

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAÏD
FACULTE DE MEDECINE
DR. B. BENZERDJEK - TLEMCEM



وزارة التعليم العالي
والبحث العلمي

جامعة أبو بكر بلقايد
كلية الطب
د. ب. بن زرجب - تلمسان

DEPARTEMENT DE PHARMACIE

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR
L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTEUR EN PHARMACIE

THÈME :

**La Conciliation médicamenteuse au service de psychiatrie du C.H.U
Tlemcen Algérie**

Soutenu le : 26 Octobre 2020

Présenté par :

Djedda Amina et Slimani Naziha

Le Jury

Président : Professeur H. Boucif

MAITRE DE CONFERENCE A EN
PSYCHIATRIE

Membres :

Dr F.Benabed
Dr A.Youcef

Maître assistante en Pharmacologie
Maître assistante en Pharmacologie

Encadreur : Professeur A. Rahoui

MAITRE DE CONFERENCE A EN
PSYCHIATRIE

Co-encadreur: Dr N. Boukli

Maître assistant en Pharmacie Clinique

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
وكان فضل الله عليك عظيما

LOUANGE À DIEU QUE SA GRÂCE SOIT JUSTE

REMERCIEMENTS :

Tout d'abord, Merci au bon Dieu de nous avoir guidé vers le bon chemin, celui des sciences pharmaceutiques, de nous avoir donné la santé, la volonté et la motivation, pour bien mener ce travail.

Nous tenons à remercier vivement le Professeur Rahoui Asma , pour l'honneur qu'elle nous a fait d'encadrer notre thèse, nous admirons profondément son dévouement au travail, sa patience, sa disponibilité , sa compréhension de nos circonstances ainsi que ses qualités, notamment sa gentillesse qui nous a profondément marquée.

Nos remerciements et notre profonde gratitude s'adressent au docteur BOUKLI Hassan Nassim , notre Co-encadreur, pour l'intrêt qu'il a apporté à notre étude , pour ses conseils, sa patience et son encouragement.

Nous exprimons notre profonde gratitude au chef de service de psychiatrie du C.H.U TLEMCEM, ALGÉRIE, le Professeur Boucif de nous avoir fait l'honneur de présider le jury.

Nos remerciements également à tous les membres du jury qui ont bien voulu consacrer leur temps pour l'examine de ce travail.

Nous remercions infiniment tous les résidents, les assistants et maitres assistants du service de psychiatrie qui ont contribué à notre travail.

Nous tenons à remercier chaleureusement Mr ABDESALEM et Mme Naima chargés des affaires administratives au niveau du service de psychiatrie, nous sommes reconnaissant de leur aide, d'être toujours à l'écoute, nous admirons leur gentillesse.

Nous remercions notre délégué Achour Abdelkader

Nous remercions tous les patients qui ont accepté de participer à cette étude

Nous remercions énormément toutes les familles qui ont fait partie du consentement et qui était toujours disponible pour nous fournir les informations nécessaires.

Dédicace :

Arrivée au terme du parcours universitaire, J'exprime toute ma gratitude, reconnaissance et tendresse à mes parents, qui m'ont accompagné tout au long de mon cursus, qui ont su me donner le support et me soutenir dans toutes les circonstances,

Je dédie ce travail à :

Mes très chers parents et grands parents

Mes frères Karim et Yasmine Djedda

Mon mari qui m'a toujours soutenue, c'est grâce à son aide et à sa patience avec moi que ce travail a pu voir le jour.

Mon futur bébé qui a ressenti tous le stress de cette thèse

Ma belle- mère qui m'a beaucoup aidé

A tous les membres de ma famille et ma belle famille

A mon oncle Dr Djedda Aziz Hicham

A tout ma promotion 2014-2015 Pharmacie de la faculté de médecine de Tlemcen, Algérie

A tous mes confrères et consœurs qui m'ont aidé durant mon cursus

A mes copines : Noussaiba , Sarra chouti ,Meriem brahimi, , Nesrine zemri ,Abdelaoui Meriem ,Soufi Meriem, Hidayet Benhamou , Chifaa Chahbar , Hanane larbi, Nacima Habi, Rim Kamech

-Amina Djedda-

Au nom de dieu le clément et miséricordieux Louange au Dieu le tout puissant

Je dédie ce travail a

A mes chers parents

A mon père pour votre soutien et le dévouement dont vous avez toujours fait preuve, Tout au long de mon cursus. C'est grâce à vos sacrifices que j'ai pu arriver là où je suis. Que dieu vous donne de la sante et une longue vie.

A ma mère qui n'était pas avec moi durant tout mon cursus, je vous dis que je vous ai jamais oublié maman, à chaque instant chaque étape que j'ai franchie, je prie que Allah le plus gracieux, le plus miséricordieux vous garde dans ces vastes paradis.

A ma tante Yamina, je vous dis qu'avec l'aide du dieu, j'ai terminé le mémoire et je ne vous oublierai jamais, c'est grâce à votre amour, votre tendresse, que j'ai pu terminer.

A mon mari le papa de ma fille Besma Israa c'est l'occasion de vous exprimer mes sincères sentiments, mon respect et ma gratitude, spécialement pour votre patience, aide et encouragement.

A ma sœur Fatima et ses enfants Aicha et Abdelhamid.

A mes frères et Abdelkader

A ma deuxième famille, Choumoue Tlemcen, Algérie qui m'avait ouvert ces portes et m'avait soutenu A toutes personnes, que j'ai pu rencontrés dans le cadre de ce travail.

A mes chères éducateurs El-Hadje BELBECHIRE Mekki et HERARSI Djilali

A toutes mes sœurs et frères membres de l'association.

-SLIMANI NAZIHA-

Table des matières

| | |
|--|----|
| Introduction | 13 |
| Partie A : La sécurité du patient :Un enjeu international..... | 16 |
| I.Médicament et événements indésirables médicamenteux | 1 |
| I.1.Médicament : | 1 |
| I.1.1.Définition du médicament : | 1 |
| I.1.2.circuit du médicament :..... | 1 |
| I.2.Evènements indésirables médicamenteux : | 1 |
| I.2.1.l'iatrogénie : | 1 |
| I.2.1.1.Définition : | 1 |
| I.2.1.2.Facteurs de risque :..... | 2 |
| I.2.1.2.1.Patients à risque :..... | 2 |
| I.2.1.2.2.Défaut de communication :..... | 2 |
| I.2.1.2.3.L'automédication : | 2 |
| I.2.1.2.4.L'inobservance thérapeutique : | 2 |
| I.2.1.2.5.Modifications des habitudes du patient : | 3 |
| I.2.1.2.6.Médicaments à risque : | 3 |
| I.2.2.L'erreur médicamenteuse : | 4 |
| I.2.2.1.Définition | |
| I.2.2.2.Cause des erreurs médicamenteuses : | 5 |
| I.2.2.3.Les EM un sujet tabou en Algérie :..... | 7 |
| II.Introduction à la pharmacie clinique : | 8 |
| II.2.Contenu de la Pharmacie clinique :..... | 8 |
| Partie B : la conciliation médicamenteuse : un outil aux points de transition | 9 |
| I.La conciliation médicamenteuse : Une nouvelle démarche dans l'amélioration de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient | 10 |
| I.1.Définition de la conciliation médicamenteuse :..... | 10 |
| I.2.A qui confier la conciliation médicamenteuse ? autrement dit qui sont les acteurs de la CM ? | 10 |
| I.3.Qui concilier ?..... | 13 |
| I.4.Objectifs de la conciliation médicamenteuse : | 13 |
| I.5.Recommandations internationales :..... | 14 |
| I.5.1.Haute autorité de santé :..... | 14 |
| I.5.2.La société française de pharmacie clinique : | 15 |
| I.5.3.L'initiative des High 5s :..... | 15 |
| I.5.4.Le SOP Med'Rec : | 15 |
| II.Processus de la CM | 16 |
| II.1.Les quatre séquences de la CM :..... | 16 |
| II.1.1.le recueil des informations : | 16 |
| II.1.2.la synthèse des informations : | 17 |
| II.1.3.la validation du BMO : | 17 |
| II.1.4.le partage et l'exploitation du BMO :..... | 18 |

| | |
|--|----|
| II.2.Les modes de la CM : | 18 |
| II.2.1.Définition de l'OMA : | 18 |
| II.2.2.La conciliation dite Proactive : | 19 |
| II.2.3.La conciliation dite rétroactive : | 19 |
| II.3.Les divergences : | 19 |
| II.3.1.Divergences intentionnelles non documentées: | 19 |
| II.3.2.Divergences non intentionnelles : | 20 |
| II.3.3.La règle principale pour la conciliation des divergences : | 20 |
| II.3.4.Le chemin à suivre après la conciliation des divergences : | 20 |
| II.4.Les types de conciliation des traitements médicamenteux : | 20 |
| II.4.1.La conciliation à l'admission : | 20 |
| II.4.2.La conciliation au moment du transfert : | 21 |
| II.4.3.La conciliation de sortie : | 21 |
| II.5.Les indicateurs de suivi: | 22 |
| II.5.1.Les indicateurs d'activité : | 22 |
| II.5.2.Les indicateurs de qualité : | 22 |
| II.5.3.Indicateurs de performance : | 22 |
| II.6.« Ne pas confondre la CM avec l'analyse pharmaceutique , la révision globale des traitements médicamenteux ,l'éducation thérapeutique , les RMM, les REMED et CREX (méthodes d'EPP) » | 23 |
| II.7.Les 10 commandements de la conciliation médicamenteuse : | 23 |
| II.8.Les 10 points clés pour implanter la conciliation médicamenteuse : | 24 |
| III.Impact clinique et économique de la conciliation médicamenteuse : | 24 |
| Partie Pratique | 27 |
| I. Présentation du service de psychiatrie du C.H.U Tlemcen, Algérie : | 28 |
| II.Type de l'étude : | 28 |
| III.Contexte et objectifs : | 28 |
| III.1.Objectif principal : | 28 |
| III.2 Objectifs secondaires : | 28 |
| III.3.Critères d'inclusion : | 28 |
| III.5.Critères de jugement : | 29 |
| IV.Matériel et méthodes | 29 |
| IV.1.Méthode d'investigation retenue : | 29 |
| IV.1.1.Ethique : | 29 |
| IV.1.2.Déroulement de l'étude : | 30 |
| IV.1.2.1.Recueil des données : | 30 |
| IV.1.2.1.1.Source d'informations : | 31 |
| IV.1.2.1.2.Recrutement des patients : | 31 |
| IV.1.2.1.3.L'élaboration du BMO : | 31 |
| IV.1.2.2.Traitement des données : | 32 |
| IV.2. Supports de l'étude : | 32 |
| IV.2.1.Questionnaires utilisés : | 32 |

| | |
|---|----|
| IV.2.2.Fiches utilisées : | 33 |
| V.Analyse et exploitation des résultats : | 34 |
| V.1.Population d'étude : | 36 |
| V.1.1.Caractéristiques sociodémographiques : | 36 |
| V.1.1.1.Le sexe : | 36 |
| V.1.1.2.L'âge : | 36 |
| V.1.1.3.L'état civil : | 37 |
| V.1.1.4.Le niveau d'instruction : | 37 |
| V.1.2.Caractéristiques cliniques : | 37 |
| V.1.2.1.Diagnostique : | 37 |
| V.1.2.2.ATCD psychiatrique ou familiaux : | 38 |
| V.1.2.4.Nombre d'hospitalisations : | 39 |
| V.1.2.5.Motifs d'hospitalisations : | 39 |
| V.1.2.6.Habitudes toxiques : | 40 |
| V.1.3.Analyse des divergences entre prescriptions sur le BMO, OMA et OMS : | 41 |
| V.1.3.1.Nombre et types de divergences à l'admission et à la sortie: | 41 |
| V.1.3.2.Répartition des divergences à l'admission e tà la sortie selon leur nature: | 42 |
| V.1.3.2.1.Divergences intentionnelles à l'admission..... | 42 |
| V.1.3.2.2.Divergences intentionnelles à la sortie : | 43 |
| V.1.3.2.3.Nombre des médicaments modifiés : | 43 |
| VI.Analyse des divergences après 03 mois : | 46 |
| VI.1.Suivie des ré-hospitalisations des patients après 3 mois..... | 46 |
| VI.2.Répartition des patients ré- hospitalisés : | 48 |
| VI.3.Répartition des patients non ré-hospitalisés..... | 48 |
| VII. Causes des rechutes : | 48 |
| VII.1.Cause de la deuxième rechute après un suivi de 3 mois : | 49 |
| VII.2.Evaluation de l'observance : | 50 |
| VII.3.Nombre de molécules et comprimés : | 52 |
| VII.Exploitation épidémiologique (Analyse par régression): | 53 |
| IX :Discussion..... | 55 |
| IX.1.Population d'étude : | 56 |
| IX.2. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la population étudiée : | 56 |
| IX.2.1. Caractéristiques sociodémographiques : | 56 |
| IX.2.1.1. Sexe : | 56 |
| IX.2.1.2. Age : | 57 |
| IX.2.1.3.Etat matrimonial : | 57 |
| IX.2.1.4. Niveau scolaire : | 57 |
| IX.2.2. Caractéristiques cliniques : | 57 |
| IX.3. Analyse des divergences : | 58 |
| IX.4. les facteurs de rechute et ré hospitalisation des patients en psychiatrie : | 59 |
| IX.4.2. Nombre de médicaments sur le BMO et l'OMA : | 60 |
| Conclusion..... | 62 |
| Limites et recommandations perspectives | 64 |

| | |
|---------------------|----|
| Bibliographie:..... | 67 |
| Annexes | 71 |
| Résumé : | 80 |

Acronymes et abréviations :

AINS : Anti inflammatoire non stéroïdien
ATDB : Antidiabétique
ATCDMC : antécédents médicaux
BM : Bilan médicamenteux
BMO : Bilan médicamenteux optimisé
CH : Centre hospitalier
CHS : Centre hospitalier spécialisé
CHU : Centre hospitalier universitaire
CI : Contre-indication
CM : Conciliation médicamenteuse
CME : conciliation médicamenteuse d'entrée
COVID19 : maladie due au coronavirus
CP/J : comprimé par jour
CREX : Le comité de retour d'expérience
CTM : Conciliation des traitements médicamenteux
DCI : Dénomination commune internationale
DDH : Date du dernière hospitalisation
DI : Divergence intentionnelle
DID : Divergence intentionnelle documentée
DNI : Divergence non intentionnelle
DP : Délégué du personnel
EIG : Evénement indésirable grave
EIM : Evénement indésirable médicamenteux
EM : Erreur médicamenteuse
ENEIS : L'enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins
EPSM : Etablissement public de santé mentale
F : Femme
FCT : Fiche de conciliation des traitements médicamenteux
H : Homme
HAS : Haute autorité de santé
HTA : Hypertension artérielle
IDE : Infirmier diplômé d'état
MCO : Médicaux chirurgical obstétrique
Mg : milligrammes
NDI : Intentionnelle non documentée
NI : Non intentionnelle
OMA : Ordonnance Médicamenteuse à l' Admission
OMEDIT : Organisations des observatoires des Médicaments, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique
OMs : ordonnance médicamenteuse de sortie
OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OTC : Over-The-Counter

PA : Principe actif

PCA : Patient Controlled Analgesy » ; « Analgésie contrôlée par le patient ».

PUI : Pharmacie à usage intérieur.

REMEDI : Revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs

RMM : Revue de morbidité-mortalité

SFPC : Société française de pharmacie clinique

Sig : Significatif

SOPs : Standard Operating Protocols

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

TRT : Traitement

Liste des tableaux

| | |
|---|----|
| Tableau 1 :Les 105 médicaments plus dangereux qu'utiles selon Prescrire pour l'année 2020 | 4 |
| Tableau 2 :Causes d'erreurs médicamenteuses | 6 |
| Tableau 3 :Facteurs environnementaux de l'erreur médicamenteuse..... | 7 |
| Tableau 4: Les taches attribuées aux internes et préparateurs en pharmacie | 12 |
| Tableau 5: taches attribuées aux autres personnels de santé | 12 |
| Tableau 6: Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie en 2019-2020 selon le sexe. | 36 |
| Tableau 7 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie en 2019-2020 selon les pathologies somatiques associées | 39 |
| Tableau 8 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie en 2019-2020 selon la consommation du tabac | 40 |
| Tableau 9: Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie en 2019-2020 selon la consommation du cannabis | 40 |
| Tableau 10: Suivi de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie 2019-2020 après 03mois | 46 |
| Tableau 11: Nombre et moyenne de molécules et comprimés pris par jour figurés sur BMO, OMA et OMs..... | 52 |
| Tableau 12: Analyse par régression | 53 |
| Tableau 13 : Récapitulatif des modèles. | 53 |
| Tableau 14: Coefficients obtenus..... | 54 |

Liste des figures

| | |
|---|----|
| Figure 1 :Sources d'informations en nombre et en pourcentage..... | 31 |
| Figure 2:Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie en 2019-2020 selon l'âge | 36 |
| Figure 3: Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie en 2019-2020 selon l'état civil. | 37 |
| Figure 4: Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie en 2019-2020 selon le niveau d'instruction..... | 37 |
| Figure 5: Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie en 2019-2020 selon leurs diagnostics | 38 |
| Figure 6: Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie 2019-2020 selon les antécédents personnels et familiaux. | 38 |
| Figure 7: Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie en 2019-2020 , selon le nombre d'hospitalisations. | 39 |
| Figure 8: Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie en 2019-2020 selon le motif d'hospitalisation..... | 40 |
| Figure 9: Nombre et types des divergences à l'admission et à la sortie des patients conciliés au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie 2019-2020..... | 41 |
| Figure 10:Répartition des divergences intentionnelles à l'admission des patients conciliés au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie selon leur nature..... | 42 |
| Figure 11: Répartition des divergences intentionnelles à la sortie des patients conciliés au service de psychiatrie du CHU Tlemcen ,Algérie selon leur nature | 43 |
| Figure 12 : Nombre des médicaments modifiés à l'admission et à la sortie des patients de la population concilie en service de psychiatrie à CHU Tlemcen Algérie répartis en fonction de la nature des divergences. | 44 |
| Figure 13: Répartition des divergences selon leur nature après 03 mois. | 46 |
| Figure 14: Répartition des patients ré-hospitalisés suivis après 03 mois. | 48 |
| Figure 15: Répartition des patients non ré-hospitalisés..... | 48 |
| Figure 16: Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie en 2019,2020 selon les causes des rechutes | 49 |
| Figure 17: Cause de la deuxième rechute des patients suivis après 03 mois | 49 |
| Figure 18: Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie en 2019,2020 selon le pourcentage du niveau d'observance | 50 |
| Figure 19: Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie en 2019,2020 selon le questionnaire de Girerd. | 51 |

Introduction

Introduction

La rechute est un événement pénible qui se définit par la réapparition des symptômes antérieurs de la maladie, c'est un sujet d'actualité qui pose des sérieux problèmes diagnostiques, thérapeutiques, économiques, familiaux et sociaux. (1), Ce problème, est autant préoccupant qu'angoissant pour tous personnel de santé responsable de la prise en charge globale des malades mentaux, car sa fréquence est très élevée chez cette population, ce qui a poussé ces personnels à chercher l'origine des rechutes et d'évaluer L'efficacité des traitements antipsychotiques sur la prévention de ces dernières. (2)

La non-observance aux traitements antipsychotiques figure de loin parmi les principales causes des rechutes avec les addictions, ils ont remarqué qu'un défaut d'observance thérapeutique est en cause dans près de 4 rechutes sur 10. (3)

La plupart des patients atteints de la schizophrénie présentent une observance médicamenteuse partielle ou nulle. Plusieurs études rapportent que 16 à 80% des patients souffrants de schizophrénie ne sont pas observant concernant leur traitement médicamenteux. (3)

Par ailleurs, on note en psychiatrie un risque accru de morbidité et de mortalité par rapport à la population générale, avec une réduction de l'espérance de vie de 15 à 30 ans. Parmi les affections somatiques, les pathologies cardiovasculaires sont les plus retrouvées. De plus, la prise d'antipsychotiques au long cours est associée à un risque de survenue d'effets indésirables métaboliques et cardiaques néfastes. (4)

Il semble évident, que le pharmacien peu importe le cadre dans lequel il exerce, occupe une place capitale dans le contrôle des non observances des traitements. Plusieurs études ont démontrées le rôle positif du pharmacien comme évaluateur de l'inobservance médicamenteuse.

Un rapport intitulé « Observance des traitements médicamenteux en France » rédigé par l'Académie nationale de pharmacie en France souligne que : « la place des pharmaciens dans l'observance thérapeutique est indéniable, que ce soit au niveau de la détection et l'évaluation de la non-observance ou dans l'éducation thérapeutique des patients. Il contribue fortement à la construction de la solide alliance thérapeutique entre le patient et son traitement, notamment dans la prise en charge des maladies chroniques. » (5)

Au sein des services hospitaliers le pharmacien n'est quasiment pas en contact direct avec les patients, il agit davantage par le biais de ce qu'on appelle « **la conciliation médicamenteuse** », qui est un processus formalisé et pluri professionnel basé sur le partage d'information entre le pharmacien hospitalier, le pharmacien de ville, le prescripteur hospitalier et le médecin traitant, elle permet une meilleure continuité des traitements médicamenteux aux points de transition, une prévention contre l'iatrogénie et surtout une réduction des erreurs médicamenteuses. (6)

Introduction

A ce jours, la CM s'est appliquée sur toutes les populations, mais en milieux psychiatrique elle reste limitée, pour cela nous trouveront opportun d'évaluer l'application de la conciliation médicamenteuse au niveau du service de psychiatrie du C.H.U Tlemcen, Algérie. Notre hypothèse est : la conciliation médicamenteuse joue un rôle dans la prévention des rechutes et des réadmissions précoces des patients atteints dans leur santé mentale.

Partie A : La sécurité du patient :Un enjeu international

I. Médicament et événements indésirables médicamenteux

I.1. Médicament :

I.1.1. Définition du médicament :

La notion de médicament est clairement définie en France par l'article L5111-1 du Code de la santé publique « toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique. (7)

I.1.2. circuit du médicament :

Selon le dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse de la SFPC, le circuit du médicament est « le processus de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse d'un patient, hospitalisé dans un établissement de santé, résident d'un établissement social ou en soins ambulatoires ». Il s'agit d'un processus très complexe du fait qu'il se déroule en plusieurs étapes et fait intervenir un grand nombre d'acteur de santé (médecin, pharmacien, infirmier).(8) (9)

- La prescription d'un médicament : elle est assurée par un médecin ou un prescripteur habilité, elle comporte l'anamnèse, l'examen clinique, les examens complémentaires, la décision thérapeutique et la rédaction de l'ordonnance médicale ainsi que la communication avec les soignants et le patient lui-même.
- La dispensation : assurée par le pharmacien.
- L'administration du médicament : Elle est assurée par le personnel soignant.
- Le suivi thérapeutique et la réévaluation : Le suivi thérapeutique est assuré en même temps par l'IDE et le prescripteur. (10)
- L'éducation thérapeutique du patient

I.2. Evènements indésirables médicamenteux :

Il existe deux catégories : l'iatrogénie et l'erreur médicamenteuse (11)

I.2.1. l'iatrogénie :

I.2.1.1. Définition :

L'iatrogénie est définie comme tout événement défavorable nuisible et non voulu, susceptible d'être en lien avec les doses usuelles d'un médicament ayant été utilisé pour des

Partie A

fins de diagnostic, prophylaxie, traitement d'une pathologie ou pour modifier des fonctions physiologiques. (12)

I.2.1.2. Facteurs de risque :

Il faut bien connaître les causes d'iatrogénie médicamenteuse pour pouvoir les éviter en mettant en place des moyens de prévention. (13)

I.2.1.2.1. Patients à risque :

- Sujet âgés :

L'OMS retient le critère d'âge de 65ans pour qualifier un sujet âgé, l'iatrogénie est très fréquente chez cette tranche d'âge à cause des modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques, du fait du vieillissement de leurs organismes et la diminution des capacités d'adaptation, ce qui donne lieu à une fragilité de ces personnes.

Des études ont démontré que le risque individuel d'effet indésirable par médicament est de 15% pour une personne de plus de 65 ans, contre 6% pour une personne de moins de 60 ans.

A cela s'ajoute les problèmes de poly-pathologie et poly-médication (14)

- Les nourrissons et les enfants :

Du fait des modifications du métabolisme chez les sujets jeunes est presque similaire à celui des sujets âgés.

I.2.1.2.2. Défaut de communication :

Il se manifeste par un défaut d'échange d'information pendant la prise en charge du patient entre les professionnels de santé

I.2.1.2.3. L'automédication :

C'est le fait de se soigner sans passer par le médecin

I.2.1.2.4. L'inobservance thérapeutique :

C'est la concordance entre le comportement du patient, les recommandations et les conseils de son médecin, qu'il s'agisse des médicaments, d'une psychothérapie, des examens ou des bilans à réaliser, ça peut être des règles hygiéno-diététiques ou même encore de présence à des rendez-vous.

C'est avéré que 30 à 60 % des patients atteints des maladies chroniques sont peu ou non observant (15)

Partie A

La mauvaise observance se manifeste largement lors de la prise en charge des patients atteints de troubles psychiques. Elle est estimée entre 30 et 50 % : près d'un patient sur deux cela provoque une augmentation des rechutes et du nombre des ré-hospitalisation.

Cette inobservance dépend en grandes parties aux effets indésirables, engendrés par certains psychotropes comme les antipsychotiques ou les antidépresseurs, elle est également influencée par la croyance en l'efficacité ou non du traitement par le patient et même le prescripteur.

Un autre facteur pouvant nuire l'observance thérapeutique est le délai d'action des traitements, prenant l'exemple des antidépresseurs qui mettent à peu près entre une à trois semaines pour agir

Un Autre paramètre est évoqué « la complexité du traitement » car plus les médicaments inclus dans la prise en charge sont nombreux, plus les prises sont fréquentes pendant la journée et la semaine, plus le suivi du traitement par le patient devient complexe. (16)

I.2.1.2.5. Modifications des habitudes du patient :

Prenant l'exemple d'un évènement qui aurait des aboutissements sur la nutrition d'un patient diabétique, cet évènement pourrait être à l'origine d'hypoglycémies par surdosage d'un antidiabétique oral.

I.2.1.2.6. Médicaments à risque :

La revue prescrire, a actualisé dans son numéro de décembre 2019, sa liste des « médicaments plus dangereux qu'utiles » qu'il vaut mieux les écarter des soins

Cette liste 2020 trouve «105 médicaments dont la balance bénéfices-risques est défavorable, qu'elle que soit la situation clinique. (17)

Partie A

Tableau 1 : Les 105 médicaments plus dangereux qu'utiles selon Prescrire pour l'année 2020

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
| Cancérologie Hématologie | – | Défibratide (Defitelio) | Ophthalmologie | Ciclosporine en collyre Idébénone |
| Antitumoraux | | Mifamurtide (Mepact), Nintédanib (Vargatef), Panobinostat (Farydak) Trabectédine (Yondelis) Vandétanib (Caprelsa) Vinflunine (Javlor) | Pneumologie, ORL Antitussifs | Ambroxol Bromhexine Oxomémazine (Toplexil ou autre) Pentoxyvéline Clarix tussif Pholcodine |
| | | | Maux de gorge | Alpha-amylase (Maxilase ou autre) Tixocortol en pulvérisation buccale |
| Cardiologie | | Aliskirène Bézafrate (Befizal) Ciprofibrate (Lipantor ou autre) Dronédarone (Multaq) Fénofibrate (Lipanthyl ou autre) Ivabradine (Procoralan) Nicorandil (Adancor ou autre) Olmésartan Ranolazine (Ranexa) Trimétazidine (Vastarel ou autre) Vernakalant (Brinavess), | Divers | Éphédrine Naphazoline Oxymétazoline, Phényléphrine Pseudoéphédrine Tuaminoheptane Xylométazoline Mannitol inhalé (Bronchitol) Nintédanib Roflumilast |
| Dermatologie allergologie | | Méquitazine (Primalan) Prométhazine injectable (Phénergan) Tacrolimus | Psychiatrie, dépendances | Agomélatine-Duloxétine-Citalopram Escitalopram -Milnacipran -Venlafaxine Tianeptin |
| Diabétologie Nutrition | | Les gliptines : Alogliptine Saxagliptine Sitagliptine Vildagliptine Pioglitazone (actos) | Autres psychotropes Sevrage tabagique Urologie | Dapoxétine –Étifoquine Bupropione Pentosane polysulfate oral |
| Perte de poids Douleur Rhumatologie | | Bupropione + naltrexone Orlistat Certains AINS Les coxibs: Célécoxib (Celebrex ou autre) Étoricoxib (Arcoxia ou autre) Parécoxib (Dynastat) Acéclofénac (Cartrex ou autre) Diclofénac (Voltarène ou autre) Kétoprofène en gel (Ketum gel ou autre) Piroxicam (Feldène ou autre) par voie générale Ténoxycam (Tilcotil) par voie générale | Divers | Capsaïcine en patchs Dénosumab dosé à 60 mg Quinine Colchicine + poudre d'opium + tiémonium (Colchimax) Prednisolone + salicylate de dipropylène glycol |
| | | | Infectiologie | Moxifloxacine |
| | | | Neurologie Maladie d'Alzheimer | Donépézil Galantamine Rivastigmine Mémantine |
| Arthrose | | Diacéréine Glucosamine | Sclérose en plaques | Alemtuzumab (Lemtrada) Natalizumab (Tysabri) Térfilunomide |
| Myorelaxants | | Méphénésine par voie orale Méthocarbamol Thiocolchicoside | Divers | Flunarizine -Ginkgo biloba (Tanakan ou autre) Naftidrofuryl (Praxilène ou autre) -Oxétorone Tolcapone |
| Gastro-entérologie | | Acide obécholique Argiles médicamenteuses Attapulgite -Diosmectite Hydroalcite Montmorillonite beidellitique alias monmectite-Kaolin Cimétidine -Domperidone -Dropéridol Métopimazine –Nifuroxazide- Prucalopride Trinitrate de glycéryle pommade4% | Gynécologie – Endocrinologie Ménopause | Estrogènes conjugués équins + bazédoxifène Tibolone |
| | | | Fibromyomes | Ulipristal à 5 mg |

1.2.2. L'erreur médicamenteuse :

Partie A

I.2.2.1. Définition :

L'erreur médicamenteuse est définie par l'OMS comme un évènement inattendu qui peut être interprété comme non intentionnel, selon cette organisation l'erreur médicamenteuse surviendrait à n'importe qu'elle étape du circuit du médicament, elle inclue aussi les erreurs commises lors de tout acte de soin, de chirurgie ou de diagnostic, sans ignorer les facteurs environnementaux (8) (18)

I.2.2.2. Cause des erreurs médicamenteuses :

Le dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse détermine les causes, le type d'erreurs médicamenteuse comme suit : (8)

Tableau 2 : Causes d'erreurs médicamenteuses

| | | |
|---|---|---|
| <p>problèmes de communication</p> | <ul style="list-style-type: none"> - défaut de communication verbale. - Défaut de communication écrite - erreur d'interprétation de l'ordonnance | <p>Ecriture illisible ; Usage d'abréviations ; Erreur d'unité de mesure ; Zéro placé à la fin et mal interprété ; Zéro placé au début et mal interprété ; Erreur de virgule ; Erreur ou absence de lecture; Autre ; Prescripteurs multiples ; Prescription ambiguë ; Prescription confuse et/ou contradictoire; Prescription complexe; Expression incorrecte de la posologie; Expression incorrecte de la forme pharmaceutique ; Expression incorrecte de la voie d'administration ; Imprécision sur l'arrêt du médicament ; Autre.</p> |
| <p>confusions de dénominations</p> | <ul style="list-style-type: none"> - confusion entre noms de marque (dénominations spéciales) - confusion entre noms génériques | <p>Confusion entre leurs suffixes ; Confusion entre leurs préfixes ; Homophonie avec un autre nom de marque ; Homophonie avec une autre dénomination commune ; Homonymie avec un autre nom de marque ; Homonymie avec une autre dénomination commune ; Dénomination sujette à confusion ; Confusion avec des noms usuels de médicaments familiales (en vente libre ou OTC over the counter) ; Autre ; Homophonie avec une autre dénomination commune ; Homophonie avec un autre nom de marque ; Homonymie avec une autre dénomination commune ; Homonymie avec un autre nom de marque ; Autre ;</p> |
| <p>problèmes d'étiquetage et/ou d'information</p> | <p>présentation du conditionnement primaire du produit (fabricant, distributeur, façonnier) - présentation du boîtage ou conditionnement secondaire (fabricant, distributeur, façonnier) - étiquetage et présentation du produit délivré (pharmacien dispensateur) - notice du produit - sources d'information électroniques (banques de données, fichiers produits..) - documentations et publications imprimées (dictionnaires, ouvrages, revues...) - documents publicitaires (erreur associée à la publicité d'un produit</p> | <p>Similitude avec celui d'une autre firme ; Similitude au sein de la gamme de produits de la même firme ; Etiquetage inexact ou incomplet ; A l'origine de confusion ou d'erreur de lecture ; Symbole, logo, code couleur déroutants ; Autre ; Similitude avec celui d'une autre firme ; Similitude au sein de la gamme de produits de la même firme ; Etiquetage inexact ou incomplet ; A l'origine de confusion ou d'erreur de lecture ; Symboles ou logos déroutants ; Autre ; Mode d'emploi erroné ; Mode d'emploi incomplet (y compris l'absence de contre-étiquette) ; Erreur sur le nom du médicament erroné ; Erreur de dosage ou de concentration ; Erreur sur le nom du patient ; Autre ; Contenu inexact ou erroné ; Contenu incomplet ou insuffisant ; Rédaction source de confusion ; Autre ; Données inexactes ; Données confuses ou incohérentes ; Omission de données ; Données obsolètes ou dépassées ; Documentation non disponible ; Autre ; Données inexactes ; Données confuses ou incohérentes ; Omission de données ; Données obsolètes ou dépassées ; Données non disponibles ; Autre ;</p> |
| <p>facteurs humains</p> | <ul style="list-style-type: none"> - défaut de connaissances - pratiques défectueuses - erreur de calcul - erreur informatique - erreur de distribution ou de rangement - erreur dans la préparation extemporanée des doses à administrer - erreur de transcription - stress, charge de travail trop élevée - surmenage, fatigue, manque de sommeil - comportement conflictuel ou intimidation | <p>Méconnaissance du médicament ; Méconnaissance des propriétés galéniques ; Méconnaissance concernant la voie d'administration ; Méconnaissance des doses et débits d'administration ; Méconnaissance des indications ; Substitution erronée du médicament ; Méconnaissance du patient et de ses caractéristiques physiopathologiques ; Autre</p> <p>Erreur de calcul de la dose ; Erreur de calcul du débit de perfusion ; Autre ; Sélection incorrecte dans une liste par l'opérateur ; Données incorrectes dans la base de données ; Insuffisances dans la recherche d'allergies ; Insuffisances dans la recherche d'interactions ; Autre ; Stockage primaire (stock central) ; Stockage secondaire (poste de collecte, dotation) ; Répartition dans les chariots de dispensation ; Autre ; Défaillance dans l'activation d'un système de reconstitution ou de transfert ; Soluté de dilution erroné ; Quantité erronée de soluté de dilution ; Quantité erronée de principe actif à diluer ; Ajout d'un médicament erroné ; Autre ; Au cours de la duplication de l'original par photocopie ; A la suite du recopiage de l'original par carbone ou papier autocopiant ; Lors de la saisie de l'original dans un système informatique ; Après communication de l'original par télécopie ; Erreur de recopiage de la fiche de soins infirmiers ; Autre ;</p> |

Partie A

| | | |
|---|---|--|
| problèmes de conditionnement ou de conception | <ul style="list-style-type: none"> - conditionnement inadapté ou mal conçu - confusion entre formes pharmaceutiques - dispositifs médicaux associés à la préparation ou à l'administration de médicaments | Due à une similitude de couleur, de forme et/ou de taille avec un autre produit ; Due à une similarité de couleur, forme et/ou taille avec le même produit, mais à un autre dosage ; Autre ; Mauvais fonctionnement du dispositif concerné ; Utilisation d' un dispositif médical inapproprié ; Utilisation d' un adaptateur inapproprié (parentéral/oral, par exemple) ; Défaillance d' un système automatisé de distribution ; Défaillance d' un automate ; Défaillance d' un système de préparation automatique ; Problème lié à un dispositif doseur par voie orale (seringues, gobelets, cuillères mesures, etc...) ; Défaillance d' un système de perfusion (PCA, pompe à perfusion) ; Autre ; |
|---|---|--|

Tableau 3 :Facteurs environnementaux de l'erreur médicamenteuse

| | |
|---------------------------|--|
| Facteurs environnementaux | Eclairage Niveau sonore Interruptions et distractions fréquentes Niveau de formation des personnes impliquées Niveau d' effectif Indisponibilité d' un professionnel de santé pour la participation aux soins requis Personnel soignant inexpérimenté (affecté ou en stage) Professionnels de santé en effectif insuffisant (manque de personnel, congés, etc..) Non respect des procédures et de la réglementation Défaut de communication entre professionnels de santé Défaut d' information du patient Stockage de médicaments dans l' unité de soins Ordonnances pré-imprimées Charge de travail Pression par l'urgence |
|---------------------------|--|

I.2.2.3. Les EM un sujet tabou en Algérie :

L'erreur médicamenteuse est un sujet peu abordé en Algérie malgré sa fréquence élevé dans ce pays, ceci était abordé en 2014 à C.H.U Nedir-Mohammed à Tizi-Ouzou lors d'une conférence de pharmacie en dernière journée, ils ont démontré l'absence des textes réglementaires qui définissent l'erreur médicamenteuse ainsi que l'absence des statistiques exactes sur ce sujet.

Ces erreurs sont généralement transmises de bouche à oreille ou signalées dans la presse sans que cela soit suivi par des études, pour déterminer l'ampleur et l'intensité de ce phénomène.

En 2014, aussi le président du conseil de l'ordre des médecins de Tizi Ouzou déclare que 10 cas par an des poursuites judiciaires sont en lien avec les erreurs médicamenteuses, c'est un chiffre loin d'illustrer la réalité, car la plupart des victimes ne portent pas plainte et se contentent de supporter leur mal en patience.

En 2017, le docteur Mohamed Berkani Bekkat, déclare lors d'un point de presse qu'il y'a 200 affaires en lien avec les erreurs médicales au niveau des tribunaux enregistrées pendant ces 2 dernières années. (19)

I.2.2.4. L'impact des erreurs médicamenteuses :

D'après l'OMS, les erreurs médicamenteuses sont la 4ème cause des hospitalisations et font au moins 1 mort par jour aux Etats Unis, ainsi qu'elles sont responsables d'environ 7000 décès par an évitables dans le même pays.

Partie A

En 2009, une enquête ENEIS faite en France a démontré que les EM engendrent des évènements indésirables graves toutes les 2000 journées d'hospitalisation En France, soit environ 50 000 EIG par ans, elles génèrent 1,5% des hospitalisations, sachant que plus de la moitié de ces EIG sont évitables. (20)

II. Introduction à la pharmacie clinique :

II.1. Contexte et origine :

La pharmacie clinique est une discipline pharmaceutique récente et en plein essor et en évolution constante, elle concerne les pharmaciens d'officine et les pharmaciens qui exercent leur travail dans un établissement hospitalier

Le terme grec "klinos" veut dire "le lit", donc l'expression de pharmacie clinique signifie l'exercice de la pharmacie au lit du patient.

En 1960, le concept de pharmacie clinique s'est développé en particulier aux Etats-Unis, en se basant sur la nécessité des médecins à travailler avec des collaborateurs compétents qui leurs assure une mise en œuvre thérapeutique plus adaptée à l'état physiopathologique du patient, aboutissant à un rapport bénéfice/risque maximal.

L'année suivante (1961) Walton à donner la définition de la pharmacie clinique comme étant l'utilisation optimale du jugement et des connaissances pharmaceutiques et biomédicales du pharmacien, afin d'améliorer l'efficacité, la sécurité et la précision selon lesquelles les médicaments doivent être utilisés dans le traitement des patients. (21)

Au cours des années 90, Hepler et Strand ont défini le concept de soins pharmaceutiques ou pharmaceutical care par : l'engagement du pharmacien à assumer envers son patient, la responsabilité de l'atteinte clinique des objectifs préventifs, curatifs ou palliatifs de la pharmacothérapie, donc c'est une prise en charge qui ne se limite pas seulement à la connaissance des médicaments. (21) (22)

Une autre définition est adoptée par l'American College of Clinical Pharmacy comme : une discipline des sciences de la santé, à travers laquelle les pharmaciens confèrent des soins aux patients, pour optimiser le traitement médicamenteux et promouvoir la santé et la prévention des maladies. (23)

II.2. Contenu de la Pharmacie clinique :

- Entretien pharmaceutique approfondi avec le patient
- Analyse pharmaceutique des prescriptions médicales ou analyse des demandes du patient
- Analyse pharmaceutique clinique
- Conciliation des traitements médicamenteux
- Conseil des patients sur le bon usage des médicaments et les produits de santé
- Plan de prise structuré et précis. (24)

Partie B : la conciliation médicamenteuse : un outil aux points de transition

Partie B

I. La conciliation médicamenteuse : Une nouvelle démarche dans l'amélioration de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient

I.1. Définition de la conciliation médicamenteuse :

La conciliation médicamenteuse est considérée comme la première étape de la mise en œuvre de la pharmacie clinique quand elle est faite par un pharmacien. (24)

En mars 2015, le Collège de la Haute Autorité de Santé (HAS) a défini la CM comme « un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations comme sur une coordination pluri professionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses. Elle favorise 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 » (25)

Selon le guide de le HAS, il s'agit d'une démarche qui sécurise et organise le parcours du soin des patients et leurs prises en charges médicamenteuses, elle est effectuée par des professionnels de santé habiles, cette démarche permet la continuité des soins, et construit une forte liaison entre les soins communautaires et hospitaliers. (26)

Les experts du guide OMEDIT ont adopté la définition de la CM comme suit : il s'agit d'une démarche qui assure prévention, l'interception et la réduction des erreurs médicamenteuse, avec un but principal qui est la sécurisation de la prise en charge des patients. (27)

C'est une fraction primordiale de la politique de qualité des soins ainsi que la prise en charge et sécurité des patients des établissements de santé, la CM est accompagnée d'une diminution notable des hospitalisations, car elle corrige un pourcentage massif d'initiation ou d'arrêt des médicaments ayant un impact cliniquement significatif. (28)

I.2. A qui confier la conciliation médicamenteuse ? autrement dit qui sont les acteurs de la CM ?

I.2.1. Le pharmacien :

Le pharmacien est le garant de la CM, vue qu'il possède des connaissances, des compétences et des informations massives à propos du médicament, il apparaît comme le professionnel de santé le plus apte à organiser et mettre en œuvre cette démarche dans les établissements de santé, en travaillant dans une équipe sans ignorer les autres professionnels.

Une fois le pharmacien bien formé en tant que spécialiste du médicament, il est amené à s'intégrer dans toutes les étapes de la conciliation, de l'admission à la sortie assurant ainsi la validation de certaines étapes, il joue un rôle positif lors des transitions des soins en améliorant la sécurité des patients envers les iatrogénies médicamenteuses. (29)

Partie B

La plupart des patients se confient plus aisément au pharmacien sur les médicaments qu'ils prennent, les compléments alimentaires, les produits qu'ils consomment, leurs allergies médicamenteuses et tous leurs problèmes médicaux. Ainsi qu'ils sont plus familiers que les autres professionnels sur les dénominations, les effets, les formes, les posologies, les modes d'administrations des médicaments. Ils ont l'habileté de faire des analyses des traitements des patients, ce qui rend les pharmaciens aptes à détecter les incohérences, les divergences et les erreurs plus facilement, proposer des alternatives et des équivalences surtout lorsqu'il s'agit des traitements non référencés dans l'établissement.

Cette démarche devrait parfaitement être pratiquée par les pharmaciens hospitaliers, car ils ont une forte compétence en éducation thérapeutique. Des études ont affirmé que lorsque la CM est réalisée par des pharmaciens hospitaliers, elle aboutit à une économie moyenne de 7 millions de dollars par an et par hôpital, et elle permet de sauver 128 vies par an dans chacun des hôpitaux où l'étude était faite.

D'autres recherches ont montré qu'une conciliation menée par un pharmacien permet un retour sur investissement notable, avec une probabilité de 60% d'être avantageux à hauteur de 10000£ équivalent Quality-Adjusted Life Year (QALY). Le QALY est un indicateur économique qui estime la valeur de la vie (un QALY de 1 indique une année en bonne santé et un QALY de 0 correspond à une intervention mortelle). (13)

Enfin, l'intégration du pharmacien importe un complément important à l'observation médicale et une amélioration de la collaboration entre lui et le médecin permettant ainsi de libérer ce dernier. (25)

I.2.2. Internes et Préparateurs en Pharmacie :

Plusieurs hôpitaux (ceux d'Algérie par exemple), n'ont pas des pharmaciens disponibles exercent leur métier exclusivement dans les services de soins, ainsi que les services de pharmacie dans certains hôpitaux ne sont pas ouverts 24H/24, ce qui rend les pharmaciens hospitaliers incapables d'assurer une conciliation médicamenteuse efficace à toutes les interfaces.

Une autre cause aussi qui rend la CM par les pharmaciens hospitaliers sous utilisée est le contexte budgétaire restrictif.

Cette capacité limitée du pharmacien a poussé quelques hôpitaux à modérer les candidats à la CM et à recourir à une alternative qui est les internes en Pharmacie, les préparateurs en pharmacie (préparateur ont un rôle minime dans la CM) (13) (25)

Partie B

Tableau 4: Les taches attribuées aux internes et préparateurs en pharmacie

| | |
|--------------------------|--|
| Interne en pharmacie | <ul style="list-style-type: none"> • Recherche active d'informations sur les médicaments du patient • Formalisation et validation du bilan médicamenteux à l'admission • Gestion des divergences • Entretien avec le patient • Transmission d'information sécurisée • Même taches sont lui attribuée lorsque la CM se passe en ville |
| Préparateur en Pharmacie | <ul style="list-style-type: none"> • Recherche active d'informations sur les médicaments du patient • Formalisation du BM à l'admission • Transmission d'information sécurisée |

1.2.3. Autres personnels

Afin d'assurer la justesse la pertinence et validité de la CM, des obligations médico-économiques exigent une coopération entre tous les personnels impliqués le long du parcours du soin du patient. (13) (25)

Tableau 5: Taches attribuées aux autres personnels de santé

| Personnels de santé | Interventions lors de la CM |
|------------------------------|--|
| Médecin /interne en médecine | <ul style="list-style-type: none"> • Le recueil des informations à l'admission et à la sortie. • Exploitation, partage du bilan médicamenteux et validation du bilan s'il est prescrit • Actualisation de la prescription médicamenteuse. • Enregistrement du dossier du patient. • Gestion des divergences. • Rédaction de la prescription de sortie. • Entretien avec le patient. • Information du patient sur les changements de ses médicaments. • Transmission sécurisée des informations. |
| Infirmier | <ul style="list-style-type: none"> • Recherche active d'informations sur les médicaments du patient à l'admission. • Formalisation du bilan médicamenteux à l'admission. • L'information du patient sur les changements de ses médicaments. • Transmission sécurisé des informations à la sortie. |
| Secrétaire médical | <ul style="list-style-type: none"> • Recueil d'information utile à la rédaction du BM. • Transmission sécurisé des informations à la sortie. |

Partie B

I.3. Qui concilier ?

Tous les patients sont adoptables à la CM, l'optimal est de ne pas cibler certains patients et exclure les autres, l'idéal est de concilier tous les patients.

Mais malheureusement, le manque de personnel a limité cette activité et la rendue applicable sur certaines populations avec l'exclusion des autres, selon les critères d'inclusions et d'exclusions de l'étude. (25)

Certaines études étaient faites exclusivement sur les patients âgés, comme l'étude de Pérennes [Pérennes, Carde, Nicolas et al., 2012] qui s'est intéressée aux patients de plus de 65 ans, car les patients âgés sont les plus exposés au risque d'erreur et d'iatrogénie médicamenteuse, à cause de poly-médication et leurs mauvaise observance médicamenteuse.

Certaines priorisent les patients à risque en incluant des différents facteurs, tels que les médicaments à haut risque, les hospitalisations répétées, les maladies chroniques qui nécessitent plus d'adaptations thérapeutiques, mais le problème c'est que cette méthode a besoin de chercher leur antécédents médicaux et leur historiques médicamenteux, ce qui rend cette étude lourde et nécessite un gros travail de conciliation. De même, les patients peuvent ne pas être considérés à risque au moment de l'admission, tandis qu'ils le seront lors de la sortie d'hospitalisation à cause de leur traitements lors de l'hospitalisation.

D'autres encore ont choisi de se concentrer sur le nombre de médicaments et ils ont décidé de concilier uniquement les patients polymédiqués, la majorité des études combinent plusieurs critères.

Quelques études ont proposé de mettre en œuvre la CM dans les services des urgences, pour avoir un recueil exhaustif des informations sur le patient en permettant une diminution des erreurs des prescriptions médicamenteuses après le transfert du patient à un autre service, cela permet un travail de qualité.

Cependant, tous les patients doivent bénéficier de la CM, car le but ultime de cette dernière est de concilier tout le monde. (13)

I.4. Objectifs de la conciliation médicamenteuse :

La CM vise à réduire les erreurs médicamenteuses, comme par exemple lorsque le patient interrompt ses médicaments habituellement pris lors de son admission au service d'hospitalisation, ou bien lorsqu'il y aura un changement des voies d'administrations, ou changement incorrect des doses et des formes galéniques, prescription de deux médicaments qui ont le même principe actif, la poursuite ou l'ajout injustifiable des médicaments, interruption des traitements habituels du patient à sa sortie, etc, En assurant une transmission exacte et correcte des informations sur le traitement du patient aux points de transition.

Les points de transition sont l'admission, la sortie vers le domicile ou autre plan de prise en charge et les transferts entre services. Ces derniers (les transferts) sont des sources majeures d'EM,

Partie B

car ils sont des étapes potentiellement critiques du fait que les médecins hospitaliers des différents services, où le malade a été transféré n'ont pas toujours les informations nécessaires et fiables sur le traitement du patient cela se passe beaucoup plus avec les patients âgés et polymédiqués (21) (30) (31)

Donc la CM vérifie et coordonne la prise en charge du patient, ainsi qu'elle adapte le traitement en fonction de la raison de l'hospitalisation, mais aussi en fonction des paramètres physiologiques, et pathologiques en cause et les comorbidités associées.

Elle vise aussi à diminuer les recours aux hospitalisations comme les accès aux urgences ou les ré-hospitalisations répétées et non programmées grâce aux activités de la CM tel que l'accompagnement thérapeutique du patient à sa sortie, elle se poursuit même en ville pour assurer une continuité médicamenteuse. (21)

Selon le guide français OMEDIT, la mission principale de la CM est d'assurer la sécurité du patient le long de son parcours de soin et sa prise en charge médicamenteuse, en visant 5 grands problèmes qui peuvent mettre le patient en danger qui sont :

- La prévention des infections associées aux soins.
- La prévention des erreurs commises en chirurgie.
- La prévention des erreurs de prescription médicamenteuse aux points de transitions, cela a fait l'objet au projet Med'Rec.
- La prévention des erreurs de communication lors du transfert des patients entre les services.
- Une attention pertinente aux médicaments concentrés injectables.

La CM garantit aussi une bonne éducation thérapeutique pour le patient. (32)

I.5. Recommandations internationales :

Il existe plusieurs recommandations internationales qui témoignent de la nécessité d'instaurer la CM dans les services de soins.

Aux Etats-Unis, la CM est incluse dans les critères de certification des établissements de santé depuis l'année 2005.

Au Canada, les Canadiens utilisent le terme bilan comparatif médicamenteux qui correspond à une pratique organisationnelle requise par les certifications des établissements de santé. (13).

En France la CM se développe grâce à :

I.5.1. Haute autorité de santé :

C'est une autorité publique scientifique indépendante la HAS, elle a pour objectif le développement et l'amélioration de la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social, pour le bénéfice des personnes. Cette autorité a été créée en 2010, un manuel de certification qui peut servir avec la référence 20 la thérapeutique médicamenteuse selon ce critère : « La prise en charge médicamenteuse en établissement de santé doit assurer au bon patient l'apport

Partie B

du bon médicament, à la bonne posologie, selon la bonne voie, dans les bonnes conditions et au meilleur coût ». Pour sa continuité on est obligé de prendre en compte le traitement du patient avant l'admission documenté, le traitement au moment des transferts et de sortie ainsi qu'il faut établir une bonne coopération et coordination avec le personnel de santé. (13)

I.5.2.La société française de pharmacie clinique :

En Septembre 2012 la SFPC a établi des recommandations de bonne pratique de la pharmacie clinique, elle a précisé ce que l'analyse pharmaceutique doit comporter, pour cela elle a classé 3 niveaux d'analyses, ces niveaux dépendent de l'état et de la situation du patient.

Le premier niveau consiste à une revue des prescriptions cela pour les patients connus, le deuxième niveau consiste à la revue des thérapeutiques pour des patients connus avec une situation en évolution et le troisième s'agit d'un suivie pharmaceutique, ce niveau fait intervenir la CM, l'information du patient et l'éducation thérapeutique, il doit être appliqué aux nouveaux patients dont la maladie est en évolution (33) (25)

I.5.3.L'initiative des High 5s :

C'est un projet internationale crée en 2006 ,il s'agit d'un projet collaboratif qui est inclus dans le programme sur la sécurité des patient de l'OMS ,cette initiative est élaborée sur la base d'un partenariat entre le Commonwealth Fund, l'OMS, la Joint Commission International, et les pays constructeurs : l'Allemagne, l'Australie, le Canada, les Etats-Unis, la Nouvelle-Zélande, les Pays-bas et le Royaume-Uni et la France qui s'est inscrite en 2009 .

Le nom de High 5s dérive de la volonté de résoudre de manière significative, pérenne et mesurable, cinq majeurs problèmes de sécurité pour le patient, qui sont classés comme prioritaires par l'OMS dans ces pays, les 5 points sont :

- La précision de la prescription des médicaments aux points de transition.
- La prévention des erreurs de site opératoire en chirurgie.
- précautions lors d'utilisation des médicaments concentrés injectables.
- Les défaillances dans les transmissions infirmières.
- Les infections associées aux soins. (11)

I.5.4.Le SOP Med'Rec :

Un SOP est une pratique organisationnelle standardisée, il s'agit d'un ensemble d'instructions, permettant une prise en charge spécifique et de façon régulière pour un patient. Parmi les moyens trouvés par ce projet on note celui qui nous intéresse qui est la sécurité de la prescription médicamenteuse aux différents points de transitions, appelé RECONCILIATION MEDICAMENTEUSE ou Med'Rec.

Partie B

Le SOP Med'Rec inclus: un processus standardisé défini de conciliation des traitements médicamenteux, un plan de mise en œuvre et un plan d'évaluation.

Les recommandations sont nombreuses au niveau international ; de cela on conclue que la CM est devenue un véritable besoin dans les soins et les pratiques courantes dans les établissements de santé. (11)

II. Processus de la CM

II.1. Les quatre séquences de la CM :

Sachant que la CM est un processus rigoureux pluridisciplinaire, faisant intervenir plusieurs personnels de santé, selon l'haute autorité de santé, elle est constituée d'un enchaînement de 4 étapes consécutives dont aucune étape ne peut être ignorée (34)

Chaque étape a ses propres outils et modalités pratiques pour mise en œuvre particulière. (35)

II.1.1. le recueil des informations :

C'est l'étape de la recherche active des informations sur tous les produits de santé du patient afin de rédiger une liste de l'ensemble des médicaments pris par le patient même si il s'agit d'automédication, phytothérapie ou la prise de compléments alimentaires, cette étape repose essentiellement sur l'historique médicamenteux du patient, de ce fait elle exige pleines de sources d'informations pour être optimisée.

Le point de départ est l'entretien avec le patient, il se débute généralement par une présentation du patient ainsi que sa profession, son identité, sachant qu'on doit expliquer au patient l'objectif de cet entretien par exemple : Je souhaiterais échanger avec vous à propos des médicaments que vous prenez habituellement juste pour être sûr que la liste que nous disposons est exacte et actualisée, ensuite on pose des questions ouvertes sur l'observance, les pathologies et tous les produits de santé pris par le patient quotidiennement par exemple : «Quels sont les médicaments que vous preniez avant votre admission ? Depuis combien de temps avez-vous ce traitement ?,,,,,, », si le patient ne connaît pas son traitement médicamenteux, l'entretien peut se faire avec ses proches, ce qui se passe généralement dans les services de psychiatrie. (36)

Le contact avec le médecin traitant ou la lecture de la lettre du médecin spécialiste sont considérées aussi comme des sources d'informations fiables, d'autre part la pharmacie d'officine constitue selon la littérature une source d'information exhaustive indiquée quand les patients sont fidèles à leurs pharmaciens d'officine.

D'autres sources d'informations sont utilisées tels que la consultation du dossier médical du patient ou l'analyse du dossier pharmaceutique, l'analyse des médicaments rapportés par le patient, autrement appelés « pharma-bag », les ordonnances ramenés par patient.

D'un autre côté la formation et l'expérience de la personne qui fait la collecte sont exigées pour un historique correct. Le recueil des informations peut être influencé par le

Partie B

temps imparti pour la collecte des données et l'espace disponible pour faire les recherches. (37)

II.1.2. la synthèse des informations :

Il est recommandé de confier cette étape à des pharmaciens experts, cependant tous les prescripteurs peuvent la réaliser (médecin, dentiste ou sage-femme).

La base de cette étape est la rédaction du bilan médicamenteux optimisé (BMO), ce dernier est une démarche bien structurée permet l'élaboration d'une liste exhaustive, précise et complète des médicaments pris ou à prendre par le malade avant son hospitalisation pour qu'il sera intégré dans la fiche de conciliation médicamenteuse.

Il ne s'agit pas d'une prescription ou d'une ordonnance, le BMO consiste à regrouper tous les médicaments prescrits par le médecin traitant ou par un spécialiste et même les médicaments pris par automédication de fait que ces médicaments peuvent engendrer des effets secondaires et des interactions médicamenteuses significatives avec le traitement habituel du patient car les médicaments de vente libre sont généralement peu ou non suivis lors des hospitalisations ; un BMO correcte doit contenir aussi les vitamines, les médicaments de phytothérapie, et n'importe quel produit de santé (26)

Tous les médicaments inclus dans le BMO doivent comprendre: Le nom du médicament (commercial ou le DCI), le dosage, la forme galénique, la voie d'administration ainsi que la posologie, la durée et le rythme d'administration, on peut même introduire la date du début de traitement et la dernière heure de prise du médicament. (38)

Les médicaments regroupés sont signalés dans plusieurs sources d'informations par leurs nom générique ou de bio-similaire, le dosage aussi diffère d'une source à l'autre ainsi que la posologie et la durée du traitement, les formes galéniques qui influencent sur la pharmacocinétique du PA par conséquent sa posologie ; toutes ces informations doivent être croisées et synthétisées, il est idéal de croiser au moins 3 sources d'information, voire plus, pour avoir un bilan le plus optimisé possible (37)

Quand la liste des médicaments regroupés est complète, elle servira pour le diagnostic et la rédaction de l'OMA, en prévoyant un effet indésirable médicamenteux ou en proposant un bilan sanguin ou un changement de médicament.

Il est à noter que le BMO n'est pas l'historique médicamenteux, du fait que ce dernier est plus vaste que le BMO car le BMO inclut les médicaments pris par le patient un jour donnée tandis que l'historique médicamenteux aborde l'évolution des médicaments pris par le patient sur une période donnée, et aussi l'historique médicamenteux intègre les vaccins, les produits de contraste iodé, les allergies , donc le BMO constitue un bref historique médicamenteux du patient lors de son hospitalisation. (13)

II.1.3. la validation du BMO :

Partie B

L'objectif de cette étape est d'attester la fiabilité du BMO et de lui donner un caractère officiel, permettant la consolidation de la prescription ultérieure des médicaments, un bilan validé sert de support utilisé par tous les personnels de santé afin d'assurer la continuité de la prise en charge du patient, il est présent sur la fiche de CTM le long du parcours de soin du patient, la fiche est complétée par la suite par des diverses informations tel que les divergences repérées.

La validation du BM consiste à vérifier la bonne pratique des étapes de conciliation, garantir la cohérence du bilan vis-à-vis les informations recueillies, l'analyse est indissociable de cette étape.

Il est impératif de confier cette étape à un pharmacien expert, il engage sa responsabilité en signant la fiche de conciliation; Toutefois le BM peut être validé par un médecin à défaut par un interne d'après le guide de conciliation tout prescripteur peut valider un bilan médicamenteux. (26) (35)

II.1.4. le partage et l'exploitation du BMO :

La première étape de la CM garantie la réussite de ce processus et la quatrième permet d'apprécier l'impact qualitatif de la CM le long du parcours de soin du patient, cette séquence vise à optimiser la prescription, la dispensation ainsi que l'administration des médicaments elle aboutit à une décision intentionnelle de modification ou reconduction des traitements médicamenteux ou même l'arrêt du médicament.

Elle sert à la démarche de diagnostic, et aboutit à la diminution des problèmes de communications, cette étape permet l'échange des informations avec le patient ou sa famille propos du traitement médicamenteux.

Le partage et l'exploitation du BMO est fondé sur la collaboration et l'échange des informations entre médecins et pharmaciens, ainsi qu'il concerne tous les personnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient.(39)

Cette étape consiste à associer le bilan à une nouvelle prescription ou bien le comparer à la prescription en cours ce qui permet de repérer les divergences et les analyser cela constitue la conciliation proprement dite

Il est recommandé de partager les informations avec tous les professionnels de santé et d'informer le patient et son entourage sur les changements de son traitement cela est réalisé par un médecin, pharmacien, sage-femme ou infirmier (26)

II.2. Les modes de la CM :

Lors de l'établissement du BMO on est face à deux situations dépendantes au moment de la rédaction de l'OMA :

II.2.1. Définition de l'OMA :

Appelée l'ordonnance des médicaments à l'admission du malade dans le service hospitalier, il s'agit de la première ordonnance délivrée au patient lors de son hospitalisation

Partie B

,elle contient les médicaments pris en routine par le patient avant l'hospitalisation, poursuivis après une modification ou non tout dépend de l'état clinique du patient, elle contient aussi les médicaments additionnés par les personnel de santé responsables dans le service d'admission. (40)

II.2.2. La conciliation dite Proactive :

Se passe lorsque le BMO est établi avant la rédaction de toute ordonnance c'est la pratique idéale et la plus sûre, du fait que le prescripteur dispose du BMO et le prend en compte lors de la rédaction de l'OMA, tout changement sera noté et enregistré, ainsi que le prescripteur doit assurer la traçabilité du bilan médicamenteux.

Ce mode permet la prévention des erreurs médicamenteuses car le nombre de divergences intentionnelles non documentées ou non intentionnelles est théoriquement absent.

II.2.3. La conciliation dite rétroactive :

Dans ce mode le BMO est réalisé et pris en compte autant que besoin après la rédaction de l'ordonnance il sera ensuite comparé à la prescription en cours, en permettant de détecter et d'intercepter les divergences possibles entre le bilan et l'ordonnance.

Les éventuels écarts signalés seront communiqués au prescripteur de l'ordonnance Les changements qui vont être fait doivent être documentés et le prescripteur doit assurer la traçabilité de la prise en compte du bilan médicamenteux.

Lorsque le mode est rétroactive, le risque est élevé car le prescripteur ne peut pas utiliser le BMO lors de la rédaction de l'ordonnance ou au mieux il utilise un bilan partiel ne peut même pas l'utilisé lors de la prescription, ainsi que l'influence du délai d'obtention des informations ce qui le rend en retard dans la prise en charge du patient.

Le nombre des éventuels écarts, autrement appelés les divergences est de fait plus important que celui trouvé dans le mode proactif, ces divergences seront par la suite documentées ou corrigées. Pour la sécurité du patient il faut obligatoirement retourner sur la première prescription.

Malgré que la conciliation rétroactive ne prévient pas les erreurs médicamenteuses, elle reste la conciliation la plus courante car elle est la plus facile dans sa mise en œuvre (40)

II.3. Les divergences :

Le principal objectif de la CM est la détection et la clarification des éventuelles divergences, ce qui permet la prévention contre les EM et les EIM possibles (41)

Les divergences détectées peuvent être de deux types :

II.3.1. Divergences intentionnelles non documentées:

Partie B

Elles se figurent lorsque le prescripteur modifie le traitement (ajout , arrêt ,modification de la dose) et ne mentionne pas la modification sur le dossier du patient, donc elles sont dues à un défaut de traçabilité , cela peut engendrer des EM et des confusions (42)

II.3.2. Divergences non intentionnelles :

Dans ce cas le prescripteur modifie le traitement involontairement ou oublie complètement un ou plusieurs médicaments pris en routine par le patient ce qui correspond à une EM capable d'engendrer des effets indésirables potentiels (42) (43)

II.3.3. La règle principale pour la conciliation des divergences :

La classification et la caractérisation des divergences se fait en 3 étapes selon la règle suivante :

- a) A partir de cette étape, les médicaments acquièrent différents statuts : Ajouté, arrêté, suspendu, substitué, poursuivi avec /ou sans modification, car pour chaque ligne de médicament il existe une décision médicale.
- b) Dans la deuxième étape, on définit si la décision médicale est documentée dans le dossier du patient ou non, si elle l'est, la ligne du médicament est validée, dans le cas contraire il s'agit d'une divergence.
- c) A ce stade il faut faire le point avec le prescripteur pour déterminer le degré d'intention en ce qui concerne la divergence non documentée, ce qui qualifie cette dernière en divergence intentionnelle ou non intentionnelle. (40)

II.3.4. Le chemin à suivre après la conciliation des divergences :

La règle de conciliation suivie peut aboutir à 3 décisions possibles dans chaque ligne de médicament :

- la ligne de médicament étudié est validée.
- Si la règle a permis d'identifier une divergence intentionnelle non documentée (NDI) la décision du prescripteur est donc à expliciter en la mentionnant dans le dossier du patient.
- Quand il s'agit de divergence non intentionnelle (NI) la prescription doit être corrigée dans le dossier du patient car c'est une EM, si elle n'est pas corrigée elle engendre des effets lourds chez le patient (40)

II.4. Les types de conciliation des traitements médicamenteux :

II.4.1. La conciliation à l'admission :

Le terme « Admission » selon la plupart des hôpitaux est estimé de 24 à 48 heures ,cette conciliation consiste à une identification précise et exacte des médicaments pris par le patient avant son admission autrement dit l'établissement du BMO et la comparaison de ce dernier avec l'OMA pour détecter les éventuelles divergences, cela pourra amener le médecin

Partie B

prescripteur à maintenir ou non le traitement habituel du malade, ainsi qu'il doit documenter systématiquement les médicaments arrêtés à l'admission.

Si au moins un médicament arrêté n'est pas figuré dans la prescription d'entrée, et aucune information à propos de la décision de médecin n'est mentionnée, il sera donc obligatoire de l'avertir, par conséquent il doit le prescrire ou confirmer que la lacune était étudiée.

La conciliation à l'admission facilite le processus de sortie, par contre le temps de sa réalisation est un peu long, notamment pour les personnes gravement atteints pour lesquels la réalisation du BMO est impossible, cela se manifeste surtout dans les urgences. (13) (36)

II.4.2. La conciliation au moment du transfert :

La HAS a affirmé qu'au sein de l'hôpital, les EM surviennent particulièrement aux points de transition (admission, transfert entre les services et la sortie) pendant la prise en charge des patients dans les services de soins.

En 1999, un organisme indépendant fondé à Boston portant le nom de « l'institut for helthecare improvement » avait pour objectif l'amélioration et le développement des soins, cet organisme a estimé qu'environ 46% des EM se produisent aux points de transition, et que la CM a la possibilité de refouler ces erreurs en s'assurant que le patient prend son traitement au complet et qu'il ne prend pas des médicaments non souhaités. (44)

Lorsque le patient est transféré d'un service vers un autre, le médecin prescripteur dans le nouveau service doit revalider l'ancienne prescription ou la modifier, pour multiples raisons il peut prescrire une nouvelle ordonnance, dans ce cas c'est la conciliation médicamenteuse au moment du transfert qui est appliquée, cette dernière repose sur la comparaison entre la liste des médicaments prise par le patient avant l'admission et la nouvelle prescription du nouveau service selon l'ordre du transfert.

La politique et les méthodes de prescriptions sont différentes entre les prescripteurs pour cela il peut y avoir des erreurs lors du transfert. Si un ou plusieurs médicaments de pré-transfert ne seraient pas renouvelés, il est donc nécessaire d'informer le prescripteur du nouveau service pour qu'il confirme la modification volontaire ou il represcrit le médicament oublié. (13)

II.4.3. La conciliation de sortie :

A la sortie de l'hospitalisation, le patient se trouve confronté avec plusieurs documents administratifs en plus l'ordonnance de son traitement médicamenteux qui lui a été prescrit, il peut être incapable de comprendre pourquoi certains médicaments ont été rajoutés ou disparues, c'est à ce niveau qu'intervient la CM de sortie.

Elle constitue l'un des modes de CM les plus pratiqués dans les études après la CM à l'admission elle permet la prévention des EM qui peuvent survenir juste avant la sortie d'hospitalisation et garantit la permanence de la prescription lorsque le patient hospitalisé revient à son domicile.

Partie B

La CM à la sortie constitue un moyen de partage aux professionnels de santé de ville les informations relatives au traitement du patient, elle permet aux pharmaciens d'officine l'optimisation de la dispensation (45)

La CM de sortie consiste à comparer le BMO d'admission ainsi que les médicaments administrés lors de l'hospitalisation avec la prescription de sortie et détecter les éventuelles divergences, pareil aux autres types de conciliations il est primordial d'informer le médecin si les médicaments prescrits au niveau du dernier service ne sont pas présents sur la prescription de de sortie, ainsi qu'il faut élaborer un résumé des modifications des traitements lors de la sortie.

A la sortie de l'hospitalisation, les professionnels de santé seront occupés par plusieurs activités comme les courriers de sortie, les prescriptions, la finalisation des dossiers, ce qui rend difficile l'intégration de la conciliation de sortie à ce niveau, car cela donne une fausse impression que cette conciliation ajout un travail de plus au cliniciens.

Bien au contraire elle renforce la sécurité des patients et permettrait de prévenir les rechutes et de diminuer les taux des ré-hospitalisations.

Il est à noter que l'éducation thérapeutique des patients par les pharmaciens au moment de la sortie de l'hospitalisation a aussi son rôle. (46)

II.5. Les indicateurs de suivi:

Dès la première phase d'implantation de la CM, les indicateurs de suivi lié à cette dernière sont réfléchis et déterminés avec précision, sachant que le principe est de garder uniquement les indicateurs essentiels pour ne pas imposer une charge élevée de travail sur les personnels pratiquant la CM.

Les indicateurs cités ci-dessous sont des exemples seulement, c'est à l'établissement de choisir les indicateurs :

II.5.1. Les indicateurs d'activité :

- Nombre des patients conciliés.
- Nombre des patients conciliés rapporté au nombre des patients hospitalisés non conciliés.
- Le temps en minutes pour établir le BMO.
- Le temps en minutes pour valider le BMO et faire la CM.

II.5.2. Les indicateurs de qualité :

- Taux de satisfaction des médecins et d'autres professionnels de santé.
- Nombre des divergences intentionnelles par patient subir une CM.
- Nombre des médicaments pris en domicile par patient.
- Nombre des sources d'informations utilisées.

II.5.3. Indicateurs de performance :

Partie B

- Le délai de conciliation (inférieur à 24h, entre 24 et 48 h, 72h ..)
- Mode proactif /mode rétroactif

Ces indicateurs font l'objet d'un suivi rigoureux par le médecin ou le pharmacien (41)

II.6. « Ne pas confondre la CM avec l'analyse pharmaceutique , la révision globale des traitements médicamenteux ,l'éducation thérapeutique , les RMM, les REMED et CREX (méthodes d'EPP) »

Plusieurs concepts visent à maîtriser les risques liés aux soins, mais chacun se différencie de la CM par ses objectifs, son enchaînement, sa structure

II.6.1. L'analyse pharmaceutique : réalisée par un pharmacien, elle peut aboutir à une intervention afin de résoudre les problèmes liés à la stratégie thérapeutique suivie, tandis que la CM détecte les divergences non documentées par une recherche des informations complètes sur le traitement.

II.6.2. la révision de la médication (Medication Review) : autrement appelée « la révision globale des traitements » il s'agit d'une analyse critique bien structurée des médicaments des patients, vise à faire un consentement avec le patient à propos de son TRT, cette révision impose de maîtriser le traitement du malade en perspective en regard de ses souhaits, ses paramètres d'évaluation pharmacologique, ses comorbidités, afin d'abaisser les surcoûts et les problèmes liés aux médicaments.

II.6.3. L'éducation thérapeutique : processus pluriprofessionnel, se fait généralement après un séjour hospitalier, elle vise à aider les patients atteints de maladies chroniques pour mieux gérer leurs traitements.

II.6.4. RMM,REMED,CREX : La CM n'est pas une recherche approfondie des causes des EM contrairement au RMM qui gère les risques à posteriori type revue de morbidité –mortalité, ou la REMED (revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés) et le comité de retour d'expérience CREX. (26)

II.7. Les 10 commandements de la conciliation médicamenteuse :

1. Être proactif et dynamique.
2. Questionner le patient à propos de l'automédication.
3. Questionner le patient à propos des voies d'administration de ses médicaments.
4. Ne croyez jamais que le patient prend ses médicaments comme c'est indiqué dans la prescription.
5. Poser des questions ouvertes à la fin de l'entretien.
6. Les signes cliniques doivent être pris en compte pour reconsidérer le traitement comme approprié ou non.
7. L'adhésion médicamenteuse du patient doit être prise en compte.
8. Vérifier la rigueur des informations.

Partie B

9. Chercher les informations auprès des autres personnels de santé.
10. Utiliser la check-liste pour l'établissement du BMO (32)

II.8. Les 10 points clés pour implanter la conciliation médicamenteuse :

1. Ne pas attendre la disponibilité des différents moyens et ressources.
2. Faire une formation en pharmacie clinique et faire bénéficier les autres personnels de cette formation.
3. Déterminer le périmètre (admission , sortie)
4. Définir un plan précis de déploiement (patients et services de soin à prioriser)
5. Déterminer les besoins à propos du matériel ou des ressources humaines (interne, externe, préparateur en pharmacie ou d'autre personnels médicales)
6. Organiser de nouveau les activités au sein de la PUI.
7. Déterminer les indicateurs de suivi.
8. Institutionnaliser la démarche.
9. Intégrer les professionnels de santé libéraux (pharmacien d'officine par exemple) et développer les partenariats.
10. Implanter une stratégie de communication. (32)

II.9. Les limites de la conciliation médicamenteuse :

- La complexité de l'introduction d'une nouvelle pratique dans les établissements hospitaliers.
- On ne peut pas l'appliquer sur tous les patients.
- Il faut un pharmacien dédié.
- Le manque de mobilisation des acteurs participants de ville.
- C'est un circuit qui n'est pas toujours efficient.
- Une démarche non exhaustive.
- Accès limité au DP.
- Multitudes des variations entre les services.
- Manque de ressources matérielles et humaines.
- les problèmes liés au temps.
- Manque des sources d'information ou système d'information inadapté.
- La présence de messagerie sécurisée.
- Les difficultés lors de la conciliation de sortie. (32)

III. Impact clinique et économique de la conciliation médicamenteuse :

Ces dernières années, quelques études ont démontrées l'intérêt de la CM dans la progression et l'amélioration de la prise en charge des patients hospitalisés et la valeur qu'elle ajoute pour la diminution des iatrogénies médicamenteuses.

Partie B

L'étude de Santucci est une étude multicentrique, basée sur la conciliation médicamenteuse à l'entrée, l'analyse pharmaceutique avec réévaluation totale des traitements médicamenteux, et aussi le partage des informations avec le patient et les personnels de santé impliqués dans son parcours de soin, l'ensemble de ces activités est appelées « les consultations pharmaceutiques » qui visent à déterminer l'impact de ces dernières sur la survenue des éventuelles EM.

L'étude a démontré que les consultations effectuées ont diminué d'une façon significative le taux des EM, ainsi que le taux des EIM a diminué à 50% entre l'entrée et la sortie du patient de l'hôpital.

En 2015 une étude réalisée à CHU Canada, révèle que la grande partie des professionnels de santé interrogés contemplant l'utilité de la CM dans la prévention des erreurs médicamenteuses et la sécurisation de la prise en charge des patients hospitalisés.

8 mois après l'instauration de la CM au sein de CHU Bayeux en France, les médecins interrogés déclarent que cette démarche les a permis de gagner le temps, 87% parmi eux n'imaginaient pas l'intensité des divergences observées entre le traitement de routine du patient et celui prescrit à l'admission de l'hôpital.

Des études étaient faites uniquement sur la CM de sortie, ont affirmé que cette dernière diminue le taux de rehospitalisations en rapport avec les effets indésirables médicamenteux.

En 2013 une étude de REPHVIM (Relations Pharmaceutiques Hôpital Ville et Iatrogénie Médicamenteuse) concerne la CM de sortie, réalisée dans 22 centres hospitaliers français a démontré qu'une forte communication entre les pharmaciens hospitaliers et les pharmaciens d'officine diminue à 25% le nombre des patients ayant au moins un dysfonctionnement une semaine après la sortie de l'hôpital (par erreur dans la prescription, la dispensation ou défaut d'observance). La CM de sortie conduit à une diminution de 18,5% les problèmes d'iatrogénies avérées et de 40,3% les problèmes d'iatrogénie sévère.

Pendant la même année une enquête près des praticiens hospitaliers et des acteurs de ville ainsi que les patients et leurs entourage a été menée à CHU Strasbourg dans un service de rhumatologie dont le but est de contester la valeur ajoutée et la pertinence de la CM de sortie, les prescripteurs du service ont déclaré que la CM de sortie les aide au moment de la rédaction de la prescription de sortie, elle permet aussi une bonne observance thérapeutique des patients ainsi qu'une meilleure information et éducation thérapeutique.

En ce qui concerne les personnels de ville impliqués, l'étude a démontré que 88% et 61% des pharmaciens n'ont pas de connaissance sur la CM, cependant la majorité d'entre eux admettent l'utilité des conseils et les explications à propos des modifications des traitements des patients pendant leur hospitalisation, ils affirment le rôle de la CM dans l'optimisation du relais « hôpital-ville ».

D'un autre côté, l'entretien de sortie réalisé entre pharmacien et patient a apporté dans 53% des cas, plus de conseils par rapport à ceux réalisés par le médecin ou l'infirmier, les

Partie B

patients étaient satisfaits par les informations et les conseils qu'ils ont eu lors de l'entretien avec le pharmacien. (47)

Partie Pratique

I. Présentation du service de psychiatrie du C.H.U Tlemcen, Algérie :

Tlemcen est une wilaya située dans le Nord- Ouest algérien, s'étend sur une superficie de plus de neuf mille (9000) km² répartie sur cinquante-trois communes et compte une population d'environ un million trois cent trente-deux habitants selon le dernier recensement. Elle dispose d'un seul service de psychiatrie situé au niveau du centre hospitalier universitaire, c'est ici que notre étude s'est déroulée.

Il dispose d'une unité d'hospitalisation répartie entre 22 lits pour les hommes et 13 lits pour les femmes, ce dernier, possède une unité de consultation avec quatre bureaux, recevant en moyenne quatre-vingt patients par jour.

Au sein du service suscité, se trouve une unité réservée aux urgences psychiatriques contenant une salle de soins.

II. Type de l'étude :

Afin de réaliser notre, nous avons eu recours à une étude observationnelle prospective sur un groupe de patient admis au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie du 15 Octobre 2019 jusqu'à la fin Mai 2020.

III. Contexte et objectifs :

III.1. Objectif principal :

- Evaluer l'application de la conciliation médicamenteuse au niveau du service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie.

III.2. Objectifs secondaires :

- Evaluer l'observance des patients conciliés hospitalisés au service de psychiatrie du CHU Tlemcen.
- Evaluer le taux de satisfaction des médecins du service vis-à-vis cette approche.

III.3. Critères d'inclusion :

- Patients des 2 sexes, âgés de 18 à 60 ans admis au service de psychiatrie de CHU Tlemcen, Algérie.
- Patients ayant un suivi psychiatrique.
- Patients qui ont accepté la participation à cette étude et qui ont rempli les fiches de conciliation.
- Patients dont leur séjour dépasse les 03 jours.

III.4. Critères d'exclusion :

- Transfert vers un autre hôpital ou un autre service de l'établissement.
- Délai de remplissage de la fiche non respecté.

Partie pratique

- Incapacité de donner un consentement éclairé.
- Décès au cours de l'étude.
- Patients n'ayant pu être joints après 3 mois.

III.5. Critères de jugement :

- Le critère de jugement principal :

Le critère de jugement principal de cette étude, est le taux de ré-hospitalisation des patients à 3 mois. Il est évalué à l'aide des données recueillies lors de l'appel du patient et du médecin traitant à 3 mois.

- Critères de jugements secondaires :

1. l'impact de l'observance sur la rechute et la ré-hospitalisation des patients au service de psychiatrie par le biais du questionnaire de Girerd et les fiche de suivi après la sortie de l'hospitalisation.
2. Evaluer le taux de satisfaction du médecin traitant vis-à-vis de la fiche de conciliation médicamenteuse à l'aide d'un questionnaire.

IV. Matériel et méthodes :

IV.1.Méthode d'investigation retenue :

La méthode de travail réalisée au service de psychiatrie au C.H.U Tlemcen, Algérie, par nous les investigateurs (internes en pharmacie) « du 15 Octobre 2019 à la fin Mai 2020 », était inspirée de la méthodologie conseillée par la SFPC et le guide de la mise en place de CTM du HAS de décembre 2016, en plus d'une adaptation avec nos conditions de travail.

L'évaluation de la fiche de conciliation médicamenteuse était réalisée sous forme d'une étude d'intervention prospective, dans le cadre de l'amélioration des pratiques quotidiennes et de la prévention des ré-hospitalisations au service de psychiatrie du C.H.U Tlemcen, Algérie.

La fiche de conciliation médicamenteuse (Annexe 03) était conçue comme une synthèse des changements médicamenteux réalisés, énumérant les médicaments pris avant et à la sortie de l'hospitalisation (Annexe 04), ainsi que l'explication des modifications thérapeutiques réalisées pendant l'hospitalisation :

- Evaluer des écarts de prescription entre le traitement pris par le patient à titre externe et le traitement à son admission.
- Justification des écarts ou interception des erreurs médicamenteuses.
- Prévention ou correction des erreurs médicamenteuses.
- Diminution du nombre d'évènements indésirables médicamenteux.

IV.1.1.Ethique :

Partie pratique

La population concernée par l'étude est particulière du fait de la pathologie schizophrénique qui peut altérer les capacités cognitives du patient, pour cela le tuteur doit être préalablement informé.

De ce fait, nous avons préalablement pris en compte l'accord des tuteurs légaux, en élaborant un consentement qui garantit l'anonymat de l'étude, le respect du choix des familles pour la participation ou non dans l'étude, nous les avons informés aussi sur le but et l'objectif de notre travail.

A la fin, nous les avons invités à signer un consentement, après qu'ils aient accepté la participation à notre étude (Annexe 01)

IV.1.2.Déroulement de l'étude :

Notre travail était effectué sur trois niveaux :

- A l'admission des patients
- A la sortie
- Après 3 mois de la sortie de l'hospitalisation.

A l'admission, nous avons demandé l'accord des patients et/ou leurs familles pour la participation en réalisant un entretien et nous avons expliqué notre étude ainsi que ses objectifs.

Ensuite, nous avons recueilli les informations nécessaires concernant les patients et leurs traitements habituels, par le biais des fiches de recueil des informations sociodémographiques, cliniques, et thérapeutiques des patients (Annexe 02), des fiches de CM (Annexe03) et d'un questionnaire d'observance des patients vis-à-vis leurs traitements.(Annexe 06)

A la fin, nous avons conciliés les patients à la sortie de l'hospitalisation ,on a remplis des fiches de sortie (annexes 04) après consultation des ordonnances de sortie que ce soit la veille ou le jour de sortie.et nous avons réalisé un suivi de ces patients durant les 3 mois qui suivent leur sortie, à l'aide d'une fiche de suivi trouvée dans l'Annexe 05 . Pour les critères de suivi nous avons pris en compte :

- La stabilité des patients : le patient n'aura pas ou peu de signes, pas de difficultés socio-professionnelles et pas de réapparition des symptômes.
- Le suivi convenable du TRT.
- Le respect des rendez-vous des consultations au service de Psychiatrie.

Cela était fait par des entretiens téléphoniques

IV.1.2.1.Recueil des données :

Le recueil des données était réalisé par les fiches citées au-dessus dont la saisie et l'analyse statistique était faite à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistique 20^{ème} édition

Partie pratique

IV.1.2.1.1.Source d'informations :

La moyenne des sources d'informations consultées pour tous les patients est de 3.25 source/patient, les trois sources les plus fréquemment utilisées étaient :

- l'entretien avec le patient (9.6%),
- le dossier médical du Patient (100%), et
- le médecin traitant (100%).

Dans 100% des cas, le dossier médical du patient était consulté, ce qui a permis de mieux comprendre l'état clinique du patient et son historique médical durant ses multiples hospitalisations au niveau de service, de plus tous les médecins traitants ont été consultés. Les autres sources d'informations utilisées sont les médicaments personnels apportés par les patients (1%) et leurs entourages familiaux (26.9%)

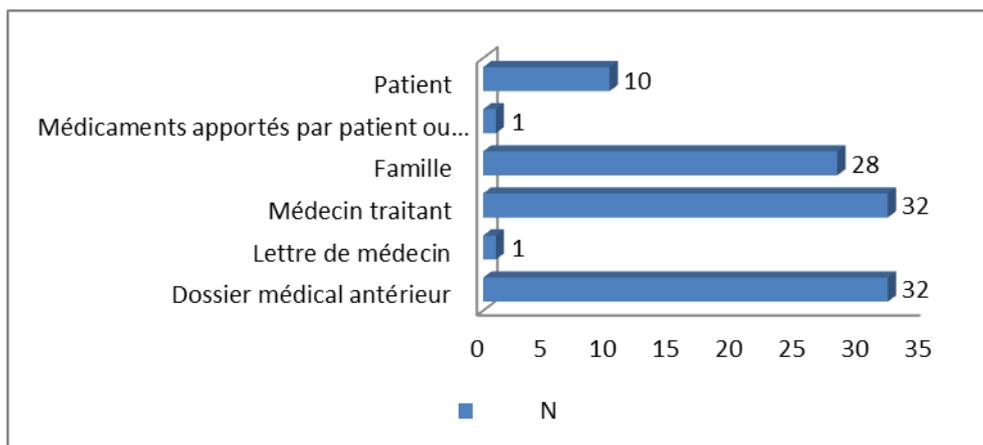


Figure 1 : Sources d'informations en nombre et en pourcentage

IV.1.2.1.2.Recrutement des patients :

Une fois que le médecin prend la décision d'admission du patient au service de psychiatrie de CHU Tlemcen, Algérie, le recrutement se fait par les internes par collecte d'informations, grâce aux questionnaires conçus pour cette étude, généralement l'entretien dur entre 15 et 30 minutes.

Durant l'entretien un recueil des informations sociodémographiques des patients (sexe, âge, niveau d'éducation, état civil, statut professionnel), des informations cliniques ((les ATCD personnelles et familiaux, les pathologies associées, l'allergie médicamenteuse, les habitudes toxiques), des caractéristiques d'hospitalisation (nombre d'hospitalisation, motif d'hospitalisation, date de la dernière hospitalisation) et des Coordonnés des médecins traitants nous a permis de mettre en place la fiche d'information.(Annexe 02)

IV.1.2.1.3.L'élaboration du BMO :

Partie pratique

Sur la fiche de CM, la liste des médicaments pris par le patient avant son hospitalisation sous l'appellation du BMO était remplie. (Annexe 03)

IV.1.2.2. Traitement des données :

Le traitement des données était fait par une analyse descriptive, comme suit :

- 1- Le BMO était analysé ligne par ligne et comparé avec l'OMA pour vérifier les écarts de prescriptions et obtenir les justifications de chaque modification.
- 2- Le statut de chaque médicament a été établi : Poursuivi, Arrêté, Modifié, Substitué ou Ajouté.
 - Pour le statut « modifié », chaque type de modification était indiqué, sur la fiche de conciliation. (MODIF dose, MODIF posologie, MODIF forme galénique ou de moment de prise).

Cela nous a permis de déterminer le caractère « Divergent » : si la ligne de l'ordonnance à l'admission ne correspond pas au BMO, ou « non divergent » : si elle est identique et mentionné sur chaque ligne de prescription, et le statut « documenté » ou « non documenté » lorsque les divergences sont signalées sur le dossier médical ou non.

Donc après l'analyse des divergences on était face à des divergences « intentionnelles » ou « non intentionnelles », « documentées » ou non « documentées ».

IV.2. Supports de l'étude :

IV.2.1. Questionnaires utilisés :

Trois questionnaires ont été utilisés :

- Un questionnaire à propos des informations sociodémographiques et cliniques du patient : (Annexe 02)
 - Non, prénom, date de naissance, adresse, état civil, profession, niveau d'étude, les ATCDMC,
 - Automédication, phytothérapie, habitudes toxiques,
 - Hospitalisations (Nombre d'hospitalisation(s), date d'admission, type d'entrée (s), motif d'hospitalisation(s), DDH)
 - Coordonnées du médecin traitant.
 - Traitement(s) habituel du patient (DCI du médicament ou nom commercial, dosage, formes galéniques, posologie).
- La fiche de conciliation des traitements médicamenteux (FCT) : (Annexe 03)
Document qui permet la comparaison entre le bilan médicamenteux et l'ordonnance en cours elle contient :
 - L'identification du patient, date de conciliation, la durée d'hospitalisation, le type de conciliation « proactif ou rétroactif ».
 - BMO (bilan médicamenteux optimisé) et OMA (ordonnance médicale d'admission) sur laquelle figure :

Partie pratique

- le nom,
- le dosage,
- la forme,
- la posologie repartie en quarts cases (matin, midi, soir, nuit), et

Elle précise pour chaque ligne de médicament comparée :

- le statut du médicament (poursuivi, arrêté, modifié, suspendu, substitué) ;
- le caractère documenté ou non de ce statut ;
- l'existence d'une divergence ;
- le caractère intentionnel ou non de la divergence ;
- la décision médicale relative aux divergences signalées ;
- les sources d'information utilisées pour établir le bilan médicamenteux optimisé.

➤ Questionnaire de Girerd : (Annexe 06)

Il s'agit d'un questionnaire validé, son objectif est de mesurer l'observance médicamenteuse des patients en cours de traitements et, le cas échéant, déterminer les facteurs qui expliquent la mauvaise observance. Plus qu'un outil de mesure, ce questionnaire est également un outil de sensibilisation des patients à l'importance d'une bonne observance dans la prise en charge de leurs maladies.

Le questionnaire de Girerd comporte 6 questions. Chaque réponse positive vaut un point.

L'observance est appréciée ainsi :

- Bonne observance : score = 0
- Minimale observance : score = 1 ou 2
- mauvaise observance : score ≥ 3

IV.2.2. Fiches utilisées :

En plus de ces questionnaires nous avons élaboré :

➤ Une fiche informative à propos de notre étude pour les patients et leurs familles : (Annexe 01)

Elle aborde :

- La présentation des réalisateurs du travail.
- L'objectif et le déroulement de l'étude.
- la confidentialité et la participation volontaire des patients et/ou leur famille.
- Un remerciement pour les participants.

A la fin de la fiche un espace est réservé pour la signature des tuteurs légaux.

➤ Fiche de sortie : (Plan de prise des médicaments suite à l'hospitalisation au service de psychiatrie) : (Annexe 04)

Cette fiche détaille les modalités de prise des médicaments par le patient après sa sortie de l'hôpital afin d'assurer la prise correcte de son traitement.

➤ Une fiche de suivi des patients après leur sortie (Annexe 05)

Elle permet de savoir si le patient a arrêté son TRT ou non, et aussi si il a rechuté ou pas.

Cette fiche contient un enchainement de tous les rendez- vous de patient au service de psychiatrie, ainsi que son traitement (s'il est modifié ou pas au cours des consultations au service)

V. Analyse et exploitation des résultats :

Une analyse descriptive des caractéristiques des participants était réalisée par le calcul des écarts types et les moyennes, En ce qui concerne les variables qualitatives, les résultats étaient rapportés en effectifs et en pourcentages. Pour les variables quantitatives les résultats étaient rapportés par moyenne en utilisant le test de régression.

Résultats

V.1.Population d'étude :

Nous avons pu concilier 32 patients, qui répondaient aux critères d'inclusion parmi les 138 patients admis pendant 04 mois de recrutement.

V.1.1.Caractéristiques sociodémographiques :

V.1.1.1.Le sexe :

Tableau 6: Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie en 2019-2020 selon le sexe.

| | Effectifs | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|----------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
| H | 15 | 46,9 | 46,9 | 46,9 |
| Valide F | 17 | 53,1 | 53,1 | 100,0 |
| Total | 32 | 100,0 | 100,0 | |

Dans la population conciliée on constate une prédominance féminine avec un pourcentage de 53.1% contre un pourcentage de 46.9% pour hommes, le sexe ratio homme/femme était à 0.88.

V.1.1.2.L'âge :

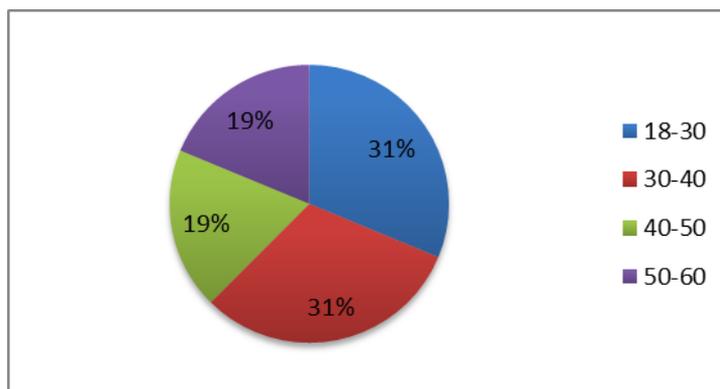


Figure 2: Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie en 2019-2020 selon l'âge

La répartition de la population conciliée en fonction de la tranche d'âge selon la figure 02, montre que l'âge est étendu entre 18 ans pour le plus jeune et 60 ans pour le plus âgé. Les deux tranches majoritaires sont à 31 % (entre 18 et 30 ans et entre 30 et 40 ans), suivies de 19 % (entre 40 et 50 ans et les plus de 50 ans). En conclusion l'âge moyen était de 39.75 soit 40 ans et l'écart type 1.107.

V.1.1.3.L'état civil :

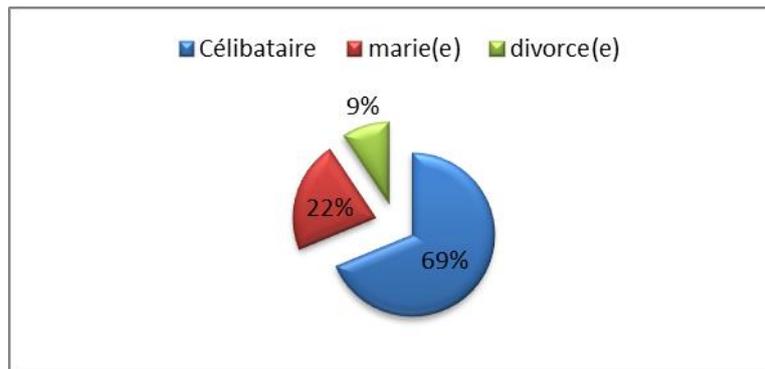


Figure 3: Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie en 2019-2020 selon l'état civil.

La représentation secteur en pourcentage de la figure 03, représente une étude de la répartition des cas recrutés en fonction de leur état civil. Le pourcentage de 69% est le plus élevé et représente les célibataires, le pourcentage de 22% représente les mariés, le reste à 9% les divorcés.

V.1.1.4.Le niveau d'instruction :

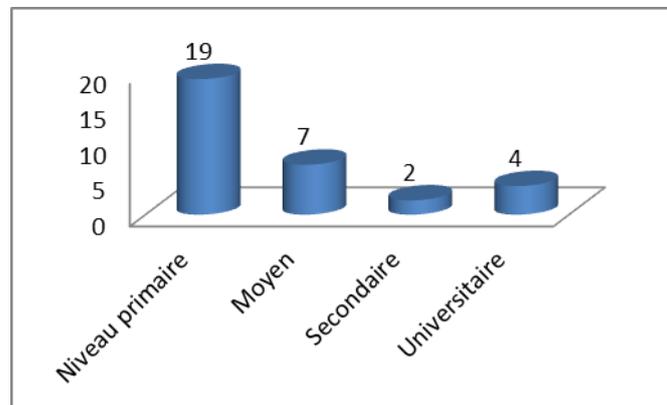


Figure 4: Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie en 2019-2020 selon le niveau d'instruction

La représentation cylindrique de la figure 04 représente une étude statistique des cas recrutés en fonction de leur niveau scolaire, 19 patients représentaient la majorité de la population conciliée dont le niveau scolaire est primaire, 07 patients avaient un niveau moyen, 02 patients avaient un niveau secondaire et 04 patients étaient des universitaires.

V.1.2.Caractéristiques cliniques :

V.1.2.1.Diagnostique :

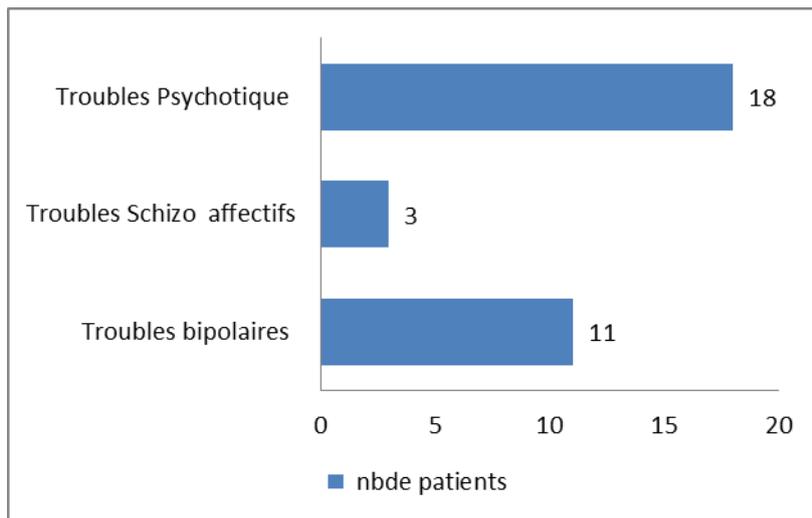


Figure 5: Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie en 2019-2020 selon leurs diagnostics

Le graphe de données en ligne de la figure 05 représente la répartition de la population étudiée selon leurs diagnostics, les 32 patients conciliés étaient diagnostiqués comme suit :

- 18 patients avaient des troubles psychotiques,
- 11 patients avaient des troubles bipolaires, et
- 03 patients avec des troubles schizo affectifs.

V.1.2.2. ATCD personnels psychiatriques ou familiaux :

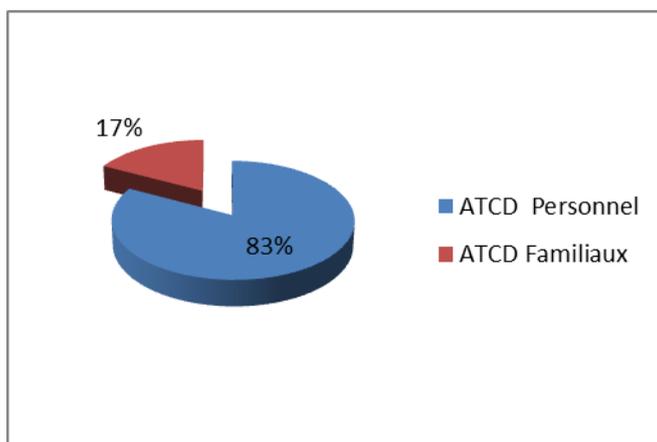


Figure 6: Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie 2019-2020 selon les antécédents personnels psychiatriques et familiaux.

La figure 06 représente une répartition sous graphe en secteur de population conciliée selon les antécédents personnels et familiaux, parmi les 23 patients ayant des antécédents personnels et familiaux, nous avons trouvé 83% des patients avec des antécédents personnels et 17% avec des antécédents familiaux.

V.1.2.3.Pathologies somatiques associées :

Tableau 7 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie en 2019-2020 selon les pathologies somatiques associées

| Diabétique | | Effectifs | Pourcentage | Hypertendus | | Effectifs | Pourcentage |
|------------|-------|-----------|-------------|-------------|-------|-----------|-------------|
| Valide | OUI | 3 | 9,4 | Valide | OUI | 2 | 6,3 |
| | NON | 29 | 90,6 | | NON | 30 | 93,8 |
| | Total | 32 | 100,0 | | Total | 32 | 100,0 |

Le tableau 07 représente une étude sur la population recruté en fonction des pathologies somatiques associées. Nous avons trouvé deux pathologies somatiques principales associées aux pathologies psychiatriques chez cette population étudiée : le diabète et l'hypertension artérielle, respectivement 9.4% de patients sont diabétiques, sous ADBT oraux et 6.3% sont hypertendus, dont c'est 6.3% une femme et en plus diabétique.

V.1.2.4.Nombre d'hospitalisations :

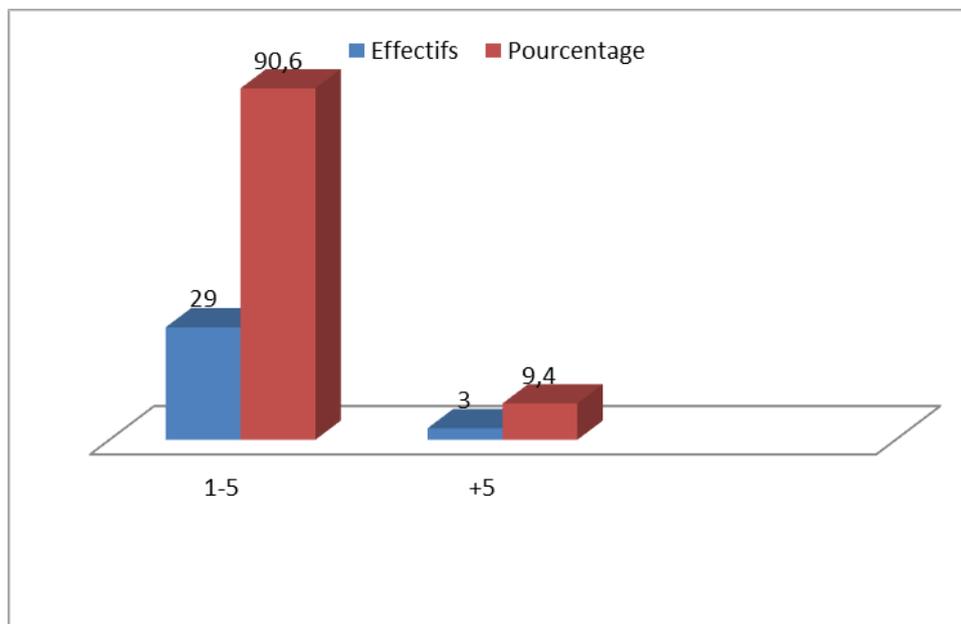


Figure 7: Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie en 2019-2020 , selon le nombre d'hospitalisations.

Le graphe de données en colonne de la figure 07représente la répartition de la population conciliée selon le nombre d'hospitalisations, après analyse des résultats, 90.6% de la population ont bénéficiés d'une hospitalisation ou plus (jusqu'au 05) et 9.4% étaient hospitalisés plus de 05 fois.

V.1.2.5.Motifs d'hospitalisations :

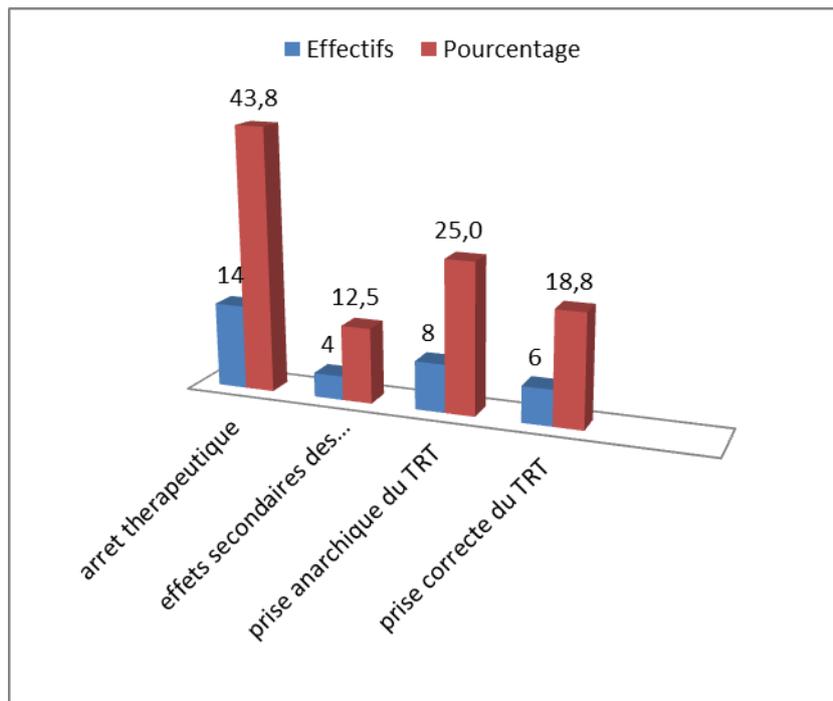


Figure 8: Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie en 2019-2020 selon le motif d’hospitalisation

Le graphe de données en colonne de la figure 08 représente la répartition de la population conciliée selon le motif d’hospitalisation, de cette analyse la totalité des patients que nous avons recrutés étaient hospitalisés suite à une rechute.

Environ 44% des patients avaient rechutés à cause d’un arrêt thérapeutique brutal et sans avis médical, 25% de la population prenaient anarchiquement leurs TRT, 12.5% suit aux effets secondaires des médicaments et 6 patients étaient hospitalisés malgré la prise correcte de leur TRT.

V.1.2.6.Habitudes toxiques :

Tableau 8 : Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie en 2019-2020 selon la consommation du tabac

| | | Effectifs | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
| Valide | OUI | 10 | 31,3 | 31,3 | 31,3 |
| | NON | 22 | 68,8 | 68,8 | 100,0 |
| | Total | 32 | 100,0 | 100,0 | |

Tableau 9: Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie en 2019-2020 selon la consommation du cannabis

| | | Effectifs | Pourcentage | Pourcentage valide | Pourcentage cumulé |
|--------|-------|-----------|-------------|--------------------|--------------------|
| Valide | OUI | 7 | 21,9 | 21,9 | 21,9 |
| | NON | 25 | 78,1 | 78,1 | 100,0 |
| | Total | 32 | 100,0 | 100,0 | |

Le tableau 08 et 09 représentent respectivement la répartition de la population étudiée en fonction de la consommation du tabac et la répartition de la population étudiée en fonction de la consommation du cannabis, en se basant sur ces données nous pouvons conclure que dans cette population conciliée 46.8 % de patients ne prenaient aucun produit toxique, par contre 31.3% des patients étaient tabagiques et 21.9 % prenaient du cannabis.

V.1.3.Analyse des divergences entre prescriptions sur le BMO, OMA et OMS :

V.1.3.1.Nombre et types de divergences à l'admission et à la sortie:

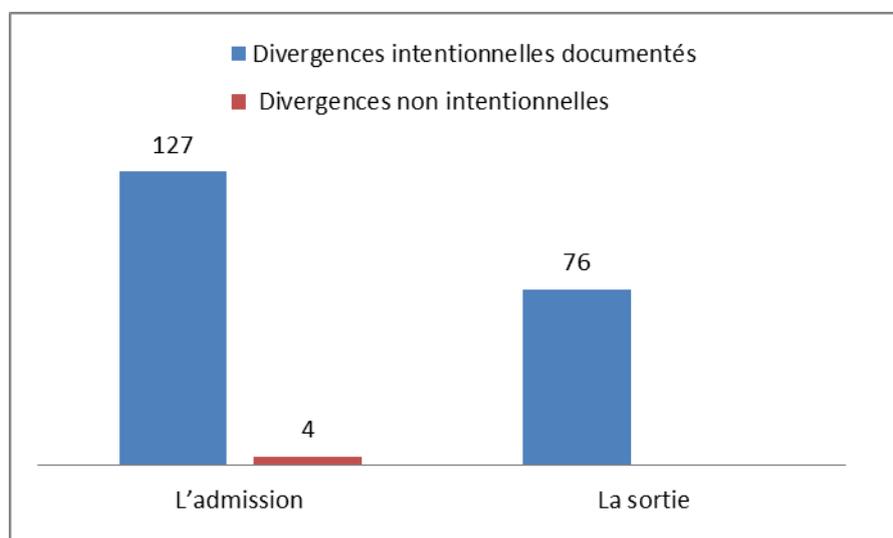


Figure 9: Nombre et types des divergences à l'admission et à la sortie des patients conciliés au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie 2019-2020.

L'interprétation graphique en colonne de la figure 09 représente une étude du nombre et types des divergences à l'admission et à la sortie des patients conciliés, en suivant la méthodologie suscitée, l'exploitation des résultats nous permet de faire l'analyse suivante :

Sur les 32 ordonnances des patients conciliés, **422 lignes** de prescription étaient analysées à tous les étapes de l'étude, soit **208 lignes** à l'admission et **214 lignes** à la sortie, réparties comme suit :

Partie pratique

- **95 lignes** étaient analysées sur le **BMO**,
- **113 lignes** sur **OMA**, et
- **101 lignes** sur **OMS**.

Sur les **208 lignes** de prescriptions comparées entre **BMO** et l'**OMA**, nous avons trouvé **131 divergences**.

En comparant l'**ordonnance de sortie** et le **TRT** pris pendant l'hospitalisation sur les **214 lignes** nous avons trouvé **76 divergences**.

Pour Les types des divergences, nous avons détecté :

A l'admission : Environ 96% de divergences étaient intentionnelles, documentées (127) et 4% des divergences était non intentionnelles.

A la sortie : Toutes les divergences trouvées étaient intentionnelles, documentées.

V.1.3.2.Répartition des divergences à l'admission e tà la sortie selon leur nature:

V.1.3.2.1.Divergences intentionnelles à l'admission

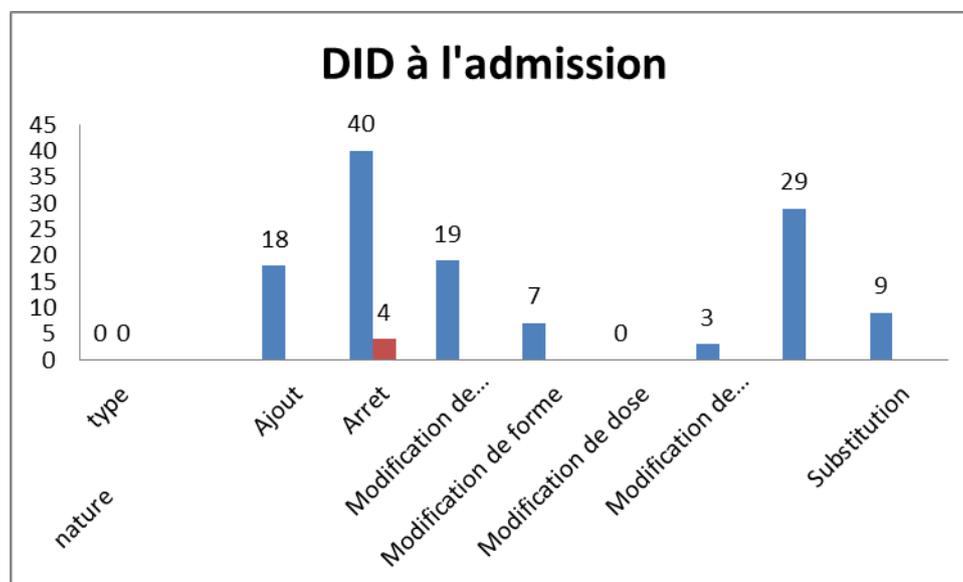


Figure 10: Répartition des divergences intentionnelles à l'admission des patients conciliés au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie selon leur nature.

Le graphe des données en forme de colonnes de la figure 10 représente une analyse de la répartition des divergences intentionnelles et non intentionnelles selon leur nature à l'admission de la population étudiée

La divergence majoritairement détectée était l'arrêt avec un pourcentage de 31.5% puis les ajouts à 14.2%.

Partie pratique

Les modifications fortement constatées étaient le changement de la voie d'administration qui figure chez 29 patients et cela concerne les formes injectables au lieu de la voie orale à l'admission, s'ajoute les modifications de posologie avec un taux de 15%, et en dernier on trouve les substitutions et les modifications de formes.

V.1.3.2.2. Divergences intentionnelles à la sortie :

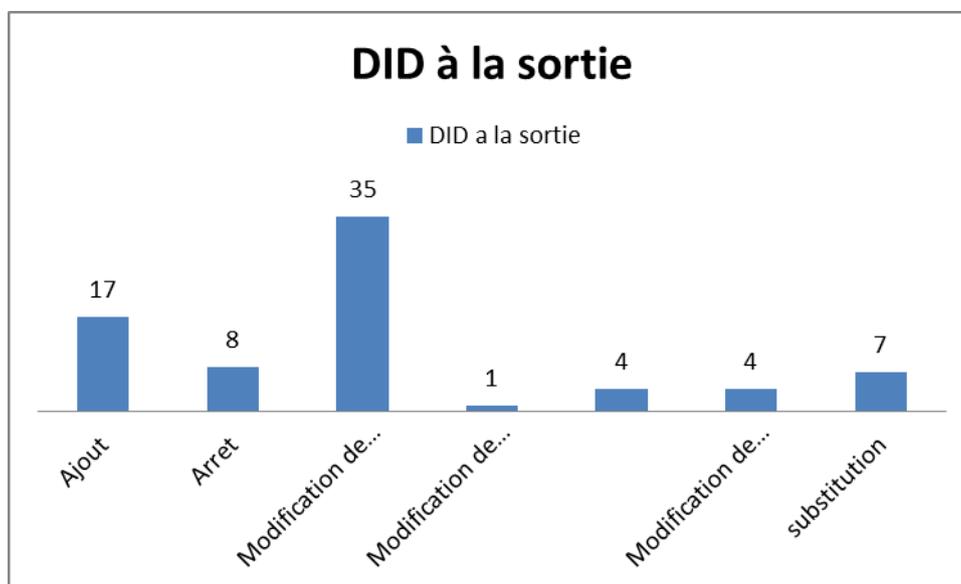


Figure 11: Répartition des divergences intentionnelles à la sortie des patients conciliés au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie selon leur nature

Les données de la figure 11 représentent la répartition des divergences intentionnelles et non intentionnelles selon leur nature à la sortie des patients conciliés.

A la sortie nous avons détecté : 17 ajouts, 8 arrêts, 35 modifications de posologie, 7 substitutions et 4 modifications de dose et moment de prise.

V.1.3.2.3. Nombre des médicaments modifiés :

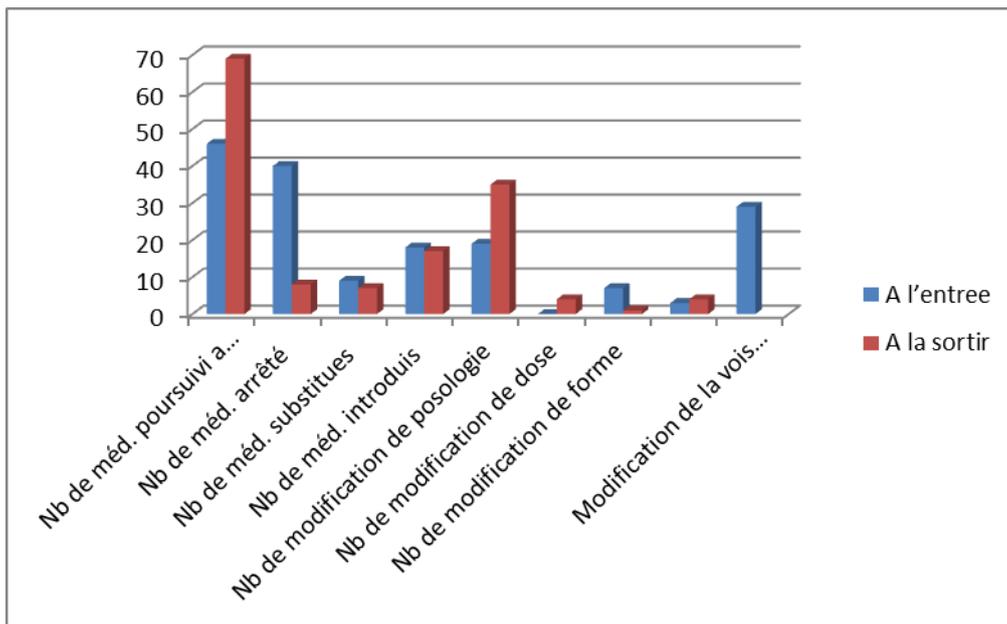


Figure 12 : Nombre des médicaments modifiés à l'admission et à la sortie des patients de la population conciliée en service de psychiatrie à CHU Tlemcen Algérie répartis en fonction de la nature des divergences.

La figure 12 représente une analyse des nombres de médicaments modifiés à l'admission et à la sortie des patients conciliés répartis en fonction de la nature des divergences, de cette analyse nous tirons l'analyse et discussion suivant :

- Pour les 131 divergences enregistrées à l'admission environ 96% des divergences étaient intentionnelles et documentées (127 DID). Les modifications étaient intentionnellement effectuées par le médecin prescripteur, les justifications des changements apportés au TRT étaient en faveur de l'état clinique du patient et en tenant compte des effets secondaires des différentes associations, des psychotropes ainsi que le dosage toxicologique des médicaments dans le sang. Tout cela Pour le réajustement des doses et des posologies en faveur des doses cibles, ces modifications étaient documentées sur les dossiers médicaux des patients.

Le changement était fait en premier contact selon l'état psychomoteur du patient, sa gravité et selon son acception à prendre le TRT

- Nous avons trouvé que chez 21 patients, les médecins prescripteurs ont eu recours aux formes injectables en premier lieu, cela est dû à l'instabilité, l'agitation et l'agressivité de quelques patients, comme nous avons vu le motif d'hospitalisation majeur était l'arrêt thérapeutique et le refus de TRT, ce qui favorise le recours aux formes injectables.

L'évolution clinique, la stabilité des patients et leurs réponses vis-à-vis des médicaments, la disponibilité de ces derniers dans le service et l'utilisation des médicaments à faible risque influencent sur le nombre de médicaments modifiés.

Partie pratique

- L'analyse des médicaments pris par le patient avant son hospitalisation et poursuivis lors de son séjour hospitalier, sont : 46 médicaments poursuivis à l'admission et 69 médicaments poursuivis à la sortie.
- 40 médicaments pris par le patient avant l'hospitalisation étaient arrêtés lors du séjour et seulement 08 médicaments étaient arrêtés à la sortie de l'hospitalisation.
- Les médicaments substitués étaient aux nombres de 09 à l'admission et aux nombres de 07 à la sortie.
- Pour les médicaments introduits à l'admission nous avons trouvé 18 médicaments par voie per-os et 29 par voie injectable.
- A la sortie 9 médicaments étaient introduits.
- Pour les médicaments poursuivis à l'entrée et à la sortie du patient nous avons enregistré :
 - 19 modifications de posologie à l'entrée et 35 modifications à la sortie.
 - 07 modifications de formes à l'admission et 01 modification à la sortie.
 - 04 modifications de dose à la sortie
 - 03 modifications du moment de prise, à l'admission et 04 réalisées à la sortie.
 - 17 lignes parmi les médicaments poursuivis à l'entrée et 25 à la sortie n'étaient pas modifiés.

Nous avons trouvé **207 divergences au total entre le BMO et OMA à l'entrée et à la sortie**, ceci représente une moyenne de **6.46 divergence/patient**, répartie à **4.09 divergence/patient à l'entrée** et **2.37 divergence/patient à la sortie**.

V.1.3.2.4.Divergences non intentionnelles :

Seulement 4.16% des divergences détectées étaient des divergences non intentionnelles (DNI) non mentionnées sur l'ordonnance, cela est expliqué par le fait que les familles de certains patients ne déclarent pas aux médecins tous le traitement pris par le patient, ou ils n'apportent pas avec eux tous les médicaments.

Parfois, ils cachent leur maladies, quand le coût du traitement est élevé ou bien pour éviter les multiples prises de médicament.

La majorité des cas, arrivent aux urgences en état agité, ce qui pousse le médecin à se basé sur le TRT psychotique, dans 03 cas trouvés la cause était l'oubli du traitement des pathologies associés.

Pour les patients hospitalisés par réquisition de polices ou protection civile, généralement l'OMA se fait avant l'entretien avec les proches du patient. Car leurs familles n'arrivent pas au même moment de l'admission (selon leurs circonstances). Ces derniers en générale apportent les informations sur le TRT des pathologies somatiques associées à la pathologie psychiatrique.

Dans notre étude, nous avons constaté un oubli de prescription des ATDB oraux (métfomine) dans 03cas et de Levothyrox dans un seul cas, mais s'était corrigé après des entretiens médico- pharmaceutique.

VI. Analyse des divergences après 03 mois :

Après analyse de 16 ordonnances des patients plus une comparaison avec le TRT de sortie, nous avons trouvé 09 divergences chez 06 patients, les 10 autres patients ont poursuivi le même TRT que celui de la sortie, mais nous avons pas pu déterminer le type des divergences si intentionnelles ou non.

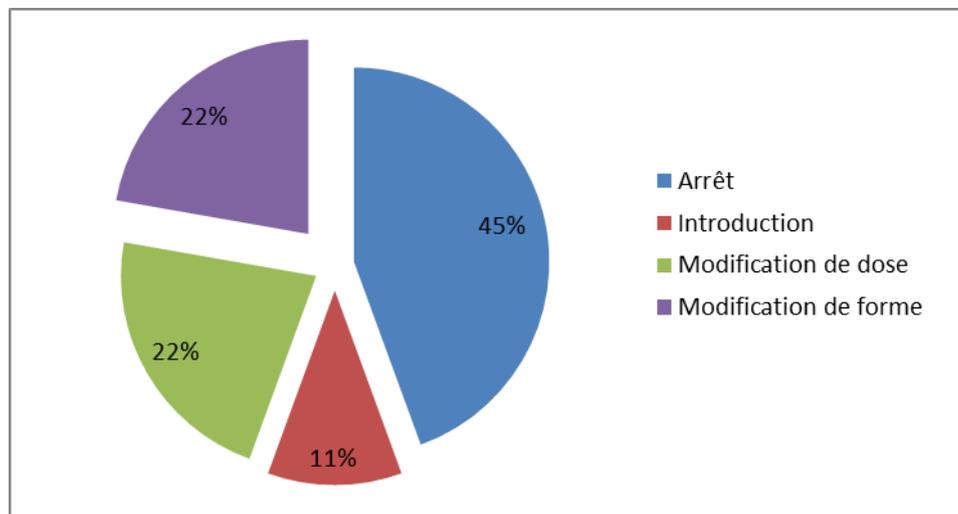


Figure 13: Répartition des divergences selon leur nature après 03 mois.

La figure 13 représente une répartition sous graphe en secteur, des divergences en fonction de leur nature après 03 mois, de ces données nous constatons :

- Le pourcentage de divergences pour les 16 patients suivis était de 56%.
- La moyenne de divergence par patient était à 1.5.
- La divergence majoritaire était l'arrêt à 45%, suivi de La modification de la dose et modification de forme qui ont tous deux un taux de 22%, puis les médicaments introduits à 11%

Il y avait 04 arrêts chez 03 patients, une introduction, deux modifications de forme chez deux patients et deux modifications de dose aussi chez deux patients.

VI.1. Suivi des ré-hospitalisations des patients après 3 mois.

Tableau 10: Suivi de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie 2019-2020 après 03mois

| | Nombre | Pourcentage |
|--|--------|-------------|
| Nombre de patients ré-hospitalisés | 06 | 18% |
| Nombre de patients non ré-hospitalisés | 17 | 53.12% |
| Nombre de rechutes | 10 | 31.25% |
| Nombre de patients en rémission complète | 13 | 40.62% |
| Nombre de patients qui ont suivi leur TRT | 16 | 50% |
| Nombre de patients qui ont arrêté leur TRT | 07 | 21.9% |
| Nombre de patients qui ont respecté leur RDV | 16 | 50% |
| Nombre de patients qui ont raté leur RDV | 07 | 21.9% |
| Nombre de patient perdu de vue | 09 | 28.12% |
| Total des patients | 32 | 100% |

Le tableau 10 représente la concrétisation d'une analyse, que nous avons faite sur cette population : les rechutes, le suivi de TRT et le respect des rendez-vous. Ensuite nous avons divisé la population en deux tranches : une tranche ré-hospitalisée et l'autre non ré hospitalisée.

Sur l'ensemble des 23 patients ré-hospitalisés y avait 6 patients qui ont été ré-hospitalisés suite à une rechute.

VI.2. Répartition des patients ré- hospitalisés :

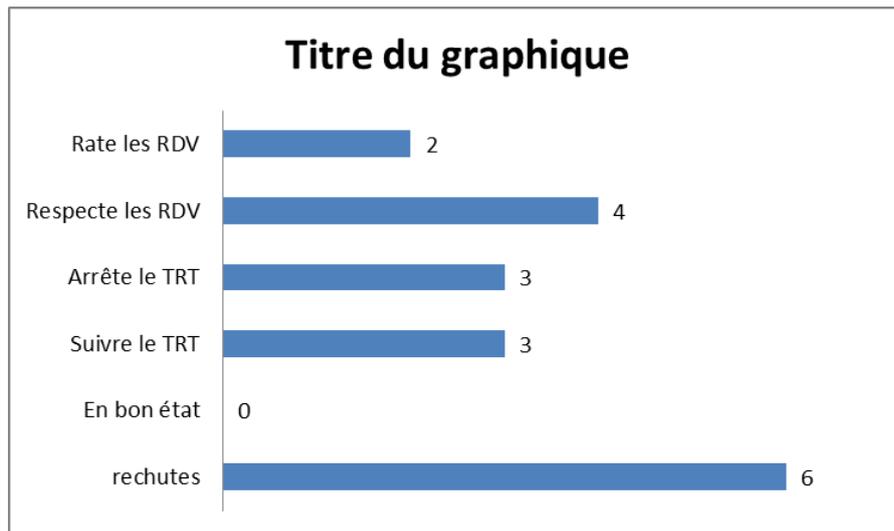


Figure 14: Répartition des patients ré-hospitalisés suivis après 03 mois.

La figure 14 représente une analyse en ligne des patients ré-hospitalisé en fonction des causes. Chez 06 patients ré-hospitalisés, la rechute était en cause, 03 patients avaient bien suivi leur TRT et 04 patients ont respecté leurs rendez-vous, par contre y avait 03 autres qui ont arrêté le TRT et 02 qui ne connaissent pas la date de leur rendez-vous.

VI.3. Répartition des patients non ré-hospitalisés

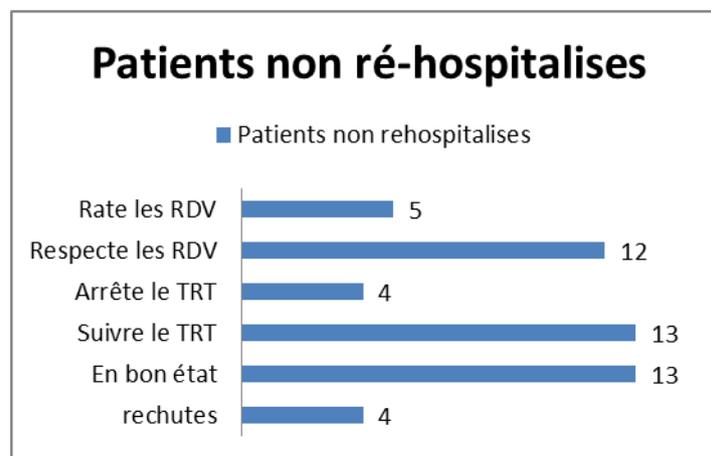


Figure 15: Répartition des patients non ré-hospitalisés

La figure 15 représente un graphe de la répartition des patients non ré-hospitalisés, en fonction des causes. Pour les non ré-hospitalisés, il y avait 04 rechutes, 13 patients étaient en rémission complète, 13 patients suivaient leur TRT, 12 patients suivaient leur rendez-vous, 04 autres ont arrêté leur TRT et 05 ne respectaient pas leur rendez-vous.

VII. Causes des rechutes :

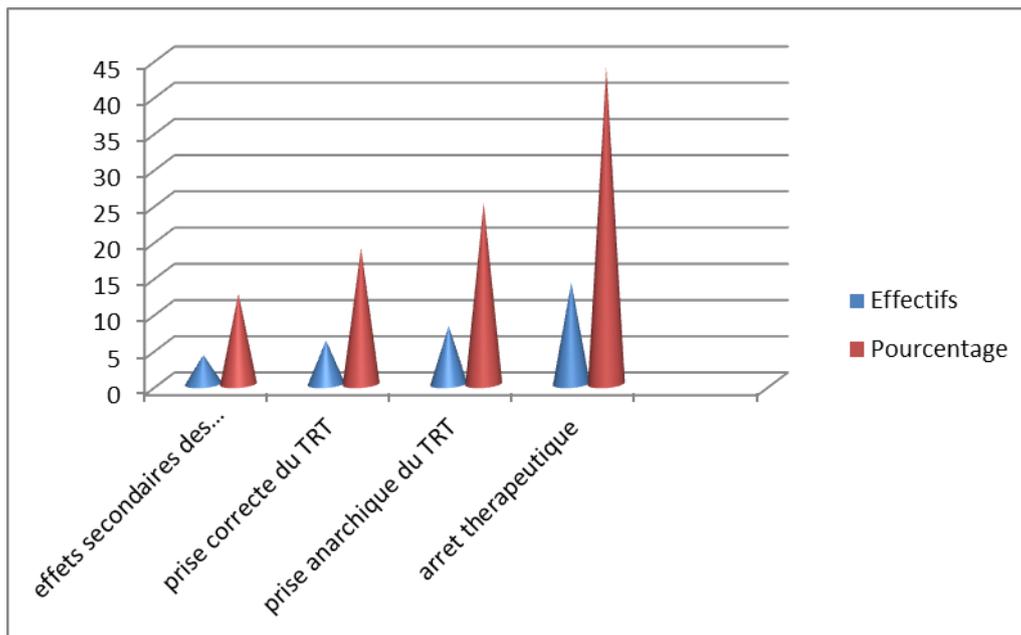


Figure 16: Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie en 2019,2020 selon les causes des rechutes

La figure 16 représente la répartition de la population conciliée en fonction des causes de rechute en effectifs et pourcentage.

Pour les causes des rechutes induisant l’hospitalisation des patients recrutés, nous avons constaté que : les arrêts thérapeutiques sans avis médical sont majoritaires à 43.8%, 25% ont rechuté à cause de la prise anarchique du TRT, 18.8% ont rechutés malgré la prise correcte et continue de leurs TRT et 12.5% c’est les effets secondaires des médicaments qui était en cause de leur rechute.

VII.1.Cause de la deuxième rechute après un suivi de 3 mois :

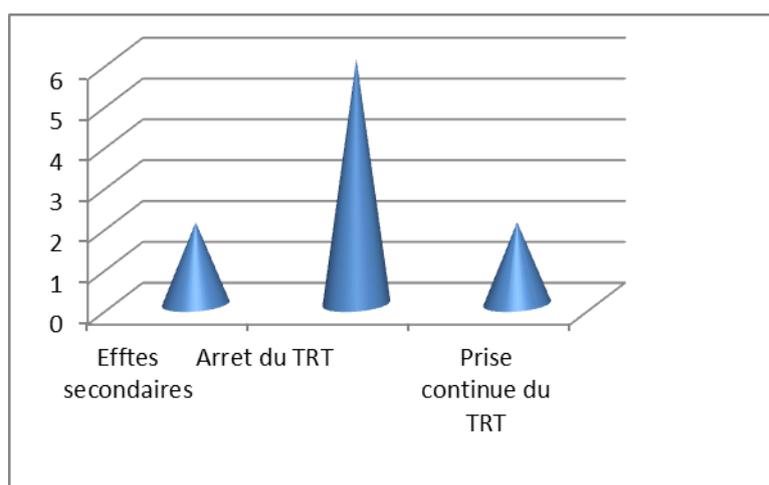


Figure 17: Cause de la deuxième rechute des patients suivis après 03 mois

La figure 17 représente une forme graphique des causes de la deuxième rechute des patients en pourcentage des cas recensés. Pour les causes de la deuxième rechute nous avons

Partie pratique

trouvé comme la première hospitalisation, que les arrêts thérapeutiques sans avis médical sont majoritaires à 60%, il y avait 20% dont la cause est la rechute sous les effets secondaires du TRT surtout les neuroleptiques, puis les 20% restants malgré la prise correcte et continue de leur TRT, ils ont rechuté.

VII.2.Evaluation de l'observance :

Nous avons appliqué le questionnaire de **Morisky-Green**, adapté en français par **Girerd** qui consiste à poser 6 questions avec un score d'évaluation, afin d'évaluer l'observance des patients conciliés.

- Si le total des oui =0, score=0 et cela indique une bonne observance.
- Si le total des oui est entre 1 et 2, un minime problème d'observance existe.
- Si le total des oui est ≥ 3 , cela indique une mauvaise observance.

Les résultats obtenus pour les 32 patients conciliés est comme suite :

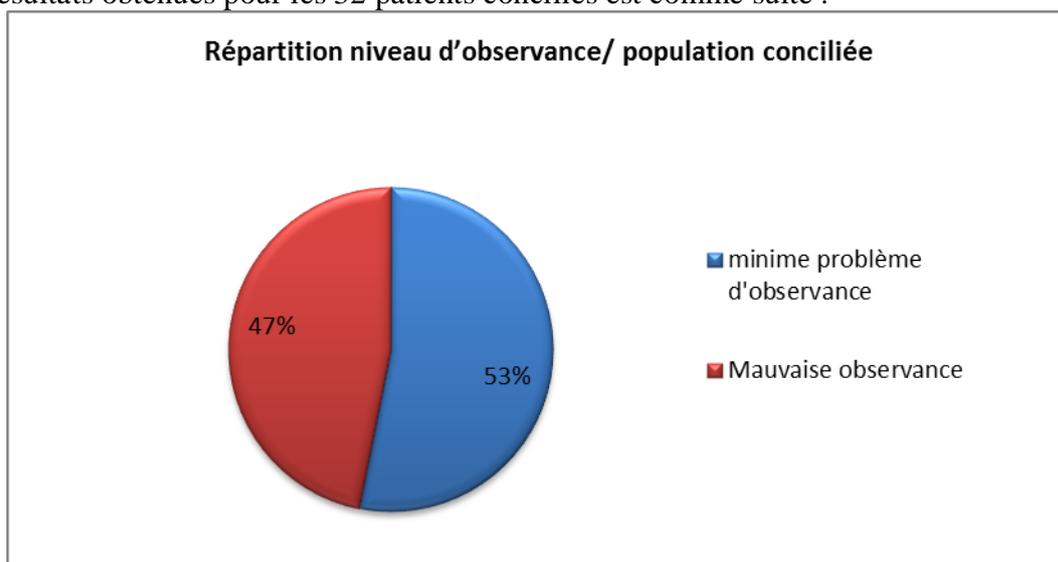


Figure 18: Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie en 2019,2020 selon le pourcentage du niveau d'observance

La figure 18 représente une analyse graphique cylindrique en pourcentage de la répartition de la population conciliée en fonction du niveau d'observance. D'à partir l'exploitation des données :

- 17 patients avaient un score entre 1 et 2, ainsi que 15 patients avec un score ≥ 3 .

Donc 53% de la population étudiée avaient un minime problème d'observance, tandis que 47% avaient une mauvaise observance.

Parmi les 47% qui ont présenté une mauvaise observance :

- 60% étaient des femmes (09) or 40 % des hommes (06), cela veut dire que les femmes avaient une « mauvaise observance » élevée par rapport aux hommes.

Parmi les 53% qui avaient un minime problème d'observance :

- 53% étaient des hommes (09) Et 47% des femmes (08)

A travers, le questionnaire de Girerd nous avons trouvé les résultats suivants :

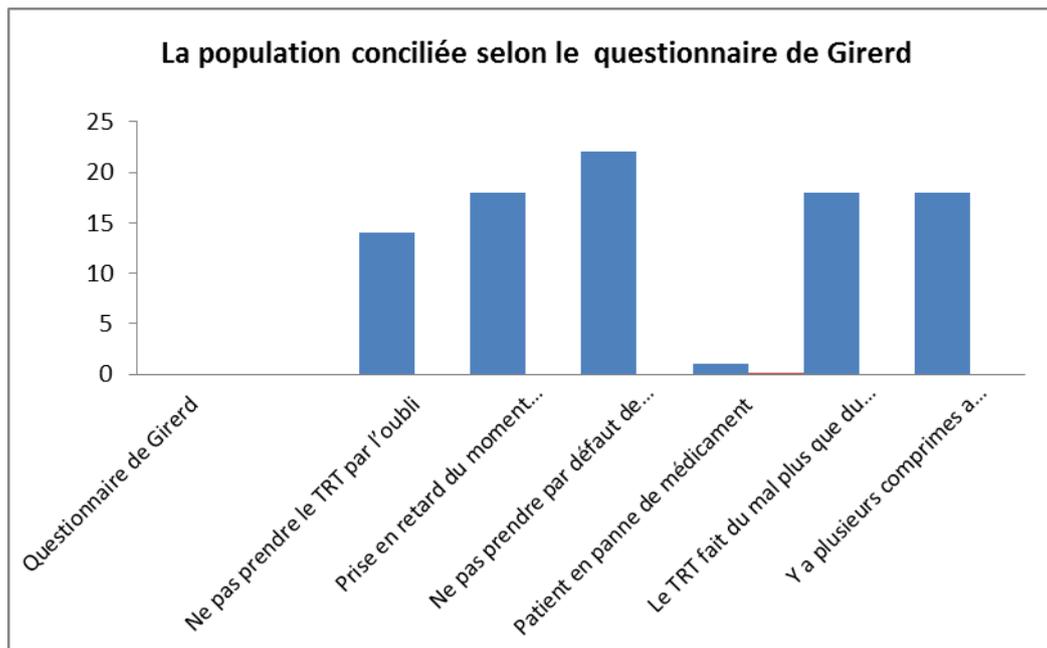


Figure 19: Répartition de la population conciliée au service de psychiatrie du CHU Tlemcen, Algérie en 2019,2020 selon le questionnaire de Girerd.

La figure 19 illustre un graphe de données de la population conciliée selon le questionnaire de Girerd. De ces données nous pouvons établir l'analyse suivante.

Chaque patient de la population étudiée avait plusieurs causes de non observance, 18 patients prenaient leurs TRT en retard par rapport à l'heure habituelle de la prise. 01 patient a déclaré que son traitement n'était pas disponible. 22 patients ne prenaient pas leur TRT par défaut de mémoire. 14 patients ne prenaient pas le TRT par cause d'oubli. 18 patients ne prenaient pas leur TRT car ils voient que le TRT leur fait plus de mal que de bien. 18 patients ont répondu qu'ils avaient plusieurs comprimés à prendre.

Lorsque nous avons posé aux patients la question : Est-ce-que une personne vous aide à prendre vos médicaments ?

- 14 patients ont répondu NON l'équivalent de 44% de patients.

Pour la question : Est-ce-que vous connaissez votre maladie ?

- 05 patients disaient : « Non, je ne suis pas malade ». Ces 5 patients n'acceptaient pas leur maladies par conséquence n'acceptaient pas de prendre leur TRT ce qui influence énormément sur leur observance.

Et dans tous les cas étudiés, nous avons remarqué chez les patients ou leur famille un manque de connaissances sur les différents médicaments pris par le malade, ainsi que leur intérêt thérapeutique et leurs effets secondaires.

VII.3. Nombre de molécules et comprimés :

Tableau 11: Nombre et moyenne de molécules et comprimés pris par jour figurés sur BMO, OMA et OMs.

| | BMO | | OMA | | OMs | |
|---------------------------|--------|------|--------|-------|--------|------------|
| | Nombre | Moye | Nombre | Moye | Nombre | Moye |
| Nombre de molécules | 95 | | 84 | | 93 | |
| | min | Max | min | Max | min | Max |
| | 01 | 08 | 2.96 | 01 11 | 2.62 | 01 08 2.90 |
| Nombre de comprimés | 145 | | 138 | | 160 | |
| | min | Max | Min | Max | Min | max |
| | 01 | 10 | 4.53 | 01 10 | 4.31 | 01 11 05 |
| Nombre de prises par jour | 127 | | 125 | | 138 | |
| | Min | Max | 3.96 | min | Max | 3.90 |
| | 01 | 09 | 01 10 | 01 10 | 01 10 | 4.31 |

Le tableau 11 représente le nombre et moyenne de molécules et comprimés pris par jour figurés sur BMO, OMA et Oms, en exploitant ce tableau nous avons pu faire l'analyse suivante.

En utilisant le BMO :

Le nombre moyen des molécules prescrites était de 2.96 dont le minimum était 01 molécule et le maximum 08.

Nombre de comprimés Minimum et maximum respectivement 01 et 10, avec une moyenne de 4,53 comprimés pour chaque patient.

Une moyenne de 3.96 de prise pour un nombre de comprimés entre 01 et 09 par jour.

Sur l'ordonnance d'admission :

Une moyenne de 2.62 pour 01 à 11 molécules prescrite par jour, 4.31 pour une prise de 01 à 10 comprimés par jour et 3.90 pour 01 à 10 par nombre de comprimé pris par jours.

Sur l'ordonnance de sortie :

La moyenne est de 2.90 pour 01 à 08 molécules prises , et de 05 cp /jour pour une prise de 01 à 11 comprimés et une moyenne de 4.31 pour une prise de 01 comprimé minimum à 10 comprimés maximum par jour .

VII. Exploitation épidémiologique (Analyse par régression):

a. Variable dépendante : nombre d'hospitalisation

b. Valeurs prédites (constantes) : DNI- score d'observance - nombre de rechute.

Tableau 12: Analyse par régression

| Modèle | | Somme des arrêts | ddl | Moyenne des carrés | (F) | Sig. |
|--------|------------|------------------|-----|--------------------|--------|-------------------|
| Valide | Régression | 2,853 | 3 | ,951 | 13,168 | ,000 ^b |
| | Résidu | 2,022 | 28 | ,072 | | |
| | Total | 4,875 | 31 | | | |

Pour l'analyse **des variables quantitatives** nous avons réalisés une régression linéaire entre trois variables prédites :

- le nombre de rechutes
- le score d'observance
- le nombre de divergences non intentionnelles

La variable dépendante était le nombre de ré-hospitalisations.

Le tableau 12, montre la somme des carrés, les carrés moyens et la valeur du **F de Fisher** (F) qui est de **13.168**. Nous remarquons que cette **valeur est significative 000^b** « Sig. », Dans ce cas le « F » statistique sera supérieur à la valeur du « F » tabulé à un seuil de 5%.

Tableau 13 : Récapitulatif des modèles.

| Modèle | R | R-deux | R-deux ajusté | Erreur standard de l'estimation |
|--------|-------------------|--------|---------------|---------------------------------|
| 1 | ,765 ^a | ,585 | ,541 | ,269 |

Puisque nous avons trouvé **le F significatif**, nous sommes passées au tableau 13 Récapitulatif des modèles, où **R = 0.765** donc **le chiffre est élevé** il est proche de 1, ce qui signifie la présence **d'une relation entre toutes les variables prédites dans le modèle avec**

Partie pratique

la variable dépendante. Le R-deux est supérieur à 0.54 cette valeur aussi reflète le lien entre les variables du modèle.

Tableau 14: Coefficients obtenus

| Modèle | | Coefficients non standardisés | | Coefficients standardisés | T | Sig. |
|--------|--------------------|-------------------------------|-----------------|---------------------------|--------|------|
| | | A | Erreur standard | Bêta | | |
| 1 | (Constante) | ,660 | ,480 | | 1,376 | ,180 |
| | Nombre rechute | ,503 | ,124 | ,597 | 4,062 | ,000 |
| | score d'observance | ,182 | ,103 | ,226 | 1,776 | ,087 |
| | DNI | -,326 | ,179 | -,276 | -1,825 | ,079 |

A: Variable dépendante : Nombre hospitalisation

Nous remarquons que les deux coefficients explicatifs (score d'observance et DNI) de la variable dépendante « nombre d'hospitalisation » sont **significatifs à 10%**, tandis que **le coefficient est significatif à 5%**.

Le coefficient du nombre de rechute est à **0.597** donc il y'a une **relation fortement positive** avec la variable dépendante.

Le score d'observance (0.226) provoque une augmentation de **0.2%** au Nombre d'hospitalisation pour chaque augmentation de **1%**.

Et pour les DNI un coefficient **Beta négatif (-0.276)** influence sur le nombre d'hospitalisation.

IX : Discussion

De nombreuses expériences ont été décrites sur la CME, en grande partie dans le domaine MCO, mais le processus de la CM décrit a été malheureusement souvent incomplet, en particuliers dans les services hospitaliers de psychiatrie où l'application de cette démarche était bien limitée, ce qui nous a poussé de penser à appliquer cette démarche à l'admission, et la sortie des patients hospitalisés au service de psychiatrie C.H.U Tlemcen-Algérie et nous avons opté par la suite pour un suivi de ces patients après 3 mois de leurs sorties d'hospitalisation, afin de répondre à notre hypothèse, cette expérience est la première de son genre réalisée au sein de ce service.

IX.1. Population d'étude :

Dans notre étude 32 patients (23%) ont été conciliés à l'admission et à la sortie de l'hospitalisation et 08 (6%) patients ont été exclus.

En analysant les résultats obtenus suite à l'étude de CM à CHU GERERD MARCHANT nous avons trouvé que :

83% des patients éligibles à la conciliation ont été conciliés à leurs admissions au CHU, les raisons pour lesquelles 17% des patients éligibles n'ont pas pu être conciliés (21)

A CH Paul-Guiraud à Clamart, 8% des patients n'ont pas été conciliés suite au manque de fiabilité ou l'absence d'informations recueillies carrément (48)

Une étude de conciliation médicamenteuse a eu lieu au CHS de la Savoie -un établissement spécialisé en santé mentale- pendant 3mois. Lors de cette étude, tous les patients entrants ont été conciliés, les réalisateurs de cette démarche ont déclaré que pour 24% des patients éligibles, la CM n'a pas été possible du fait que ces patients étaient en chambres d'isolement, ou à cause des sorties contre avis médical ; dans certains cas les médecins n'ont pas donné des réponses à propos de traitements ou les diagnostics des patients, à la fin de cette étude uniquement 23 patients ont été suivis après 3 mois. (21)

Donc la taille de notre échantillon sur lequel nous avons fait l'étude, était faible par rapport aux échantillons des autres études citées auparavant, cela revient aux critères d'exclusion que nous avons déterminé au début de l'étude : transfert vers un autre service pour quelques patients, une malade exclue était sourde et muette. Le manque des informations relatives aux patients avait une influence potentielle.

Autres paramètres ont empêché l'inclusion de certains patients : le court séjour des malades ainsi l'absence des internes pendant les week-ends et les jours fériés

IX.2. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la population étudiée :

IX.2.1. Caractéristiques sociodémographiques :

IX.2.1.1. Sexe :

Partie pratique

Parmi les 32 patients conciliés, 17 étaient de sexe féminin et les 15 restants de sexe masculin, avec un sexe ratio de 0,88, tandis que le sexe ratio de l'étude réalisée à CHU GERARD MARCHANT sur 98 patients, était de 1,71 avec prédominance masculine à 63%

IX.2.1.2. Age :

Dans notre étude, la moyenne d'âge était 40 ans et l'écart type calculé était 1.107, sachant que le patient le plus jeune dans notre population avait 18 ans, et le plus âgé avait 60 ans.

L'âge moyen de la population étudiée dans CHU GERARD MARCHANT était 41 ans, avec un écart-type de 14,2 ; le patient le plus jeune avait 16 ans, et le plus âgé avait 70 ans.

Selon l'étude réalisée au CHS de la Savoie, 13,6% des patients de la file active étaient âgés de plus de 65 ans. (21)

IX.2.1.3. Etat matrimonial :

Concernant l'état matrimonial de notre population, la majorité était des célibataires avec un pourcentage de 63%, 22% étaient mariés, le reste 9% étaient divorcés, nous avons remarqué que le pourcentage des célibataires (68,8%) dans l'étude réalisée au CHS de la Savoie est plus ou moins proche de pourcentage des célibataires trouvé pour notre population. (21)

IX.2.1.4. Niveau scolaire :

Côté niveau d'instruction, les 19 patients qui représentent la majorité de notre population d'étude avaient un niveau scolaire primaire, 07 patients avaient un niveau moyen, 02 patients avec un niveau secondaire et 04 patients étaient des universitaires.

La majorité aussi dans l'étude réalisée au CHS de la Savoie avait un niveau scolaire primaire avec un pourcentage de 59.3% (21)

Les caractéristiques sociodémographiques de notre population était proche des résultats trouvés dans les études de comparaison.

IX.2.2. Caractéristiques cliniques :

Nous avons concilié 32 patients, ces derniers ont été répartis selon 3 types de diagnostics, car 18 patients avaient des troubles psychotiques, 11 patients étaient des bipolaires, et les 03 patients restants avaient des troubles schizo affectifs ; parmi ces 32 patients, 23 patients avaient des antécédents personnels ou familiaux.

Le diabète et l'HTA ont figuré comme les pathologies somatiques principales associées aux pathologies psychiatriques chez nos patients, 9,4% des patients étaient sous ATDB oraux et 6,3% de la population étudiée étaient hypertendus, parmi eux une femme s'est révélée diabétique.

L'étude de CM réalisée au CHS de la Savoie a indiqué que 15,6% de ces patients avaient des pathologies somatiques associées dont les pathologies cardiovasculaires et métaboliques étaient les plus rencontrées chez les patients conciliés. (21)

Partie pratique

IX.3. Analyse des divergences :

Après comparaison entre BMO et OMA à l'entrée et à la sortie des patients, nous avons repéré 207 divergences, l'équivalent de 6,46 divergence/patient, la moyenne des divergences à l'entrée était 4,09, et à la sortie était 2,37.

Plus de 40% des médicaments ont été poursuivis à l'admission et environs 70% poursuivis à la sortie

96% des divergences détectées à l'entrée étaient intentionnelles ; alors qu'à la sortie toutes les divergences étaient intentionnelles.

Pour les divergences non intentionnelles détectées à l'admission était au nombre de quatre équivalent de 03% .ces dernières n'ont touché que les TRT somatiques, la cause principale était l'omission.

Pour la nature des divergences détectée à l'admission, l'arrêt était majoritaire à 31,5% puis les ajouts à 14.2%

Concernant les modifications effectuées, le changement des voies d'administration était le plus marqué car chez 29 patients les médecins ont eu recours au traitement injectable à l'admission, en deuxième lieu les modifications des posologies a été faites à 15% puis les substitutions et les modifications des formes.

A la sortie, nous avons repéré 17 ajouts ,8 arrêts et 35 modifications de posologie, les substitutions étaient au nombre de 7 et les modifications de la dose et le moment de prise du médicament étaient au nombre de 4.

Suite à l'analyse des ordonnances de 16 patients après 3mois de leurs sorties du service nous avons trouvé 09 divergences chez 06 patients mais la détermination des types des divergences était impossible.

L'étude réalisée au CH Paul Guiraud à Clamart a montré que sur 204 admissions, 24 patients répondaient aux critères de ciblage, soit 12% des patients conciliés à l'entrée et plus de 40% des patients conciliés présentaient au moins une DNI.

Les résultats provisoires de cette étude ont révélé que le taux de DNI par patient est faible et que la majorité des DNI ont été engendrées par une omission de traitement. Ces divergences dans 87% concernent un traitement somatique, soulignant la spécificité de la psychiatrie où la prise en charge médicamenteuse est centrée sur les psychotropes. (48) Ceci est comparable aux données des études de MCO (Gleason - 2010) et (Delgado - 2009) qui ont trouvé un taux d'erreurs de réconciliation de 13,9%. (48)

Lors de l'étude réalisée au CH de la Chartreuse, les lignes des médicaments ajoutés ont été analysées comme des divergences, 7% des DNI trouvées concernent un ajout de médicament par erreur. (21)

A l'hôpital Marchant, le nombre des DNI par patient était 0,31 dont 15,3% avaient au moins une DNI, les médicaments ajoutés sur l'OMA étaient généralement des traitements psychiatriques, et la majorité des DNI (90%) concernent des médicaments somatiques et 70% dus à l'oubli. Ce résultat est caractéristique de la prise en charge en psychiatrie, car les psychiatres se focalisent généralement sur les traitements à base des psychotropes tandis que

Partie pratique

le traitement somatique est represcrit dans un second temps, et souvent par le médecin généraliste.

En 2015, à l'EPSM de Lille, 234 conciliations d'entrée ont été effectuées, 17,1% des patients ont présenté au moins une DNI. La totalité des médicaments somatiques impliqués dans les DNI trouvées est voisine de 80%. (21).

En comparant nos résultats (3% des divergences non intentionnelles) trouvés on voit que les 12.5% des patients avaient au moins une divergence non intentionnelle et inférieure aux résultats trouvés dans les autres études et dans tous les cas les DNI n'ont touché majoritairement que les TRT somatiques.

Donc on peut dire que ce résultat est satisfaisant si on compte les 87.5% des patients qui n'ont pas de DNI. Ce chiffre reflète la prise en charge codifiée et rigoureuse des patients par les médecins de ce service et traduit leur traçabilité sur les dossiers médicaux de leurs patients.

Cela nous oriente d'une autre part vers la valeur de la conciliation médicamenteuse et l'importance de l'appliquer dans ce service pour mieux détecter ce type de divergences donc la conciliation médicamenteuse peut mettre sa place dans le service de psychiatrie et participe à l'amélioration de la prise en charge des patients et sécurise en plus leur chemin thérapeutique en évitant les erreurs de prescriptions.

IX.4. les facteurs de rechute et ré hospitalisation des patients en psychiatrie :

IX.4.1. Le niveau d'observance des patients:

Plusieurs études ont démontré qu'un défaut d'observance est en cause dans près de 4 rechutes sur 10, et que la plupart des malades atteints de schizophrénie ne sont pas observants, ce qui nous a poussé à évaluer l'observance thérapeutiques chez notre population conciliée, nous avons trouvé que 17 patients avaient un minime problème d'observance (53%) et 15 patients (47%) avaient une mauvaise observance selon le questionnaire de Girerd. (Annexe 06)

Après analyse des résultats obtenus, nous avons constaté que l'arrêt thérapeutique sans avis médical était la cause principale d'inobservance chez nos patients, suivi par les prises anarchiques des TRT et les effets secondaires des médicaments qui ont empêché quelques patients de prendre leurs médicaments.

Les résultats obtenus par le service de psychiatrie du CHU du point g ont révélé que 86.67% des 165 cas étudiés à l'université de Bamako avaient une mauvaise observance thérapeutique, et que cette dernière a toujours constitué un grand problème lors de la prise en charge des malades mentaux. (1)

A propos des Facteurs d'inobservances selon le questionnaire de Girerd : (Annexe 06)

Les causes d'inobservance thérapeutique exprimées par nos patients étaient multiples, 18 patients prenaient leurs TRT en retard par rapport à l'heure habituelle de la prise, 01 patient a déclaré que son traitement n'était pas disponible ainsi que 22 patients ne prenaient pas leurs traitements par défaut de mémoire, et finalement 14 patients ne prenaient pas par cause d'oubli.

La crainte des effets secondaires était présente chez 18 ainsi que 18 patients avaient répondu qu'ils avaient plusieurs comprimés à prendre par jours.

Partie pratique

De nombreuses études ont cité des facteurs presque identiques, les causes les plus déclarées par les patients impliqués dans leurs études étaient : l'opposition au traitement médicamenteux, le déni de la maladie, la peur des effets indésirables, ainsi les problèmes d'accès au traitement.

Les raisons exprimées par les patients schizophrènes présentant une bonne observance étaient la peur de la ré-hospitalisation, les bénéfices quotidiens ressentis, le respect de l'autorité et la croyance en efficacité du traitement. Leurs volontés de réaliser leurs différents objectifs de vie ont été une raison si convaincante pour ses patients de prendre leurs médicaments correctement. (21)

IX.4.2. Nombre de médicaments sur le BMO et l'OMA :

Lors de notre étude le BMO a compris en moyenne 2.96 médicaments par patient avec un intervalle de 1 à 8 ; 72% des patients avaient entre 1 et 3 médicaments, 25% avaient 4 médicaments et 3% prenaient 08 médicaments.

Le nombre calculé des comprimés sur BMO varie entre 01 à 10 comprimés avec une moyenne de 4.53 comprimés et 3.96 comme moyenne de prise sachant que le nombre de prise varie entre 01et 09 prises par jour.

Sur l'OMA des patients, la moyenne des médicaments était 2.62 médicaments avec un intervalle de 1 à 11 médicaments, 65.6% des patients avaient entre 1et 3 médicaments et 34.4% avaient entre 4 et 6 médicaments.

4.31 était la moyenne calculée des comprimés pris par patient variant dans un intervalle de 01 à 10 comprimés sur une moyenne de prise de 3.90 par jour entre une prise et 10.

Dans l'étude faite au CHU GERERD MARCHANT, le BMO comprenait en moyenne 4,4 médicaments par patient tandis que le nombre de médicaments varie de 0 à 16, et le patient a en moyenne 5 médicaments sur sa première ordonnance hospitalière à l'admission. L'OMA comporte entre 2 et 16 médicaments, près d'un tiers des patients (34%) avaient entre 2 et 3 médicaments prescrits sur leurs ordonnances d'admission, pour 37%, l'OMA comprenait 4 ou 5 médicaments, chez 29% des patients l'OMA comporte plus de 6 médicaments. (21)

L'inobservance thérapeutique a toujours constitué un problème majeur de la prise en charge des malades mentaux dont les arrêts sans avis médical ont été prédominants dans notre étude à la première et à la deuxième rechute à 60% , 20% des patients ayant rechutés sous les effets secondaires de TRT surtout les neuroleptiques et 20% rechutent malgré la prise correcte et continue du TRT.

IX.5. Analyse statistique :

Après avoir effectué une analyse statistique des résultats obtenus, nous avons remarqué que les deux coefficients explicatifs (score d'observance et DNI) de la variable dépendante (nombre de ré-hospitalisation) sont significatifs à 10% sachant que le nombre est significatif à 5%.

Partie pratique

Le coefficient du nombre de rechutes est à 0.597 ce qui prouve qu'il y'a une relation forte positive avec la variable dépendante.

Le score d'observance(0.226) provoque une augmentation de 0.2% du nombre d'hospitalisation pour chaque augmentation de 1%

Et pour les DNI un coefficient Beta négatif (-0.276) influence sur le nombre d'hospitalisations.

Donc le nombre de ré-hospitalisation des patients était lié positivement au nombre de rechutes et au niveau d'observance des patients tandis que le nombre de divergences non intentionnelles a influencé négativement, cela revient au nombre faible des DNI trouvées dans le service d'étude avec possibilité d'influences des autres paramètres que nous l'avons pas cités.

A partir de ces résultats, nous affirmons que plus le niveau d'observance diminue chez ces patients le nombre des rechutes augmente, et le nombre de ré-hospitalisation augmente par conséquence.

Dans notre étude nous avons trouvé 6 ré-hospitalisations parmi les 32 patients conciliés, l'équivalent de 19% de la population recrutée ; un résultat qui peut être bénéfique par rapport au nombre initial des patients admis mais ça reste un biais et un problème majeur dans la prise en charge et le suivis des patients en psychiatrie cela est dû à la complexité des multiples facteurs induisant l'instabilité chez les malades mentaux.

Conclusion

Partie pratique

Les points de transition tout au long du parcours de soins du patient présentent un risque remarquable de survenue des erreurs médicamenteuses, et mettent la sécurité du patient en jeu, c'est pour pallier ce cloisonnement que la conciliation médicamenteuse a été développée.

Le travail présenté dans ce mémoire consiste à évaluer l'impact de la conciliation médicamenteuse à l'admission et à la sortie des patients hospitalisés dans le service de psychiatrie -CHU Tlemcen- et de proposer des axes d'amélioration pour optimiser cette démarche.

Dans ce travail, le nombre non négligeable de divergences intentionnelles et non intentionnelles retrouvé lors de la recherche des écarts de la prescription, entre le traitement habituel du patient et le traitement prescrit à son admission a permis de mettre en avant le rôle primordial du pharmacien en collaboration avec le médecin prescripteur .

Cette première expérience de CM au service de psychiatrie -CHU Tlemcen-Algérie- a prouvé l'intérêt de cette démarche dans la sécurisation de la prise en charge des patients, et la continuité des traitements tout au long du parcours de soins du patient.

A l'issue de notre étude, la pertinence de la CM en psychiatrie a été bien démontrée, malgré les particularités inhérentes de cette population.

Persuadées que cette démarche doit perdurer dans les services hospitaliers, nous recommandons la mise en place d'une nouvelle organisation afin d'améliorer et perfectionner ce processus, en impliquant l'ensemble des différents personnels des établissements hospitaliers et les professionnels de santé de ville.

En appuyant sur les résultats de notre étude, l'accès au dossier pharmaceutique semble essentiel pour la réussite d'un projet pareil, son utilisation par les prescripteurs permettrait d'améliorer leur connaissance à propos de l'historique médicamenteux du patient par conséquent il doit devenir une priorité de l'établissement de santé

Ainsi que l'implication des préparateurs en Pharmacie et le ciblage des patients pour lesquels la conciliation aura la plus forte plus- value sont aussi des axes d'amélioration pour l'optimisation de la CM dans un futur proche.

En somme, la conciliation médicamenteuse : un projet vivant, et émouvant.

Limites et recommandations perspectives

➤ **Les difficultés Liées à la pathologie psychiatrique :**

- le patient est généralement suivi par un psychiatre de ville mais le lien avec ce dernier est rarement établi.
- l'état psychique du patient à l'entrée du service constituer un grand obstacle à la réalisation de l'entretien, car quand le patient est agité, confus, parfois agressif et délirant, des fois il est en refus de soins ou en déni de sa pathologie, l'entretien devient impossible. C'est le même cas pour les patients isolés ou en zone fermée.
- la plupart des patients que nous avons concilié, ils ne pouvaient pas donner les informations nécessaires concernant leurs traitements avant l'admission, ni même communiquer les noms de leurs pharmaciens ou leurs médecins traitants.
- l'influence des facteurs psychiatriques comme par exemple l'interruption des soins, les ruptures familiales ou les difficultés de communication avec le patient (mutisme, isolement, délire) une fois ces 3 critères sont réunis la conciliation sera impossible.

➤ **Difficultés non spécifiques :**

- La CM est une démarche chronophage, elle nécessite une grande motivation et réactivité de l'équipe pharmaceutique, cependant on a remarqué un manque de temps pour les pharmaciens ce qui limite le déploiement de cette démarche
- Manque de personnel pharmaceutique (pharmaciens cliniciens, pharmaciens hospitaliers, préparateurs en pharmacie)
- la pandémie du COVID 19 a eu un impact très fort sur notre pouvoir de finaliser le suivie de l'étude, du fait que notre présence à l'hôpital est devenue quasiment impossible.
- Evaluer le taux de satisfaction des médecins de service était parmi nos objectifs parce qu'il est considéré comme un facteur d'évaluation de la conciliation, mais nous avons pas eu progrès à obtenir les réponses des médecins par voie électronique.
- En tant que pharmaciens l'accès aux dossiers des patients était parfois difficile.
- la pluparts des suivies réalisés après 3 mois, ont été fait par entretien téléphonique avec les patients ou leurs famille mais des fois nous avons constaté que certains numéros de téléphone étaient faux ou non opérationnels.
- Manque des sources d'information. La moyenne des sources d'informations utilisées dans notre étude était de 3.25/patient, dont les principales sources consultées étaient le dossier médical et le médecin traitant chez tous les patients ; dans 30% des cas, nous

Partie pratique

avons obtenu les informations nécessaires suite à un entretien mené avec les patients, sinon pour les autres sources d'informations nous avons effectué des entretiens avec les familles des différents patients, cela était majoritaire à 26.9% , nous avons consulté à 1% les médicaments personnels apportés par les patients, pour les autres sources comme le contact avec les médecins et les pharmaciens de ville, cela était impossible vu que les patients conciliés n'ont pas donné les noms de leurs médecins et pharmaciens référents .

- L'utilisation des dossiers médicaux non informatisés a eu une influence sur l'avancement de l'étude.
- La CM à la sortie a nécessité une présence quotidienne des internes en pharmacie au service, malheureusement cela n'était pas possible durant notre étude.

➤ **Recommandations et perspectives :**

Depuis l'instauration de la conciliation médicamenteuse en Octobre 2019, nous sommes arrivées à concilier 32 patients, ça reste un nombre modéré à cause de plusieurs contraintes, et à partir de ce que nous avons constaté pendant notre étude, nous avons eu la réflexion de proposer dans notre thèse des pistes d'amélioration afin d'optimiser la démarche de la conciliation et permettre sa pérennisation.

- Déploiement sur l'ensemble de l'établissement hospitalier

Nous avons trouvé nécessaire de réorganiser l'activité pharmaceutique et de renforcer la présence des pharmaciens dans certaines unités de soins, ainsi la réalisation de l'analyse pharmaceutique des prescriptions médicamenteuses et la CM pourrait se faire conjointement.

La présence du pharmacien dans les services de soins permettrait aussi de renforcer la coopération avec l'équipe médicale et soignante vu que la CM étant une démarche pluridisciplinaire et pluri professionnelle et non uniquement pharmaceutique.

- Implication des préparateurs (préparatrices) en pharmacie :

Les préparateurs en pharmacie ont eu une forte motivation pour s'impliquer dans la démarche de la CM car le recueil des informations à propos du traitement habituel du patient à l'admission et la comparaison entre le BMO et l'OMA constitue une activité nouvelle de leur métier.

- Ciblage des patients à concilier en priorité :

La détermination des critères de ciblage basée sur les patients à risque, les pathologies ou médicaments à risque, l'âge, la poly médication, permet l'identification des patients à concilier en priorité.

- Développement du lien ville-hôpital :

Il est très important d'optimiser le lien avec le pharmacien d'officine, par le biais d'une fiche de liaison ville-hôpital.

Partie pratique

- Entretien pharmaceutique à la sortie du patient :

Il est nécessaire d'établir un entretien de sortie avec le patient en lui expliquant les modifications de son traitement habituel et lui donner des conseils sur les modalités de la prise des nouveaux médicaments afin de rendre le patient acteur de sa prise en charge et de faciliter son adhésion aux traitements.

- Développement des sources d'informations :

En plus du dossier médical du patient, plusieurs sources d'informations peuvent être utilisées comme la consultation du dossier pharmaceutique, la consultation des courriers des médecins, les bases médicales partagées, informatisation des dossiers des patients pour éviter toute perte de papiers, il est primordial aussi d'effectuer des entretiens avec les pharmaciens d'officines et les médecins traitants, ainsi que la vérification des médicaments apportés par le patient est recommandée.

- Information des différents personnels de santé sur cette démarche :

Par une simple représentation de cette nouvelle démarche au moment des conférences, séminaires, aussi lors des rapports de garde ou les réunions entre les équipes médicales des établissements de santé.

La valorisation de la démarche auprès de la communauté médicale et la participation active à la vie institutionnelle de l'établissement ont été des expériences bénéfiques qui pourront être mises à profit au futur.

Bibliographie:

1. **A., DIAKITE Mariam I.** *LA RECHUTE EN MILIEU PSYCHIATRIQUE DANS LE SERVICE DE PSYCHIATRIE DU CHU DU POINT G A PROPOS DE 165 CAS.* bamako : la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie, 2008. 1.
2. [En ligne] PreMedline, 2010. [Citation : 16 décembre 2019.] <https://reference.medscape.com/medline/abstract/21190649>. 21190649.
3. **Thomas, P.** Les rechutes : causes et conséquences. *EM consult.* [En ligne] L'Encéphale, septembre 2013. [Citation : 26 Décembre 2019.] <https://www.em-consulte.com/article/840834>. 3.
4. **GOUREVITCH, R.** Comment améliorer l'observance chez le patient souffrant de schizophrénie. *l'encéphale.* [En ligne] 2006. [Citation : 25 Décembre 2019.] www.encephale.com/.../version/1/file/main.pdf. 32 : 929-30, cahier 4 S 929.
5. **le Conseil de l'Académie nationale de Pharmacie .** *Observance des traitements médicamenteux en France .* paris : le Conseil de l'Académie nationale de Pharmacie , 2015.
6. **Lucie, Mme BARTHOD.** *Conciliation médicamenteuse à l'admission en santé mentale : Cibler les patients à risque pour une démarche efficiente.* marseille : Université d'Aix-Marseille – Faculté de Pharmacie , 2018.
7. **Le code de la Santé publique (article L.5111-1).** Qu'est-ce qu'un médicament ? *Ministère des solidarités et de la santé.* [En ligne] 13 06 2016. [Citation : Jeudi Décembre 2019.] <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/le-bon-usage-des-medicaments/article/qu-est-ce-qu-un-medicament>.
8. **Tissot, Étienne Schmitt (coordonnateur) -Daniel Antier-Chantal Bernheim-Édith Dufay-Marie Caroline Husson-Edgar.** *Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse.* MONTRY : la Société Française de Pharmacie Clinique, 2005. : 2-9526010-0-3.
9. *guide outils de sécurisation et d'auto -évaluation de l'administration des médicaments .* saint- denis : Haute Autorité de Santé, 2013.
10. **HAS .** *Fiche thématique Organisation du circuit du médicament en établissement .* 2005.
11. **BUICHE, Marine.** *CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX : EXPERIMENTATION DU RAPPORT Med'REC DE L'HAS DANS UN ETABLISSEMENT PSYCHIATRIQUE.* Grenoble : UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE, 2016.

Partie pratique

12. **Elodie, PASQUIER.** *ÉVALUATION D'UNE FICHE DE CONCILIATION MEDICAMENTEUSE*. Angers : université d'Angers, 2017.

13. **GILLET, Julie.** *Mise en place de la conciliation médicamenteuse au Centre Hospitalier Verdun-Saint-Mihiel*. Lorraine : UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ DE PHARMACIE, 2016.

14. [En ligne] Juin 2005. [Citation : 12 Janvier 2020.]

https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/9641eb3f4a1e67ba18a6b8aecd3f1985.pdf.

15. **A.J. Scheen, D. Giet.** *NoN-observaNce thérapeutique : causes, conséquences, solutions*. Liège : Département de Médecine, CHU de Liège, Belgique, 2010. 65 : 5-6 : 239-245.

16. **Misdrahi, Dr David.** Comprendre l'observance thérapeutique. *la réponse du psy*. [En ligne] Centre Hospitalier Charles Perrens-université de Bordeaux. [Citation : 04 Septembre 2020.]

<https://www.lareponsedupsy.info/ObservanceTherapeutique#:~:text=La%20mauvaise%20observance%20est%20un,d'un%20patient%20sur%20deux>. CNRS UMR 5287-INCIA.

17. **la revue prescrire.** Liste 2020 de 105 médicaments plus dangereux qu'utiles selon Prescrire. *psychomédia*. [En ligne] psychomédia, 29 Novembre 2019. [Citation : jeudi Septembre 2020.] <http://www.psychomedia.qc.ca/medicaments/2019-11-29/liste-2020-105-medicaments-plus-dangereux-qu-utiles-avis-prescrire>.

18. **agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé.** *Bonne pratique de pharmacovigilance*. Saint Denis : ansm, 2018.

19. les erreurs médicamenteuses en Algérie, un sujet tabou ! *Algérie 360°*. [En ligne] Algérie 360°, 1 Juin 2014. [Citation : 7 Décembre 2019.] <https://www.algerie360.com/les-erreurs-medicamenteuses-en-algerie-un-sujet-tabou/>.

20. **La Prévention Médicale.** les erreurs médicamenteuses. *prévention médicale*. [En ligne] prévention médicale, 17 Juin 2020. [Citation : 28 Juin 2020.] <https://www.prevention-medicale.org/Actualites-et-revues-de-presse/Toutes-les-actualites/Paramedical/erreurs-medicamenteuses>.

21. **Audrey, ARNAUD.** *LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE EN PSYCHIATRIE : EXPERIENCE PRATIQUE AU CENTRE HOSPITALIER GERARD MARCHANT*. Toulouse : UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER, 2016. 2016 TOU3 2111.

22. *Enseignement et formation en.* **Spinewine, Anne.** [éd.] Healthcare Executive Seminar. Louvain : Cliniques Universitaires de Mont-Godinne et Centre de Louvain, 2009.

23. **American College of Clinical Pharmacy.** The Definition of Clinical Pharmacy. [En ligne] 2008. [Citation : 3 Mars 2020.] <https://accpjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1592/phco.28.6.816>. 28(6):816–817).

24. **Wolf-Thal, Carine.** *LA PHARMACIE CLINIQUE État des lieux et perspectives d'une discipline en développement*. Paris : L'Ordre national des pharmaciens, 2018. ISSN N° 2119-6249.

Partie pratique

25. **SFPC**. Fiche mémo Préconisations pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux . *conciliation médicamenteuse*. s.l. : Société française de la pharmacie clinique , Décembre 2015. Vol. 18 page.
26. **HAS** . *Guide HAS -Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé*. Saint- denis : Haute autorité de santé, 2018.
27. **Le Collège de la HAS**. Conciliation médicamenteuse. *Omedit- grand est* . [En ligne] Omedit -grand est , 27 Mai 2019. <https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/conciliation-medicamenteuse-0>.
28. **Santé info**. conciliation médicamenteuse. *santé info droits pratique*. 2017, 2017, FP-2017-A.13.2-E1-17.
29. **Bédoucha, Clément**. *Mise en place de la conciliation médicamenteuse dans un service de médecine interne au centre hospitalier de Libourne* . Bordeaux : UFR des sciences Pharmaceutiques Université de Bordeaux , 2016. dumas-01307710 .
30. **I. Reben, A. Boudet -**. *Conciliation médicamenteuse dans le parcours patient Retour d'expérience du CH de Loches Exemple d'un patient en HDJ gériatrique (PAERPA)*. val de loirs : Omédit, 2016.
31. **Vacher, Camille Fummi -Benoit Brunschweiler-Hélène**. *Conciliation médicamenteuse à l'admission du patient dans une unité de chirurgie orthopédique septique : une étude menée sur six mois*. amiens : CHU Amiens, 2015. pp. 185-91. Vol. 34. 10.1684/jpc.2015.0319.
32. **SFPC-Omédit**. *la conciliation des traitements médicamenteux En pratique, de retour dans mon établissement*. Normandie : Déploiement régional FORMACONCIL.
33. **SFPC**. Présentation . *Société française de pharmacie clinique* . [En ligne] SFPC . [Citation : 11 Septembre 2020.] <https://sfpc.eu/presentation>.
34. **La HAS** . La conciliation médicamenteuse . *URPS*. [En ligne] URPS, 23 Février 2018. <https://urpsinfirmiers-oi.fr/2018/02/>.
35. —. HAS : Guide en 4 étapes pour développer la conciliation médicamenteuse. *Psycom*. [En ligne] Psycom, 30 Janvier 2017. [Citation : 13 Septembre 2020.] <http://www.psycom.org/Actualites/Nul-n-est-cense-ignorer/HAS-Guide-en-4-etapes-pour-developper-la-conciliation-medicamenteuse>.
36. Guide d'entretien du patient à l'admission en établissement de santé pour l'obtention du bilan médicamenteux optimisé . *Rapport d'expérimentation du projet Med'Rec*. s.l. : Med'REC , Novembre 2015.
37. **Reliquet, Camille**. *la conciliation médicamenteuse* . s.l. : Omédit Bretagne .
38. **Omédit**. Mode opératoire de la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission. *Rapport d'expérimentation du projet Med'Rec* . s.l. : Omédit , 2015.
39. **Alquier, Isabelle**. La conciliation des traitements médicamenteux . *La HAS* . [En ligne] 9 Mars 2017. [Citation : 13 Septembre 2020.] <http://www.fhpmco.fr/wp-content/uploads/2017/03/4-PPT-HAS-1er-club-pharmacie-09-03-2017.pdf>. FHP-MCO-9.

40. **DOERPER, Thomas BAUM -Sébastien.** *La conciliation des traitements médicamenteux des patients hospitalisés Comprendre, s'initier et mettre en œuvre la démarche dans un établissement de santé* . Nancy : UNIVERSITE HENRI POINCARÉ - NANCY 1 , 2011 .
41. **Saint-Vincent, Groupe Hospitalier.** *Guide pratique pour développer en établissement de santé la conciliation médicamenteuse associant pharmacien et préparateur en pharmacie* . s.l. : Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, 2015.
42. **BRULEBOIS, Aurélie.** *ANALYSE DES ECARTS DE PRESCRIPTIONS MEDICAMENTEUSES ENTRE DOMICILE, ADMISSION ET SORTIE D'HOSPITALISATION AU CENTRE HOSPITALIER DE VOIRON : VERS LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX.* Grenoble : LA FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE, 2010.
43. **Queuille, M. Gérard-A. Baudoin-AL .Debruyne-D. Malet-E.** *guide des Divergences Non Intentionnelles lors de la conciliation des traitements médicamenteux?* Reims : Hopipharm, 2015.
44. **CARNAILLE, Pauline.** *Intérêt de la conciliation médicamenteuse de transfert dans l'optimisation d'une antibiothérapie initiée dans un service de réanimation* . Lille : Faculté des Sciences Pharmaceutiques et biologiques de Lille , 2018.
45. **Emilie, PREVOST.** *Conciliation médicamenteuse à l'entrée et en sortie d'hospitalisation au CH de COUTANCES.* Coutances : CH de Coutances , 2017.
46. **Marine, THOREL.** *Impact de la conciliation médicamenteuse standardisée en sortie d'hospitalisation sur les prescriptions potentiellement inappropriées chez le sujet âgé : coordination hôpital-ville* . s.l. : Université de Picardie Jules Verne - U.F.R. DE PHARMACIE , 2016.
47. **Pauline, MONDOLONI.** *Conciliation médicamenteuse : évaluation du ciblage des patients les plus à risque dans un établissement de hospitalier* . Bourgogne : Université de Bourgogne UFR des Sciences de Santé Circonscription Pharmacie , 2016 .
48. **Jean-Meidi ALILI, Daniel ZIVKOVIC, Jordane ALEMANNI, Patrick GARRIGUET, Patrick BEAUVÉRIE.** *Mise en place d'une conciliation médicamenteuse dans un hôpital.* Villejuifs : Groupe Hospitalier Paul Guiraud, 2013.
49. **Boukli hacen esma, Chentti Aicha.** *Application de la pharmacie clinique pour le suivi des patients polypathologiques atteints d'hémopathies au CHU Tlemcen* . Tlemcen : Faculté de médecine de Tlemcen , 2014.

Annexes

Annexe 01 : Fiche d'information au patient ou sa famille

Evaluation de la fiche de conciliation médicamenteuse

Madame, monsieur

Nous des internes en pharmacie, affectées au service de Psychiatrie ,pour élaborer notre mémoire de fin d'étude ,qui est fondé sur « la conciliation médicamenteuse » .

Nous vous invitons à participer à notre étude, cette dernière ne modifie en rien votre prise en charge ou votre suivi médical habituel .

Vous trouvez si –après les informations nécessaires à propos de votre participation à cette étude.

1-Définition de la conciliation médicamenteuse :

La conciliation médicamenteuse est le premier entretien du pharmacien avec le patient, elle se poursuit le long de son séjour hospitalier (depuis son admission jusqu'à sa sortie).

C'est une démarche de prévention contre les événements indésirables médicamenteux , Son but est la sécurisation de la prise en charge des patients le long de leurs parcours de soin .

2-Objectifs de notre étude :

L'un des objectifs principaux de cette étude est : Démontrer l'intérêt de la fiche de conciliation médicamenteuse dans le suivi des patients en terme de ré-hospitalisation et de modifications thérapeutiques à 3 mois .

La conciliation a pour objet aussi l'information du patient et son entourage sur le bon usage des médicaments.

3- Déroulement de notre étude :

L'étude se déroulera sur l'année 2019 /2020

La durée de votre participation est de 3 mois.

Elle concerne les patients de 18 ans à 60 ans hospitalisés dans le service de psychiatrie.

L'étude se déroulera lors de l'hospitalisation du patient sur l'avis de l'un de ses médecins traitants qui participent eux même à cette étude ,il s'agit d'une étude observationnelle ,qui ne modifie ni la prise en charge du patient ,ni son suivi au sein de service de psychiatrie .

Aucune procédure supplémentaire de diagnostic ou de surveillance ne sera faite dans le cadre de cette étude.

Nous allons seulement vous poser quelques questions sur le patient (ses coordonnées, antécédents médicaux , son traitement avant l'hospitalisation) , pour rédiger un bilan médicamenteux et le valider après comparaison et analyse avec l'ordonnance médicale à admission du patient .

Partie pratique

Notre études s'étale également sur la sortie des patients car ses derniers sortent de l'hôpital, en moyenne avec deux thérapeutiques supplémentaires, pour cela un entretien pharmaceutique à la sortie sera fait ,pour aborder tous les médicaments prescrits en expliquant leurs mode d'emploi ,leurs intérêt ainsi que leurs éventuels effets secondaires .

vous serez joint par téléphone , dans les 3 mois suivant la sortie , afin de répondre à quelques questions ,pour évaluer la compréhension des messages véhiculés lors du dernier entretien .

4- Confidentialité :

Les données recueillies pour notre étude ne mentionneront ni le nom, ni le prénom, ni la date de naissance du patient. Ces données seront uniquement accessibles aux médecins et pharmaciens en charge de cette étude.

Tout personnel impliqué dans cette étude (interne en pharmacie ,pharmacien d'officine ou médecin) est soumis au secret médical .

5-Participation volontaire :

Nous tenons à vous informer que vous êtes totalement libre de participer à cette études ,ainsi que vous pouvez l'interrompre à n'importe quel moment sans aucune obligation de justifier et sans aucun impact sur la qualité de votre prise en charge médicale au sein de service de psychiatrie .

5-Remerciement :

Nous vous remercions sincèrement pour votre collaboration à cette étude.

Signature du tuteur légal :

Annexe 02 : Fiche de recueil des informations nécessaires à propos des patients

Bonjour ,

Nous sommes des internes en Pharmacie , nous souhaitons vous poser quelques questions à propos de votre traitements médicamenteux ,afin d'améliorer votre suivi médical .

Conciliation datée le : / /

Interne :

Informations du patient :

Etat civile :

Nom :

Profession :

Prénom :

Adresse :

Age :

Numéros de téléphone :

Antécédents médicaux :

➤ Allergie médicamenteuse :

oui

Non

Si oui Veuillez précisez :

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

➤ Diabète :

oui

No

➤ Hypertension artérielle :

oui

No

Autre pathologie :

Antécédents psychiatriques :

➤ Personnel :

➤ Familiaux :

Annexe03 : Fiche de CTM à l'admission (FCT)

NOM :
Prénom :
Date de naissance
Age :

Nom du service :
Numéro de chambre :

Médecin traitant :
Infirmier à

| Conciliation faite le 03/11/2019 | | | | | entre*22/12/2019 | | | | | et** | | Processus de conciliation : <input type="radio"/> | | |
|----------------------------------|------------------|---|---|---|---------------------------------|----------------------|------------------|---|---|---|----------------------------|--|---|--------------|
| Bilan médicamenteux | | | | | Ordonnance médicale d admission | | | | | Proactif <input type="radio"/> Rétroactif <input type="radio"/> | | | | |
| Nom / dosage / forme | Posologie / voie | | | | Statut | Nom / dosage / forme | Posologie / voie | | | | Existence d'une divergence | Divergence Intentionnelle ou Erreur Médicamenteuse | Décision médicale / Erreur médicamenteuse | Commentaires |
| | M | M | S | N | | | M | M | S | N | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

Annexe 04 : Fiche de sortie (Plan de prise des médicaments suite à l'hospitalisation au service de psychiatrie)

استمارة الخروج

Nom/

اللقب/ الاسم

Prénom

Date de naissance

تاريخ الميلاد

Date de prescription

تاريخ الوصفة

Médecin prescripteur

الطبيب المعالج

Date de sortie

تاريخ الخروج

| Médicament الدواء | Dosage المقادير | Indication دواعي الاستعمال | Moment de prise | | | | |
|----------------------|--------------------|----------------------------------|-------------------|-------------------------------------|--------------------|---------------------|---------------------------|
| | | | Au lever صباحا | Petit déjeuner فطور الصباح | déjeuner الغداء | Diner عند العشاء | Au couché عند النوم |
| | | | | | | | |

Annexe 05 : Fiche de suivi des patients après leur sortie

NOM

PRENOM

MEDECIN TRAITANT

DIAGNOSTIQUE

NUMERO DE DOSSIER

ETAT DU PATIENT :

Poursuit le traitement oui non

Arrête le traitement oui non

Présente une rechute oui non

| LES RENDEZ-VOUS | LISTE DE TRAITEMENT PRESCRIT | |
|-----------------|------------------------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Annexe 06 : Test d'évaluation de l'observance

TEST D'ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE

1. Ce matin avez vous oublié de prendre votre médicament ?
 Oui Non
2. Depuis la dernière consultation avez vous été en panne de médicament ?
 Oui Non
3. Vous est il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?
 Oui Non
4. Vous est il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours votre mémoire vous fait défaut ?
 Oui Non
5. Vous est il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?
 Oui Non
6. Pensez vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?
 Oui Non

INTERPRÉTATION DU TEST :

OUI (0) : Bonne observance

OUI (1 ou 2) : Minime problème d'observance

OUI (> 3) : Mauvaise observance

Réf : Girerd X et col. Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. Presse Med 2001 ; 30 : 1044-8.

Partie pratique

Résumé :

Les patients atteints de problèmes de santé mentale et sous antipsychotiques, sont les plus exposés aux risques des rechutes; de ce fait, il est très intéressant de mettre en œuvre une bonne pratique afin d'améliorer et sécuriser la prise en charges de cette population. Cette démarche est « **La conciliation des traitements médicamenteux** » faisant partie de la pharmacie clinique.

L'objectif principal de notre étude consiste à appliquer et évaluer l'impact de cette démarche sur le taux de ré-hospitalisation, d'autres objectifs secondaires visant à l'évaluation de l'observance thérapeutique chez ces patients ainsi que la suggestion des pistes d'amélioration afin d'optimiser ce processus.

Notre étude a eu lieu au service de psychiatrie -CHU TLEMCEN-Algérie- Nous avons appliqué la CM à l'admission, à la sortie des patients et un suivi après 3 mois. Tout cela a été fait par le biais des fiches d'informations, des fiches de CM contenant le bilan médicamenteux et l'ordonnance d'admission ainsi qu'un questionnaire élaboré préalablement pour l'évaluation de l'observance.

Après saisie et analyse des données recueillies, les résultats obtenus montrent que le taux des divergences non intentionnelles détectées et signalées aux médecins est très faible, en parallèle un nombre de ré-hospitalisation est faible aussi, ce qui indique que la CM est bénéfique et ainsi que le nombre de ré-hospitalisation des patients était lié positivement au nombre de rechutes et au niveau d'observance des patients, sachant que l'arrêt thérapeutique sans avis médical était le facteur principal des inobservances trouvées selon le questionnaire de Girerd , à la fin et suite aux difficultés rencontrées lors de notre étude, nous avons proposé des axes d'amélioration pour optimiser cette démarche .

Mots clés :

Rechute – Conciliation des traitements médicamenteux- Pharmacie clinique -
rehospitalisation – observance thérapeutique– Bilan médicamenteux – Ordonnance
d'admission – Divergences non intentionnelles –arrêt thérapeutique

Abstract :

Patients with mental health problems and taking antipsychotics are the most exposed to the risks of relapses, so it was very interesting to implement a good practice to improve and secure the patient care, this approach is "The conciliation of drug treatments' which is part of clinical pharmacy.

Our main objective was to apply and assess the impact of this approach on the re-hospitalization rate, secondary objectives were the evaluation of therapeutic observation for those patients as well as improvement suggestion in order to "optimize this process, our study took place at the psychiatry service at TLEMCEN,ALGÉRIE –Algeria- University hospital , we applied the medical conciliation at the admission and at the exit of patients as well as a follow-up after 3 months, that was done through information sheets and medical conciliation sheets containing the medication report and the admission prescription as well as a validated questionnaire for the evaluation of therapeutic observation .

After entering and analysing the data collected, the rate of unintentional discrepancies found and reported to doctors was very low, while the number of re-hospitalizations was low;

indicating that Medical conciliation was beneficial, as well as the number of re-hospitalizations of patients was positively linked to the number of relapses and the level of patient compliance, knowing that stopping treatment without medical advice was the main factor in the non-observance found according to the Girerd questionnaire, at the end and following the difficulties encountered during our study, we proposed areas for improvement to optimize this approach .

Key words : Relapse - Medication treatment conciliation - Clinical pharmacy - rehospitalization - therapeutic observation - Medication report - Admission prescription - Unintentional divergences - stopping treatment

ملخص

المرضى الذين يعانون من مشاكل الصحة العقلية والذين يتناولون مضادات الذهان هم الأكثر تعرضًا لمخاطر الانتكاسات ، لذلك كان من المثير جدًا تطبيق ممارسة جيدة لتحسين وتأمين رعاية هذه الفئة من المرضى وهذا النهج هو "التوفيق" بين العلاجات الدوائية وهي جزء من تخصصات الصيدلة السريرية

كان هدفنا الرئيسي هو تطبيق وتقييم تأثير هذا النهج على معدل إعادة الاستشفاء ، وكانت أهدافنا الثانوية هي تقييم الالتزام العلاجي لدى هؤلاء المرضى وكذلك اقتراح سبل للتحسين من أجل " لتحسين هذه العملية ، أجريت دراستنا في مصلحة الامراض العقلية بالمستشفى الجامعي تيجاني دامرجي بولاية تلمسان - الجزائر - عند استقبال وخروج المرضى بالإضافة إلى متابعتهم بعد 3 أشهر والتي تمت من خلال استمارات واستبيانات تحتوي على تقرير الدواء المأخوذ من طرف المريض قبل الاستشفاء ووصفة القبول بالإضافة إلى استبيان مصدق لتقييم الامتثال للوصفة الطبية

عد إدخال وتحليل البيانات التي تم جمعها ، كان معدل التناقضات غير المقصودة التي تم العثور عليها وإبلاغ الأطباء بها منخفضًا للغاية ، بينما كان عدد حالات الاستشفاء منخفضة أيضًا ، مما يشير إلى أن الدراسة التي قمنا بها كانت مفيدة ولديها أثر إيجابي على عدد الاستشفاء لدى هؤلاء المرضى وكذلك كان عدد مرات إعادة إدخال المرضى إلى المستشفى مرتبطًا بشكل إيجابي بعدد حالات الانتكاس ومستوى التزام المريض ، مع العلم أن وقف العلاج دون استشارة طبية كان العامل الرئيسي في عدم الامتثال الموجود وفقًا لاستبيان جيرارد و في النهاية نظرًا إلى الصعوبات التي واجهتنا أثناء دراستنا ، ..اقترحنا مجالات لتحسين هذا النهج

الكلمات المفتاحية

الانتكاس - التوفيق بين العلاج الدوائي - الصيدلة السريرية - إعادة الإقامة في المستشفى - الالتزام العلاجي - تقييم الأدوية - أمر القبول - التناقضات غير المقصودة - وقف العلاج -

