible sur: <https://anpph.fr/galerie-des-posters/>
42. WikiADIPH® [Internet]. [cité 7 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.adiph.org/ressources/wiki-adiph/qualite-gestion-des-risques/conciliation-medicamenteuse>
43. Formation OMEDIT [Internet]. [cité 11 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.omedit-normandie.fr/evenements-formations/formations/formations,2177,2818.html>
44. EPU Comprendre et pratiquer la conciliation médicamenteuse - Faculté de pharmacie [Internet]. [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: <https://pharmacie.univ-lille.fr/formation-continue/programmes-inscriptions/perfectionnements-enseignements-post-universitaires-eu/eu-comprendre-et-pratiquer-la-conciliation-medicamenteuse>
45. SFPC. SFPC PPH Programme-de-formation-CONCILIATION-DES-TRAITEMENTS-MEDICAMENTEUX-CTM-20210330.pdf [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://sfpc.eu/>
46. HAS - Certification des établissements de santé pour la qualité des soins [Internet]. [cité 22 avr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/referentiel_certification_es_qualite_soins.pdf
47. HAS. « Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé » : Évaluation de son implémentation. 2020 p. 8.
48. SFPC GT PEP'S. Sondage sur les activités de pharmacie clinique exercées par les préparateurs en pharmacie [Internet]. 2021 [cité 10 janv 2022]. Disponible sur: <https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2021/07/EnquetePreparateurs2021.pdf>
49. Léandro F. Conciliation médicamenteuse, une place à prendre. Monit Pharm [Internet]. 2018 [cité 10 janv 2022];Porphyre(543). Disponible sur:

<https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/porphyre/article/n-543/conciliation-medicamenteuse-une-place-a-prendre.html>

50. Real L, Pottier M, Mainil S. Mise en place d'une équipe mobile d'IDE pour la conciliation médicamenteuse : ecueils, intérêts et perspectives [Internet]. HOIPHARM 2020; 2021 juin 25 [cité 25 juin 2021]. Disponible sur: <https://mediatheque.synprefh.cyim.com/mediatheque/media.aspx?mediald=82044&channel=23854>
51. Lazaro P, Sury-Lestage S, Princet I, Beuzit K, Faucher-Grassin J, Dupuis A. Partage d'expérience : les équipes pharmaceutiques mobiles à l'hôpital, un concept qui fait ses preuves ! Ann Pharm Fr. sept 2013;71(5):364-8.
52. Duwez M, Valette A, Foroni L, Allenet B. Implication du préparateur en pharmacie hospitalière dans le déploiement de la conciliation des traitements médicamenteux en France : représentations et engagement des préparateurs. Ann Pharm Fr. mars 2019;77(2):168-77.
53. Yailian AL, Gandon F, Alonso V, Croze S, Koehler JP, Crepet B, et al. Le préparateur en pharmacie hospitalière : un collaborateur de l'équipe paramédicale au sein des services de soins. Pharm Hosp Clin. avr 2021;S2211104221000448.
54. Raoult M. Exploration du vécu d'une équipe de préparateurs sollicités pour intégrer une activité de pharmacie clinique. [Internet]. 2020 [cité 6 juill 2021]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Pharma/2020/2020LILUE062.pdf
55. Maurer C, Walther J, Roy S, Quoirin E, Gayol P, Bilbault P, et al. Conciliation médicamenteuse en unité d'hébergement de courte durée : état des lieux pour une meilleure priorisation des patients. Pharm Hosp Clin. juin 2020;55(2):117-26.
56. Dalil S, Boujandir F, Chansiaux DC. Conciliation médicamenteuse: rôle du PPH au plus près du patient ! [Internet]. ANPPH; 2019. Disponible sur: <https://anpph.fr/wp-content/uploads/2019/04/044-conciliation-medicamenteuse.pdf>
57. Emilie D, Alexis L, Didier L. Conciliation médicamenteuse d'entrée par les préparateurs en pharmacie hospitalière : Bilan à 6 mois d'activité [Internet]. HOIPHARM; 2021 [cité 18 avr 2022]. Disponible sur: <http://mediatheque.synprefh.cyim.com/mediatheque/media.aspx?mediald=102922&channel=23854>
58. Morlet B, Varrain V. Collaboration Préparateur-Pharmacien-Médecin à l'entrée du patient, Établissements de Santé Baugeois Vallée, Baugé [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.omedit-paysdelaloire.fr/wp-content/uploads/2021/01/COLLABORATION-PPH-PHARMACIEN-MEDECIIN.pdf>
59. Qualva. Communications [Internet]. Qual'Va. [cité 22 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.qualva.org/communications/>
60. Chevrot K, Distani L, Guiraud S. QUAND LE BINÔME PPH/PHARMACIEN DEVIENT PLUS FORT. ANPPH; 2018.
61. Chazal s, Leplay C, Huel L, Bezie Y, Renet S. Réorganisation du circuit du médicament en gériatrie au profit de la pharmacie clinique. JNF - ANPPH; 2016.
62. Poret sylvie, Durand L, Roy S. Pour déployer la conciliation médicamenteuse faites appel aux PPH ! ANPPH;
63. Lacomme C, Collart C, Lortal B. PLACE DU PREPARATEUR DANS LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE AUX ESSAIS CLINIQUES. ANPPH; 2018.
64. Ma santé 2022 : un engagement collectif - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
65. Darbon F, Atkinson S, Bourassa É, Bédard P, Thibault M, Bussièrès JF. Enquête québécoise sur la démarche du bilan comparatif des médicaments. Pharmactuel. 30 juin 2019;52(2):110-20.

66. Required Organizational Practices Handbook 2020 [Internet]. Boutique Virtuelle - Agrément Canada. [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: <https://store.accreditation.ca/products/required-organizational-practices-handbook-2017-version-2>
67. Vallier E, Leguelinel-Blache G, Lebel D, Bussières JF. Caractère raisonnable des paramètres entourant la pratique pharmaceutique :  tude exploratoire. *Pharm Hosp Clin.* sept 2019;54(3):250-62.
68. Roland C, Guérin A, Bussière JF. Préparateurs en pharmacie hospitalière en France et au Québec :  tude comparative de la formation et de l'activité. *EM-Consulte* [Internet]. 2017 [côté 4 mai 2022]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1122847>
69. Johnston R, Saulnier L, Gould O. Best possible medication history in the emergency department: comparing pharmacy technicians and pharmacists. *Can J Hosp Pharm.* sept 2010;63(5):359-65.
70. ISMP Canada. LE BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS EN SOINS AIGUS - Trousse de départ [Internet]. 2017 [côté 15 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ismp-canada.org/download/MedRec/MedRec-AcuteCare-GSK-FR.pdf>
71. Michels RD, Meisel SB. Program using pharmacy technicians to obtain medication histories. *Am J Health Syst Pharm.* 1 oct 2003;60(19):1982-6.
72. Chan C, Woo R, Seto W, Pong S, Gilhooly T, Russell J. Medication reconciliation in pediatric cardiology performed by a pharmacy technician: a prospective cohort comparison study. *Can J Hosp Pharm.* f vr 2015;68(1):8-15.
73. Leung M, Jung J, Lau W, Kiaii M, Jung B. Best Possible Medication History for Hemodialysis Patients Obtained by a Pharmacy Technician. *Can J Hosp Pharm.* 2009;62(5):386-91.
74. Remtulla S, Brown G, Frighetto L. Best Possible Medication History by a Pharmacy Technician at a Tertiary Care Hospital. *Can J Hosp Pharm* [Internet]. 24 sept 2009 [côté 19 mai 2021];62(5). Disponible sur: <http://www.cjhp-online.ca/index.php/cjhp/article/view/828>
75. Centre hospitalier Centre Hospitalier de la Région de Saint-Omer (Saint-Omer) – Fédération Hospitalière de France (FHF) [Internet]. [côté 19 mai 2022]. Disponible sur: https://etablissements.fhf.fr/annuaire/hopital-fiche.php?id_struct=1679
76. Le Centre Hospitalier et ses équipes | CH Saint-Omer [Internet]. Centre Hospitalier de la Région de Saint-Omer. [côté 27 avr 2022]. Disponible sur: <https://ch-saintomer.fr/presentation-centre-hospitalier/>
77. Circulaire n 139 du 20 juillet 1951 relative au fonctionnement des pharmacies hospitalières (achat, contrôle, conservation et délivrance des médicaments).
78. Batard E, Montassier E, Potel G. Le risque iatrogénique lié au service des Urgences [Internet]. *Urgences SFMU*; 2014 p. 6. Disponible sur: sfmu.org
79. Carpentier F, Maignan M. Iatrogénie aux urgences [Internet]. *Urgences SFMU*; p. 15. Disponible sur: https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2015/donnees/pdf/032.pdf
80. Coordination CRPV de Bordeaux. EMIR : Effets indésirables des Médicaments : Incidence et Risque, sur les hospitalisations liées à un effet indésirable médicamenteux. 2007.
81. Les anticoagulants en France en 2014 : Etat des lieux, synthèse, et surveillance [Internet]. ANSM; 2014 avr p. 22. Disponible sur: archivesansm.integra.fr
82. Von Korff M, Wagner EH, Saunders K. A chronic disease score from automated pharmacy data. *J Clin Epidemiol.* 1 févr 1992;45(2):197-203.

83. guide-d-utilisation-outils-de-priorisation-en-pharmacie-clinique-version [Internet]. Omedit Normandie; 2018 avr. Disponible sur: <https://www.omedit-normandie.fr/media-files/12223/guide-d-utilisation-outils-de-priorisation-en-pharmacie-clinique-version-avril-2018-1-.pdf>
84. Leroy M. Communication sur la conciliation médicamenteuse du professionnel de l'hôpital au grand public [Note de situation du module n08 pour l'obtention du diplôme de PPH]. CHU Lille; 2022.
85. Mafeudjeu C, Fourtage M, Gourieux B. N° 00079 : Bilan de 4 mois de conciliation médicamenteuse d'entrée dans un service de court séjour gériatrique [Internet]. 2021 [cité 19 avr 2022]; HOPIPHARM Lyon. Disponible sur: https://www.synprefh.org/sites/www.synprefh.org/files/medias/file/espace-congres/hopipharm/hopi2021_resumes-communications.pdf
86. CHATELET JN. Evaluation de l'impact clinique de la présence pharmaceutique dans le service de court séjour gériatrique au Centre Hospitalier d'Armentières [Internet]. Université de Lille 2 - Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille; 2016 [cité 18 avr 2022]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Pharma/2016/2016LIL2E092.pdf
87. Saint-Germain P, Ruelle M, Mary A, Sid Idris S, Hannat S, Pelloquin N, et al. Impact clinique des divergences de traitement constatées chez 200 patients conciliés dans un service de gériatrie aiguë. Rev Médecine Interne. 1 oct 2016;37(10):667-73.
88. Médicaments délivrés par les pharmacies de ville par classe ATC - Medic'AM - en 2022 (série labellisée) | L'Assurance Maladie [Internet]. [cité 15 mai 2022]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/medicaments-classe-atc-medicam-2022>
89. Pierron E. La conciliation des traitements médicamenteux, une innovation dans les pratiques professionnelles: de l'implantation à l'évaluation de l'impact clinique. FACULTE DE PHARMACIE DE NANCY; 2014.
90. Abbes M, Papailhau C, Robert V, Naudet D, Grino M, Vincentelli MB. Étude observationnelle de facteurs prédictifs d'erreurs médicamenteuses et de critères de priorisation en conciliation médicamenteuse gériatrique. Ann Pharm Fr [Internet]. juill 2021 [cité 8 sept 2021]; Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003450921000997>
91. Boissinot L, Bachalat N, Perrier-Cornet E, Leglise P, Huchon-Bécel D. Conciliation des traitements médicamenteux en gériatrie : Pertinence et faisabilité. Pharmactuel [Internet]. 2014 [cité 26 avr 2022];47(2). Disponible sur: <https://pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/view/954>

V. Annexes

Annexe 1 : Cartographie des risques de 2020 liés à la PECM – conciliation médicamenteuse

Cartographie des risques liés à la prise en charge médicamenteuse du patient									
Type de risque	Facteurs de risque	Causes identifiées	Actions déjà en place	Gravité 1 = Mineure (sans préjudice) 2 = Significative (Préjudice temporaire) 3 = Majeure (incident avec impact) 4 = Critique (Conséquences graves) 5 = Catastrophique (conséquences très graves)	Fréquence 1 = Exceptionnel (C'est la 1ère fois que ça arrive) 2 = Rare (Cela arrive 1 à 2 fois par an) 3 = Occasionnel (Cela arrive 1 à 2 fois par trimestre) 4 = Fréquent (Cela arrive 1 à 2 fois par semaine) 5 = Quotidien (Cela arrive tous les jours)	Criticité (Gravité * Fréquence)	Maîtrise du risque 1 = On sait faire face, bonne maîtrise 2 = On a tout prévu 3 = On est en alerte 4 = On découvre le risque 5 = On ne sait pas faire	Criticité * Maîtrise du risque	Actions à mettre en œuvre (précisez court / moyen / long terme)
Conciliation	Communication	Absence de communication interne	Communication aux différentes institutions	2	1	2	1	2	Retour de l'activité en commission/retour d'information aux services
		Absence de communication aux patients	Communication sur l'importance de rapporter le traitement personnel ainsi que les prescriptions des différents spécialistes durant la semaine SSPI et communication au niveau du site internet et du livret d'accueil du patient	2	5	10	2	20	Communication à la semaine de sécurité
		Absence de communication ville/hôpital	Communication aux différentes institutions	2	2	4	3	12	Courrier envoyer à la mise en place de l'activité
		Notion connue des soignants	Communication aux différentes institutions Flyer créé et diffusé information dans le livret d'accueil du patient, réunion nouveaux arrivants	3	2	6	1	6	
	Accès aux différentes sources d'informations	Entretien avec le patient	Mise en place de la conciliation dans le service de gériatrie (avec le patient mais souvent la famille)	2	2	4	2	8	Développer le concept dans d'autres services
		Entretien avec les proches	Mise en place de la conciliation dans le service	2	2	4	2	8	Développer le concept dans d'autres services
		Entretien avec le pharmacien d'officine	Effectuer à chaque conciliation	2	1	2	1	2	
		Entretien avec le médecin traitant	au cas par cas si nécessaire car pas	2	3	6	2	12	
		Lettre du médecin traitant	parfois dans le dossier	2	3	6	2	12	
		Le dossier médical partagé	Pas accès	2	5	10	5	50	
		Dossier pharmaceutique	Non utilisé, information parcellaire, nécessité de la	1	5	5	2	10	
		Médicaments apportés par le patient	Consultés alors que celui est présent	2	2	4	1	4	
		Ordonnance apportées par le patient	Consultés alors que celui est présent	2	2	4	1	4	
		Fiche de liaison de l'établissement d'hospitalisation pour personnes âgées dépendantes	Patients non prioritaires	2	3	6	2	12	
		Entretien ou lettre du médecin spécialiste	Consultés alors que celui est présent	2	2	4	1	4	
		Dossier patient d'une précédente hospitalisation	Consultés alors que celui est présent	2	1	2	1	2	
	Les documents types	Fiche de recueil	créée	1	1	1	1	1	Les données recueillies concernant le traitement personnel du patient sont notifiées dans cora DPI. Adapté les formulaires au nouveau DPI.
		Trame entretien	créée	1	1	1	1	1	
		Fiche de conciliation	créée	1	1	1	1	1	
	Plan de communication ville/hôpital	Pas de communication sur le sujet entre le corps médical et soignant de ville et les praticiens hospitaliers	Le site intranet notifie aux patients qui seront hospitalisés de ramener leur traitement et prescription en cours Communication durant la semaine de sécurité Document dans le livret d'accueil du patient	2	2	4	2	8	
	Institutionnalisation du projet	Pas de prise en compte de cette démarche dans la politique qualité	Présentation du sujet aux différentes institutions Prise en compte dans le plan d'action et dans la politique de la PECM	2	1	2	1	2	
	Organisation de formation pour les professionnels de santé	Pas de possibilité de formation pour les soignants	Prévu en externe	2	5	10	3	30	A prendre en compte dans le plan de formation pluri-annuelle de l'hôpital Mettre à disposition cette formation
		Pas de formation prévue pour le personnel de la PUI	Formation de 5 pharmaciens	2	2	4	3	12	A continuer
		Pas de formation prévue pour les PPH		3	5	15	2	30	Prévu au plan de formation
		Pas de priorisation des patients et situations à risque	Oui et validé institutionnellement, réévaluation en mai 2020	3	1	3	1	3	
		Prise en compte des spécificités du sujet âgé		3	1	3	1	3	

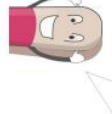
Annexe 2 : Flyer d'information patient « Sécurisons ensemble votre prise en charge médicamenteuse »

Durant mon hospitalisation, je m'assure que mon traitement habituel est pris en compte dans la prescription.



En cas de doute, je n'hésite pas à interpeller l'infirmière(rl).

Soyez attentif aux consignes de l'infirmière pour prendre vos médicaments : heure de prise, laisser fondre sous la langue, etc.



En cas de doute, je n'hésite pas à faire répéter l'infirmière(rl).

Centre Hospitalier de la Région de Saint Omer
route de Blendecques
62570 Helfaut

03.21.88.70.00
www.ch-saintomer.fr

Centre Hospitalier de la Région de Saint Omer

SÉCURISONS ENSEMBLE
votre prise en charge médicamenteuse



Centre Hospitalier de la Région de Saint-Omer
SO-COM-430 — Novembre 2019 — V01

Lors d'une consultation ou d'une hospitalisation, que dois-je prévoir pour mon traitement ?

- J'apporte mes dernières ordonnances et mes médicaments habituels
- Je signale au médecin les médicaments que je prends sans ordonnance (automédication, phytothérapie, etc.)

Si, votre hospitalisation n'étant pas prévue, demander à l'un de vos proches d'apporter vos traitements et ordonnances pour vous.

Que dois-je faire de mes médicaments ?

Je remets tous mes médicaments à l'infirmière(rl) qui s'occupe de mon admission.

Vos médicaments seront soignés à votre nom dans le service de soins et vous seront rendus à votre sortie.

Pourquoi dois-je remettre tous mes médicaments ?

Pendant votre hospitalisation, le médecin adapte votre traitement à votre état de santé. Par conséquent, le nombre, la forme et la présentation des médicaments que l'on vous donne peuvent être différents de votre traitement habituel.

La Conciliation médicamenteuse

C'est quoi la conciliation médicamenteuse ?

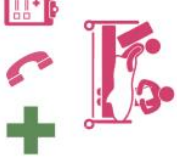
Une démarche qui permet de répertorier tous les médicaments que vous prenez au domicile dans l'objectif :

- ⇒ d'éviter les erreurs
- ⇒ de favoriser la transmission d'informations entre professionnels de santé
- ⇒ d'avoir un traitement bien adapté

Qu'est-ce qui change pour moi lors de mon hospitalisation ?

- ⇒ Un professionnel de santé peut être amené à vous poser des questions sur vos médicaments pour :
- ⇒ établir la liste de **TOUTS** vos médicaments
- ⇒ **vous accompagner sans ordonnance**
- ⇒ connaître la façon dont vous gérez votre traitement

Avec votre accord, il pourra contacter votre pharmacien de ville qui l'aidera à établir cette liste de médicaments.

Comment

Les 3 étapes de la conciliation

- 1 Recherche active d'informations dans le dossier médical du patient : entretien avec le patient et son entourage, appel téléphonique aux professionnels de santé de ville (infirmier, médecin traitant, médecins spécialistes...).
- 2 Analyse des informations.
Réalisation du BMO = Bilan Médicamenteux Optimisé
Ce BMO est confronté à l'ordonnance d'entrée du patient.
Les différences peuvent donc être mises en évidence.
Actualisation de la prescription médicamenteuse si nécessaire.
- 3

Centre Hospitalier de la Région de Saint-Omer
Route de Blendecques
03.21.88.70.00
www.ch-saintomer.fr

LA CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE



CENTRE HOSPITALIER DE LA RÉGION DE SAINT-OMER

C'est quoi

C'est une activité qui prend en compte tous les médicaments pris ou à prendre par le patient. Cette activité est une coordination de plusieurs professionnels de santé (médecin, infirmier, pharmacien et préparateur en pharmacie).

Elle permet d'éviter ou corriger les erreurs médicamenteuses aux moments importants du séjour du patient : l'entrée, le transfert et la sortie.

Pour Qui

Cette activité est destinée principalement aux :

- Patients à risque
- Médicaments à risque
- Patients avec des difficultés d'observance de traitement.

Pour Quoi faire



La conciliation médicamenteuse permet de prévenir les erreurs médicamenteuses comme l'omission (oubli de médicament), l'erreur de dosage ou l'erreur de médicament.



Votre prise en charge médicamenteuse

Lors de mon hospitalisation, que dois-je prévoir pour mon traitement ?

- ✓ J'apporte mes **dernières ordonnances et mes médicaments habituels**,
- ✓ Je signale au médecin les médicaments que je prends, même **sans ordonnance** (automédication, phytothérapie, etc ...)

Ceci pour éviter toute erreur médicamenteuse, comme un surdosage ou une interaction médicamenteuse.

Si votre hospitalisation n'était pas prévue, demandez à vos proches de vous les apporter.

Que dois-je faire de mes médicaments ?

Je remets **tous mes médicaments** à l'infirmier(e) qui s'occupe de mon admission.

Vos médicaments seront isolés à votre nom dans le service de soins, utilisés en cas de défaut d'approvisionnement et vous seront rendus à votre sortie.

C'est quoi la conciliation médicamenteuse ?

Une démarche qui permet de répertorier **tous les médicaments** que vous prenez au domicile dans l'objectif :

- d'éviter les **erreurs**,
- de favoriser la **transmission d'informations** entre professionnels de santé,
- d'avoir un traitement **bien adapté**.

Qu'est-ce qui change pour moi lors de mon hospitalisation ?

Un professionnel de santé peut être amené à vous poser des questions sur vos médicaments pour :

- établir la liste de **TOUS** vos médicaments y compris ceux sans ordonnance,
- connaître la façon dont vous gérez votre traitement.

Avec votre accord, il pourra contacter votre pharmacien de ville qui l'aidera à établir cette liste de médicaments.

Qu'est-ce que la DCI d'un médicament ?

La DCI (Dénomination Commune Internationale) correspond au nom de la substance active responsable de l'effet thérapeutique du médicament.

Il s'agit du « vrai » nom du médicament. Elle permet à tous les professionnels de santé et aux patients de savoir ce que contient un médicament pour éviter des erreurs, comme des erreurs de confusion. Créée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la DCI est commune aux pays du monde entier.

Qu'est-ce qu'un médicament générique ?

Un médicament **générique** est un médicament qui comporte la (les) **même(s) substance(s) active(s)** au **même dosage** que le médicament de référence, dit **princeps**.

Les seules différences possibles entre princeps et génériques sont **la forme pharmaceutique et les excipients**.



Annexe 4 : La procédure définissant le processus de conciliation des traitements médicamenteux incluant les PPH

 Processus de réalisation de la conciliation médicamenteuse d'entrée au service de Gériatrie		
[référence]	Version n°1	Date Version 01 : 01/06/2021 Date de la version applicable : 01/06/2021
REDACTEUR(S) : PERIMONY Benoît Interne Pharmacie	VERIFICATEUR(S) : Jean Nicolas Charlet Pharmacien	APPROBATEUR(S) : Valentine Lermaye Pharmacien RSMO - PECM

1 Objet

Définir le processus de réalisation de la conciliation des traitements médicamenteux ainsi que son suivi.

2 Responsable d'application / Champ d'application

Activité réalisée entre le service de pharmacie (Préparateur en pharmacie hospitalière (PPH), Pharmacien, Interne, Externe) et le service de soins de Gériatrie (Personnel médical et personnel soignant).

3 Cadre réglementaire et références

HAS : Guide conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. 2018

Initiative des HIGH 5s - Medication Reconciliation - Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français. 2015

CONCIMED Guide pratique pour développer en établissement de santé la conciliation médicamenteuse associant pharmacien et préparateur en pharmacie. 2015

Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur. Légifrance

Décret n° 2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux pharmacies à usage intérieur.

 Processus de réalisation de la conciliation médicamenteuse d'entrée au service de Gériatrie		
[référence]	Version n°1	Date Version 01 : 01/06/2021 Date de la version applicable : 01/06/2021

4 Définitions / abréviations

Conciliation Médicamenteuse (CM) : « est un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts. » HAS

Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO) : consiste à recueillir les médicaments pris habituellement par le patient (prescrits, pris en automédication, produits naturels), l'observance à son traitement, la gestion de ses médicaments et ses allergies notamment, au moment de son admission à l'hôpital.

Ordonnance Médicamenteuse à l'Admission (OMA) : Cette première ordonnance comprend les médicaments pris habituellement par le patient à domicile et poursuivis, avec ou sans modification selon l'état clinique du patient, et les médicaments ajoutés par l'équipe médicale du service d'admission.

Conciliation proactive : le BMO est établi avant rédaction de l'OMA. Il n'y aura théoriquement pas d'écarts, le prescripteur prenant en compte la liste en tant que de besoin dans sa prescription. La conciliation proactive permet de prévenir la survenue d'erreur médicamenteuse.

La conciliation rétroactive : le BMO est établi après rédaction de l'OMA. L'OMA est alors comparée au BMO, le but étant de mettre en évidence d'éventuelles divergences et de les corriger. La conciliation rétroactive doit être réalisée le plus tôt possible après l'admission du patient (24 – 48h).

Divergence intentionnelle : l'écart entre BMO et OMA a été réalisé de manière volontaire par le prescripteur. Cette divergence pourra être documentée ou non.

Divergence non intentionnelle : l'écart entre BMO et OMA constitue une erreur médicamenteuse de prescription.

- Omission : médicament habituellement pris à domicile et absent de l'OMA.
- Ajout : médicament prescrit ne faisant pas partie du traitement habituel du patient.
- Changement de médicament : changement de principe actif, de forme galénique.
- Erreur de dosage ou de posologie : sous ou surdosage.
- Erreur de fréquence ou moment.
- Erreur de voie d'administration.

Logigramme de réalisation de la conciliation d'entrée - RETROACTIF

 Processus de réalisation de la conciliation médicamenteuse d'entrée au service de Gériatrie		
[référence]	Version n°1	Date Version 01 : 01/06/2021 Date de la version applicable : 01/06/2021

5 Description des activités

Cf mode opératoire : « Logigramme de réalisation de la conciliation médicamenteuse d'entrée – Rétroactif »

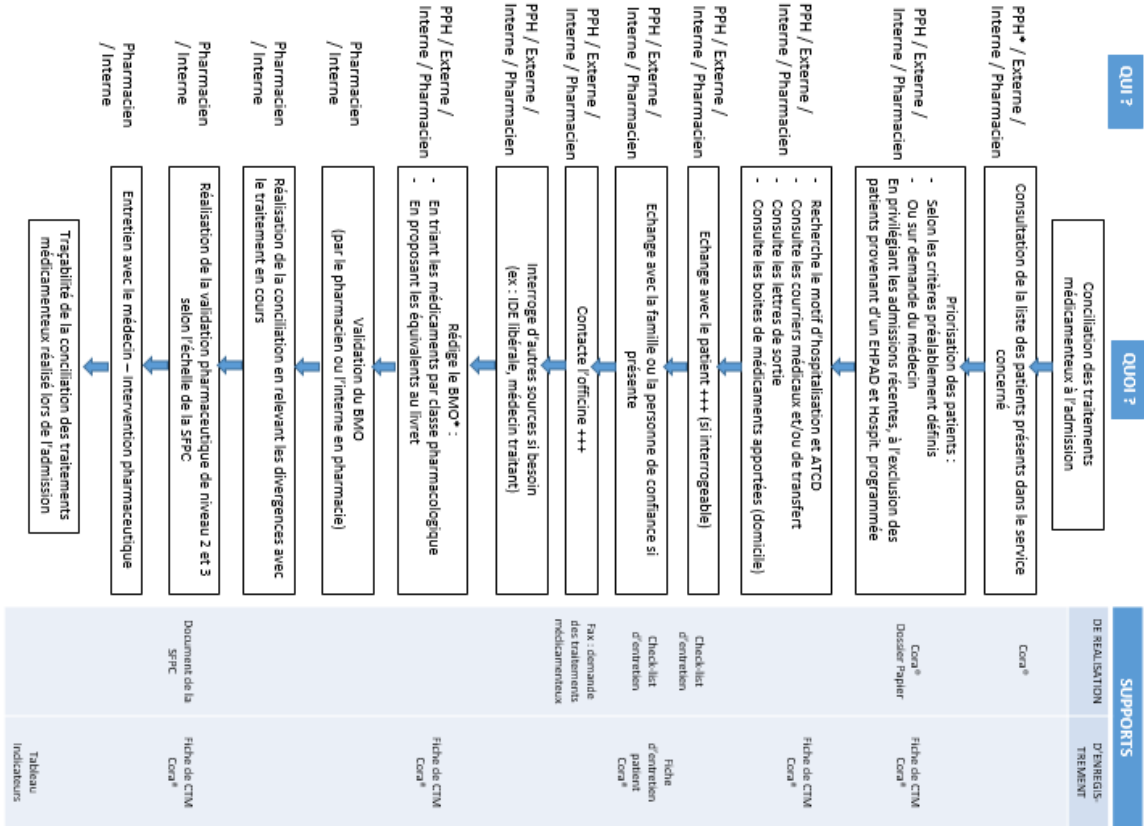
6 Evaluations / Indicateurs

Les différentes données suivantes sont renseignées à chaque validation de conciliation par le pharmacien ou l'interne dans un tableur Excel® dédié :

- Données patients (identification, Age, sexe)
- Données d'admission (date, provenance, patient prioritaire)
- Temps de réalisation du BMO
- Délai entre admission aux urgences, en gériatrie et la réalisation du BMO
- Nombre de médicaments du BMO
- Nombre de DNI (Médicament, classe ATC)
- Nombre de DNI corrigées (+ date de correction)
- Temps de réalisation de la CM
- Nom du pharmacien / interne / PPH ayant réalisé le BMO et CM
- Détail de l'intervention pharmacologique et son devenir.

Des indicateurs liés à l'activité sont évalués et suivis régulièrement :

- I) Indicateurs d'activités :
- Nombre de patients conciliés par an.
 - Nombre de patients conciliés rapporté au nombre de patients hospitalisés dans le service.
 - Nombre de patients conciliés rapporté au nombre de patients éligibles à la conciliation.
 - Indicateur CAQES (Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins)
- II) Indicateurs de performance :
- Nombre de patients conciliés dans les 24 - 48H rapporté au nombre de patients éligible à la conciliation.
- III) Indicateurs d'alerte :
- Nombre de patients conciliés ayant au moins 1 divergence non intentionnelle (DNI) rapporté au nombre de patients éligible à la conciliation.
 - Nombre d'erreurs médicamenteuses corrigées au cours de la conciliation par an.
 - Nombre d'erreurs médicamenteuses corrigées au cours de la conciliation rapportée au nombre de patients conciliés.



Nom du patient :

Demande d'autorisation au patient ou à la famille pour appel à l'officine : ☐ Oui ☐ Non

Si l'information est incertaine, la noter entre parenthèse

Nom du patient :

Date d'entrée : Date de la conciliation : Date de correction :

Sources d'informations utilisées :

- | | |
|---|--|
| ☐ Dossier Patient Informatisé | ☐ Appel pharmacien d'officine |
| ☐ Ordonnances apportées par le patient | ☐ Appel médecin traitant |
| ☐ Boîtes de médicaments apportées par le patient | ☐ Appel médecin spécialiste |
| ☐ Lettre du médecin traitant | ☐ Appel IDE libérale |
| ☐ Compte rendu ou lettre du médecin spécialiste | ☐ Entretien patient |
| ☐ Plan de prise | ☐ Entretien famille/proches |
| ☐ Autre : | ☐ Dossier pharmaceutique |

BMO réalisé par :

Temps estimé :

Conciliation médicamenteuse :

Pharmacien :

Médecin :

Temps estimé :

Légende :

AR = Arrêté AJ = Ajouté
P = Poursuivi SUB = Substitué
SUS = Suspendu M = Modifié

C = Convergent

D = Divergent

D = Divergent
I = Intentionnel

NI = Non Intentionnel

Annexe 7 : Fiche d'entretien patient

ENTRETIEN AVEC LE PATIENT

Numéro de conciliation :

IEP :
 Nom de naissance :
 Nom usuel :
 Prénom :
 Sexe :
 Date de naissance :
 Service :
 Chambre :

Etiquette patient

Date d'entrée : Date de la conciliation :
 Conciliation faite dans les : ☐ < 24h ☐ 24 à 48h ☐ > 48h

Coordonnées :

Pharmacie d'officine :
 Médecin traitant :
 IDE :
 EHPAD :
 Proche :

Patient interrogeable : ☐ Oui ☐ Non (voir avec la famille)

Autorisation d'appeler la pharmacie d'officine : ☐ Oui ☐ Non

Gestion du traitement à domicile :

Traitement géré par : ☐ Patient ☐ Famille (.....)
☐ IDE ☐ Autre (.....)
 Gestion du traitement à l'aide de :
☐ Pilulier ☐ Boîtes ☐ Autre (.....)

Médicament(s) écrasé(s) : ☐ Oui ☐ Non

Forme(s) buvable(s) : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser :

Personne qui vérifie qu'il reste assez de médicaments :

Personne qui va à la pharmacie :

Evaluation de de l'observance par le score de Morisky (MMAS-4) :

Selon avis du médecin gériatre : ☐ Réalisable ☐ Non réalisable

1. Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre traitement ?
☐ Oui ☐ Non
2. Avez-vous parfois du mal à vous rappeler de prendre votre traitement ?
☐ Oui ☐ Non
3. Quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter de prendre votre traitement ?
☐ Oui ☐ Non
4. Si vous vous sentez moins bien lorsque vous prenez votre traitement, arrêtez-vous parfois de le prendre ?
☐ Oui ☐ Non

Total de « Oui » =

Score = 0 → Forte adhésion au traitement

Score = 1 ou 2 → Adhésion moyenne

Score = 3 ou 4 → Adhésion faible

Commentaires :

Allergies : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser le médicament, la réaction et la date :

Tabac : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nombre de cigarettes par jour estimé :

Alcool : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser :

Effets indésirables : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser le médicament et le type d'effet indésirable :

Automédication : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser :

Phytothérapie : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser :

Antibiotiques < 4 mois : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser :

Check-list des formes d'administration (autre que formes orales) :

- Collyres : ☐ Oui ☐ Non
- Gouttes pour les oreilles/le nez : ☐ Oui ☐ Non
- Inhalateurs : ☐ Oui ☐ Non
- Patchs : ☐ Oui ☐ Non
- Crèmes/pommades : ☐ Oui ☐ Non
- Injection : ☐ Oui ☐ Non

Annexe 8 : Lettre à destination des pharmacies d'officine

NOM Prénom
 Pharmacien
 Praticien Hospitalier
 N° d'ordre
 N°RPPS

Secrétariat

Tel : 03.21.88.71.10
 Fax : 03.21.88.71.19

E-mail: pharmacie@ch-stomer.fr

Helfaut, le **date**

Service de Pharmacie

Objet : Conciliation des traitements médicamenteux - Demande d'informations relative au traitement habituel des patients

Monsieur, Madame,

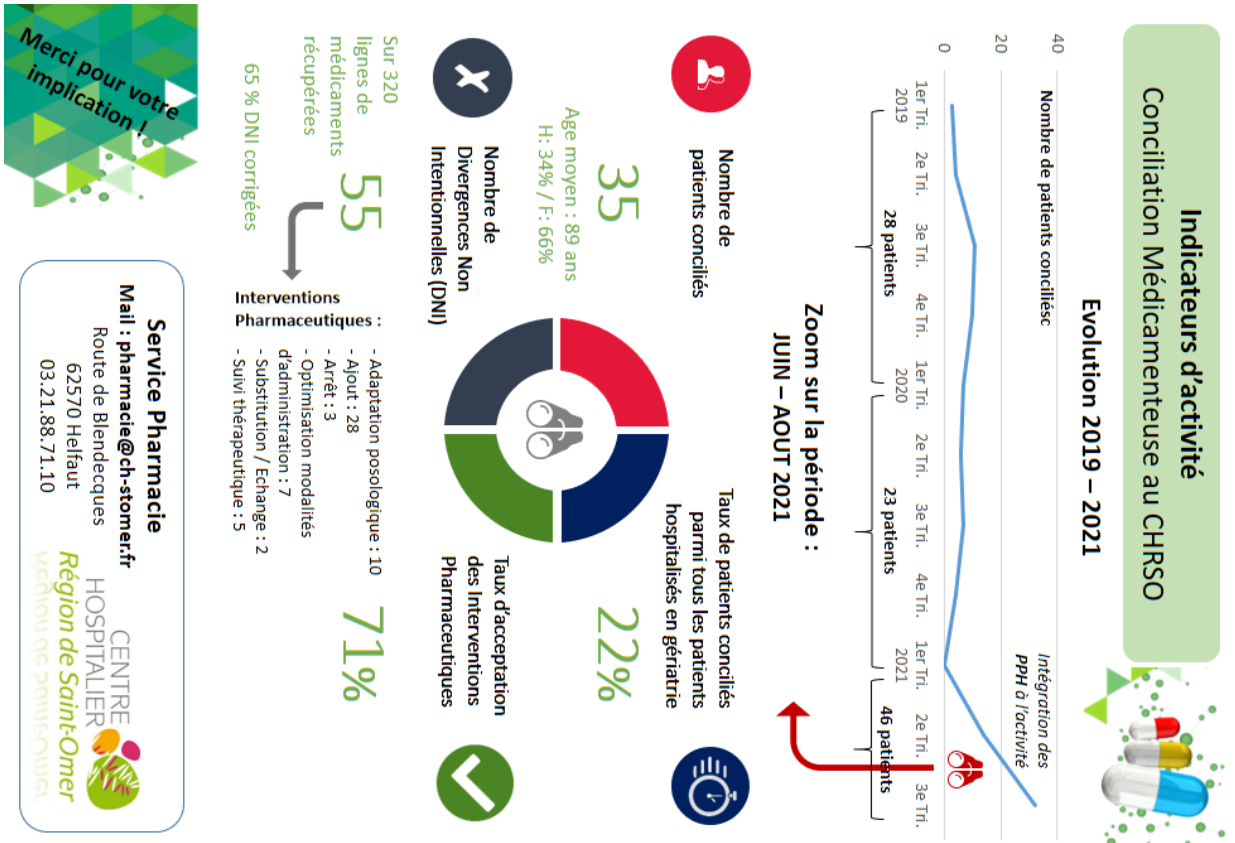
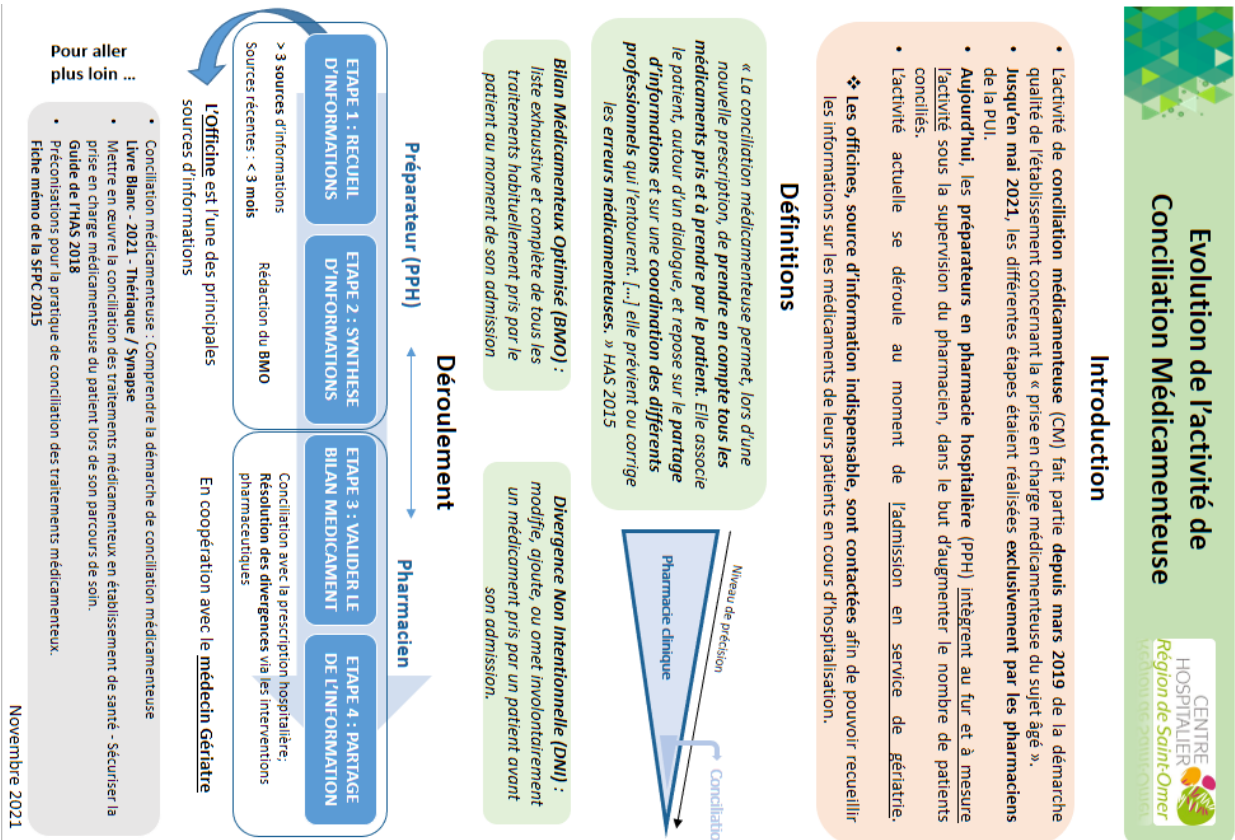
Afin d'assurer la continuité de la prise en charge médicamenteuse de **NOM DU PATIENT, DDN**, pourriez-vous nous communiquer :

- Les traitements pris par le patient sur les 4 derniers mois
- Les médicaments pris en automédication
- Toute information jugée pertinente (observance, allergie...)

Merci de nous adresser ces éléments par fax au 03.21.88.73.38 ou par mail à l'adresse suivante : pharmacie@ch-stomer.fr

Merci pour votre collaboration

CONFIDENTIALITÉ – Le présent bordereau de transmission et les documents qui peuvent l'accompagner contiennent des informations de nature privilégiée et confidentielle dont la divulgation est légalement interdite. Ce document contient des informations qui ne peuvent être transmises qu'à leur destinataire. Si vous n'êtes pas le destinataire visé, vous êtes par la présente avisé qu'il est strictement interdit de diffuser ou de reproduire ces documents ou leur contenu. Si vous avez reçu ce message par mégarde, veuillez nous en aviser immédiatement par téléphone au 03.21.88.71.10. Service Pharmacie – Route de Blendecques, 62570 Helfaut.



Annexe 10 : Newsletter « CHRS'Info : Zoom sur la conciliation médicamenteuse »



Qu'est-ce-que c'est ?

C'est une démarche qui va répertorier tous les médicaments (prescrits ou non prescrits) pris par un patient à son domicile. Elle va permettre de prévenir ou de corriger les **erreurs médicamenteuses** qu'il pourrait y avoir lors de l'hospitalisation d'un patient, ou lors de son transfert (changement de service ou d'hôpital).

Erreur médicamenteuse : c'est l'oubli ou la réalisation non intentionnelle d'un acte relatif à un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient. Elle est par définition évitable. **Exemple : erreur de dosage, erreur de patient, erreur dans l'horaire de prise, ...**

Elle repose sur le partage d'informations entre le patient et les différents professionnels de santé qui l'entourent. **Exemple : Les professionnels d'officine, les pharmaciens et préparateurs hospitaliers, les médecins généralistes et spécialistes, les infirmières, ...**

Son but est de sécuriser et d'optimiser au maximum la prise en charge du patient.

Pourquoi la réaliser ?

Lorsqu'un patient est hospitalisé, les points de transitions (Admission - Transfert - Sortie) dans son parcours de soins sont des risques d'erreurs médicamenteuses.



→ Entre **47% et 67%** des patients présentent une **différence** ou une **erreur** entre leurs traitements prescrits en ville et ceux prescrits à l'hôpital.

Exemple : présence de 7 médicaments au domicile et présence de 5 médicaments à l'hôpital

Ces erreurs peuvent être responsables d'**événements indésirables médicamenteux**.

Événement indésirable médicamenteux : survenue d'un événement indésirable impliquant un médicament dû à son emploi ou à son mauvais emploi.

→ **5,7%** des erreurs interceptées par la conciliation médicamenteuse auraient pu entraîner des **conséquences graves** (rapport d'expérimentation de la HAS sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par 9 établissements de santé français - 2015)

Exemple : Surdosage en insuline pouvant provoquer chez le patient une hypoglycémie, qui peut se prolonger et menacer le pronostic vital du patient.

La conciliation médicamenteuse permet d'intercepter et de corriger **75% des erreurs médicamenteuses** ayant un impact clinique aux points de transition (étude canadienne Vira et al, 2006)

Qui est concerné ?



Au sein du CHRSO, la conciliation médicamenteuse a été mise en place **début 2019 au sein du service de Gériatrie** car la polymédication (5 médicaments et plus) est fréquente chez les personnes âgées. C'est une population plus exposée aux erreurs médicamenteuses.

Les patients sont sélectionnés selon des critères de priorité (tels que l'âge, présence de médicaments à risques, provenant des urgences, sur demande médicale, ...) afin de cibler les personnes jugées les plus à risque.

Si un service de soins souhaite également introduire cette démarche, il peut en faire la demande auprès du service de pharmacie.

Quand est-elle réalisée ?



La conciliation médicamenteuse est réalisée **le plus rapidement possible après l'entrée du patient dans le service de soins et après la première prescription hospitalière**. Cette première prescription est appelée **ordonnance médicamenteuse d'admission (OMA)**. L'activité se déroule l'après-midi du lundi au vendredi par un préparateur et un pharmacien.

Qui la réalise ?

De 2019 à Juin 2021 : uniquement les pharmaciens. Au total 51 patients ont été conciliés sur ces 2 années.

Depuis Juin 2021 : intégration des préparateurs en pharmacie à l'activité afin qu'elle puisse se dérouler quotidiennement, permettant ainsi d'augmenter le nombre de patients conciliés, et de pouvoir étendre l'activité à d'autres services demandeurs. Au total : plus de 70 patients ont été conciliés en 7 mois (de juin à décembre 2021).

Comment est-elle réalisée ?

Une fois le patient sélectionné, le préparateur va réaliser un **Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO)**.

BMO : Consiste à recueillir tous les médicaments pris habituellement par le patient, prescrits ou non prescrits, l'observance de son traitement, et la gestion de ses médicaments.

Une fois le patient sélectionné, le préparateur va réaliser un **Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO)**.

BMO : Consiste à recueillir tous les médicaments pris habituellement par le patient, prescrits ou non prescrits, l'observance de son traitement, et la gestion de ses médicaments.

Pour cela, plusieurs sources devront être utilisées :

- consulter le dossier médical,
- effectuer un entretien avec le patient ou un membre de sa famille,
- contacter les différents professionnels de santé qui prennent en charge le patient (la pharmacie, l'infirmière à domicile, le médecin traitant, ...)
- consulter les dernières ordonnances.

Toutes ces recherches vont permettre d'obtenir une liste exhaustive et complète de l'ensemble des traitements (noms, dosages, formes, ...) pris par le patient à son domicile.

Le pharmacien pourra ensuite l'analyser et relever les différences par rapport à l'ordonnance d'admission.

A la suite de cette comparaison, on pourra trouver **deux types de divergences** :

- **Les divergences intentionnelles** (l'écart entre le BMO et l'OMA est volontaire de la part du médecin) **Exemple : Ajout de paracétamol, car présence de douleurs que le patient n'avait pas à son domicile.**
- **Les divergences non intentionnelles** (l'écart entre le BMO et l'OMA n'est pas volontaire de la part du médecin) qui est considérée comme une erreur médicamenteuse.

Ces informations seront ainsi remises au Gériatrie qui décidera s'il effectue des modifications ou non la prescription.

Rapport d'activité de la phase test

De juin à août 2021 (3 mois) :

- ✓ **35 patients** ont été conciliés en service de gériatrie (âge moyen : 89 ans)
- ✓ **57%** des **conciliations** effectuées présentaient **au moins une divergence non intentionnelle corrigée** par le médecin après transmission des informations.
- ✓ Au total **55 divergences non intentionnelles** ont pu être interceptées

Exemple de cas



Monsieur X est hospitalisé en urgence et transféré au service de gériatrie pour altération de l'état général.

Parmi ces antécédents nous retrouvons un cancer de la prostate à stade avancé. Les anciens courriers médicaux précisent qu'il est sous traitement hormonal Bicalutamide comprimé (CASODEX®).

L'interrogatoire « patient » mené lors de la conciliation des traitements médicamenteux permet de renseigner que le patient ne prend plus CASODEX® depuis plusieurs mois, mais réalise des injections d'un autre traitement hormonal : leuproléine injectable (EUGARON®) tous les 6 mois.

Un courrier plus récent et l'appel de son pharmacien d'officine nous confirme l'arrêt de prescription de ce médicament et le passage vers l'autre molécule.

La conciliation des traitements médicamenteux a permis d'arrêter un médicament prescrit aux urgences qui n'est plus indiqué.

Scénario Vidéo Pharmacie

Episode 1 : INTRODUCTION

- 1 : Pharmacie du CHRSO bonjour**
2 : Bonjour Monsieur, j'ai entendu dire qu'il y avait plus de décès dû à l'usage des médicaments qu'aux accidents de la route, c'est vrai ?
1 : Oui, selon différentes études, il y a 3 à 10 fois* plus de décès attribuables aux accidents médicamenteux qu'aux accidents de la route.
2 : Comment les éviter au CHRSO ?
1 : La conciliation médicamenteuse fait partie des moyens permettant de les éviter.

Sources :

- [Rapport Beaud Costagliola.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)
- [Chiffres provisoires de l'accidentalité routière en 2021 : le nombre de morts en France métropolitaine a nouveau sous la barre des 3 000 | Ministère de l'Intérieur \(interieur.gouv.fr\)](#)

Acteur 1 : Jean-Nicolas
 Acteur 2 : Hélène
 Lieu : Acteur 1 : zone centrale de la PUI - Acteur 2 : parking de l'hôpital

Episode 2 : Erreurs médicamenteuses

- 1 : Pharmacie du CHRSO bonjour**
2 : Bonjour Monsieur, j'ai entendu parler que vous faisiez de la conciliation médicamenteuse au CHRSO : C'est quoi ?
1 : La CM permet d'intercepter les erreurs médicamenteuses. Elle permet, grâce à différentes sources d'informations, de faire le bilan sur tous les médicaments pris et à prendre par le patient à son domicile. Le bilan médicamenteux est comparé avec la prescription hospitalière en cours permettant ainsi de la compléter ou de la modifier.

Acteur 1 : Jean-Nicolas
 Acteur 2 : Hélène
 Lieu : Acteur 1 : zone de centrale de la PUI – Acteur 2 : hall de l'hôpital

Episode 3 : Continuité médicamenteuse

- 1 : Pharmacie du CHRSO bonjour**
2 : Bonjour Monsieur, mon père est allé aux urgences cette nuit. On m'a dit qu'il allait être hospitalisé. Je ne connais pas ses traitements, mais je sais qu'il ne doit surtout pas les arrêter. Comment vont-ils être informés des médicaments que mon père prend ?
1 : Grâce à la conciliation des traitements médicamenteux que nous réalisons au CHRSO, les échanges entre les professionnels de santé et la famille s'organisent pour éviter les ruptures de traitements. Cela permet d'assurer la continuité médicamenteuse entre « la ville et l'hôpital »

Acteur 1 : Benoît
 Acteur 2 : Marie
 Lieu : Acteur 1 : bureau de pharmacien – Acteur 2 : salle du SMUR

Episode 4 : Déroulement de la conciliation médicamenteuse

- 1 : Pharmacie du CHRSO bonjour**
2 : Bonjour Monsieur, j'ai été appelé à la suite de l'hospitalisation de ma mère afin d'avoir des informations sur ses médicaments. On m'a dit que c'était de la conciliation médicamenteuse. Quel est son déroulement ?
1 : Dès le passage aux urgences une première prescription est réalisée par le médecin.
La CM fait intervenir les PPH dans le recueil d'informations sur les traitements pris au domicile. Pour cela, le PPH peut par exemple réaliser un entretien avec le patient ou sa famille, contacter les pharmacies de ville et consulter ses dernières ordonnances. Il réalise une synthèse de ces sources récoltées qui sera transmise au pharmacien de l'hôpital et validée ensuite. Cette synthèse est comparée avec la première prescription hospitalière, et ces différences sont discutées avec le médecin. Dans le but qu'il n'y ait pas d'oubli dans son traitement.

Acteur 1 : Benoît
 Acteur 2 : Marie
 Lieu : Acteur 1 : bureau de pharmacien – Acteur 2 : chambre de patient

Episode 5 : Chiffres du CHRSO

- 1 : Pharmacie du CHRSO bonjour**
2 : Bonjour Madame, est-ce que la conciliation médicamenteuse est efficace ?
1 : Oui, en 9 mois, sur 120 patients conciliés, 50% présentaient au moins une différence non intentionnelle dans leur traitement qui a ensuite pu être corrigée par le médecin.

Acteur 1 : Claire
 Acteur 2 : Marie
 Lieu : Acteur 1 : zone centrale de la PUI – Acteur 2 : salle d'attente IRM

Questionnaire – Rappel de la formation théorique

- 1) Comment s'appelle l'étape faisant le point sur les médicaments pris/à prendre par le patient sur prescription et/ou en automédication (nom, dosage, forme galénique, voie d'administration, posologie, durée)
 - Synthèse Médicamenteuse Globale (SMG)
 - Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO)
 - Ordonnance Médicamenteuse à l'Admission (OMA)
- 2) Combien de sources faut-il, au minimum, pour faire une conciliation médicamenteuse d'entrée ?
- 3) Parmi les sources suivantes, quelles sont celles à utiliser systématiquement :
 - Le patient
 - Les voisins du patient
 - La famille du patient
 - L'officine de ville du patient
 - Le cardiologue du patient
- 4) Dans l'idéal, à quel moment est-ce important de réaliser la CTM ?
- 5) Un membre de la famille du patient avec lequel vous vous entretenez lui a apporté des médicaments. Quelle est votre attitude ?
- 6) Concernant la technique d'entretien des patients, il est recommandé :
 - De privilégier les questions auxquelles on répond par oui ou non
 - De donner les objectifs de l'entretien
 - D'utiliser des mots simples
 - De privilégier les questions de type « pourquoi ? »
 - D'utiliser la reformulation
- 7) Comment procéder vous pour évaluer l'observance du patient lors de l'entretien ?
- 8) Que devez-vous vérifier pour chaque document/source consulté ?
- 9) Lors de votre appel au pharmacien d'officine, décrire les différentes étapes que vous réalisez.
- 10) Le pharmacien d'officine que vous appelez, vous demande des nouvelles du patient que vous conciliez. Que lui répondez-vous ?
- 11) Il est mentionné dans le dossier du patient une allergie à un médicament mais lors de l'entrevue avec le patient, il n'a déclaré avoir aucune allergie. Que faites-vous ?
- 12) Lors de votre appel au pharmacien d'officine, celui-ci doute de votre identité. Que faites-vous pour le rassurer ?

Annexe 13 : Grille d'habilitation à la réalisation d'un BMO

	Habilitation à la réalisation d'un BMO lors de la conciliation médicamenteuse Grille d'observation	
	Version 02	Date Version 02 : 06/2021 Date de la version applicable : 06/2021

Date d'évaluation :	
Nom – Prénom	
Personne évaluée :	
Pharmacien :	

	Acquis	Partielle ment	Non acquis	NA
Priorisation des patients (selon les critères de priorisation)				
Consultation du dossier médical patient : - Identifier le motif d'hospitalisation - Identifier les antécédents médicaux - Repérer toutes les « informations traitement » disponibles				
Entretien patient (ou aidant) : - Savoir identifier les situations d'impossibilité - Identitovigilance - Savoir introduire son entretien : maîtriser la prise de contact / présentation / objectifs de l'entretien - Respecter les conditions d'entretien (position, TV, entourage) - Adapter le vocabulaire à la situation (correct / audibilité / clarté) - Mener l'entretien avec des questions ouvertes - Maîtriser l'entretien (vivacité, fluidité, recadrer, s'adapter) - Récupérer des données exhaustives (nom, dosage, posologie) - Demander l'accord oral au patient/aidant pour appeler son officine - Savoir prendre congés				
Entretien avec la pharmacie d'officine - Maîtriser la prise de contact / présentation / motifs de l'appel - Adapter le vocabulaire à la situation (compréhension, clarté) - Récupérer l'ensemble des données sur 3 à 4 mois - Récupérer des données exhaustives (nom, dosage, posologie)				
Document source - Compléter correctement le document et de façon exhaustive				
Fiche de conciliation médicamenteuse : - Clarté et justesse de la fiche BMO finalisée - Usage des commentaires (contenu, pertinence) - Sources d'informations suffisantes - Documentation pertinente du BMO - Consulter – rédiger l'OMA - Précisions préliminaires des convergences - divergences				

Commentaires :

Habilitation : OUI / NON

Signatures :

Annexe 14 : Conciliation médicamenteuse d'entrée finalisée (Module Cora®)

[illegible]

**DES DE PHARMACIE HOSPITALIERE 4A
DEMANDE D'AUTORISATION DE SOUTENANCE - THESE D'EXERCICE**

Nom et Prénom de l'étudiant : PERIMONY Benoît..... INE : 0905046256F

Date, heure et lieu de soutenance :

Le 06 juillet 2022..... à 14H00 Amphithéâtre ou salle : Amphi Curie.....

Engagement de l'étudiant - Charte de non-plagiat

J'atteste sur l'honneur que tout contenu qui n'est pas explicitement présenté comme une citation est un contenu personnel et original.

Signature de l'étudiant : _____

Avis du directeur de thèse

Nom : CHATELET.....

Prénom : Jean-Nicolas.....

☒ Favorable

☐ Défavorable

Motif de l'avis défavorable :

☒ Je certifie que la thèse provisoire de M PERIMONY Benoît..... ne nécessite plus de modifications majeures avant la soutenance de thèse

Date : 2/06/2022

Signature : _____

Avis du président du jury

Nom : ODOU.....

Prénom : Pascal.....

☐ Favorable

☐ Défavorable

Motif de l'avis défavorable :

Date : 16/6/2022

Signature : _____

Décision du Doyen

☒ Favorable

☐ Défavorable

Le 24/06/2022.....

Le Doyen

D. ALLORGE



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
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2021/2022

Nom : PERIMONY

Prénom : Benoît

Titre de la thèse : DEVELOPPEMENT DE LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE PAR INTEGRATION DES PREPARATEURS EN PHARMACIE HOSPITALIERE AU CENTRE HOSPITALIER DE LA REGION DE SAINT OMER

Mots-clés : Conciliation Médicamenteuse - Professionnels de la santé - Programmes de formation en interne

Résumé :

Lors de la conciliation médicamenteuse (CM), l'étape de réalisation du bilan médicamenteux optimisé (BMO) est habituellement réalisée dans les Centres Hospitaliers (CH) par les pharmaciens et étudiants en pharmacie. C'est le cas au CH de la Région de Saint-Omer. Le temps consacré de deux demi-journées par semaine était insuffisant et un déploiement quotidien était impossible avec l'effectif actuel. Pourtant, d'autres acteurs peuvent réaliser cette étape. Parmi eux, il y a les préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH) supervisés par le pharmacien. La Société Française de Pharmacie Clinique recommande de rechercher une subsidiarité dans l'organisation de cette activité (20).

L'objectif de ce travail a été de développer et pérenniser la CM d'entrée en y impliquant une équipe de PPH dans la réalisation du BMO.

Au préalable, une libération de temps préparateur, une réorganisation du processus d'activité ainsi qu'une formation interne ont été nécessaires. Les formations théoriques et pratiques ont été encadrées par les pharmaciens dans le service de pharmacie et de gériatrie. Elles ont été suivies d'une étape de compagnonnage afin d'atteindre une prise d'autonomie progressive. Une campagne de communication a été associée afin de développer un contexte favorable au déroulement du projet. Après habilitation, les PPH ont effectué des rotations afin de maintenir une polyvalence dans leurs missions et pallier au risque d'absentéisme. Différents indicateurs de suivi tels que le nombre de CM réalisées, le nombre de divergences non intentionnelles (DNI) interceptées, le nombre d'interventions pharmaceutiques (IP) acceptées ont été analysés sur une période de 9 mois.

Au total, 120 CM ont été réalisées avec l'implication des PPH, soit le quart des patients admis sur cette période. Dans l'ensemble des CM, 68% ont permis de révéler au moins une DNI donnant lieu à 183 IP dont 71% ont été acceptées. Les données retrouvées sont similaires à la littérature.

Suite à l'implication des PPH au côté du pharmacien, l'activité est maintenant réalisée de façon quotidienne. Elle est associée à une hausse d'activité en termes de CM réalisées, tout en conservant une qualité de réalisation comparable aux années précédentes. Elle impose une étroite collaboration des PPH avec le pharmacien. Leur intégration permet de valoriser, diversifier leurs missions et de développer leurs connaissances médicales et médicamenteuses.

Membres du jury :

Président :

Monsieur le Professeur Pascal Odou
Pharmacien, PU-PH
Faculté de pharmacie, Université de Lille – CHU Lille

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Jean-Nicolas Chatelet
Pharmacien, PH
Centre Hospitalier de la région de Saint-Omer

Assesseur(s):

Monsieur le Docteur Frédéric Marçon
Pharmacien, MCU-PH
Faculté de pharmacie, Université d'Amiens – CHU Amiens

Monsieur le Docteur Morgan Blot
Médecin Généraliste