

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako
Faculté de Pharmacie



ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025

N°.....

TITRE

**ÉVALUATION DE LA CONCILIATION
MEDICAMENTEUSE AU CHU DU POINT G :
ETUDE PILOTE DANS LE SERVICE DE
MEDECINE INTERNE**

Présentée et soutenue publiquement le .../.../2026 devant le jury de la faculté de
Pharmacie

Par : Mme Aminata Hamidou MAIGA

Pour obtenir le grade de docteur en Pharmacie

(Diplôme d'état)

Jury

Président : M. Klétigui Casimir DEMBELE (*Maître de Conférences*), FAPH

Membres : M Mohamed Touré (*Assistant*), FAPH

: M Abdouramane TRAORE (*Pharmacien*), FAPH

Co-directeur : M. Mahamadou BALLO (*Maitre-Assistant*), FAPH

Directeur : M. Karim TRAORE (*Maître de Conférences*), FAPH

**LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE PHARMACIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025**

ADMINISTRATION

Doyen : Sékou BAH, Professeur

Vice-doyen : Souleymane DAMA, Maître de conférences

Secrétaire principal : Seydou COULIBALY, Administrateur Civil

Agent comptable : Ismaël CISSE, contrôleur des finances.

PROFESSEURS HONORAIRES

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Flabou	BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
2	Bakary Mamadou	CISSE	Biochimie
3	Yaya	COULIBALY	Législation
4	Abdoulaye	DABO	Malacologie-Biologie animale
5	Daouda	DIALLO	Chimie Générale et Minérale
6	Mouctar	DIALLO	Parasitologie-mycologie
7	Souleymane	DIALLO	Bactériologie- Virologie
8	Amagana	DOLO	Parasitologie
9	Kaourou	DOUCOURE	Physiologie humaine
10	Lassana	DOUMBIA	Chimie minérale
11	Ousmane	DOUMBIA	Chimie thérapeutique
12	Boukassoum	HAÏDARA	Législation
13	Alory Ag	IKNANE	Santé publique/Nutrition
14	Gaoussou	KANOUTE	Chimie analytique
15	Alou A.	KEÏTA	Galénique
16	Ousmane	KOÏTA	Biologie moléculaire
17	Mamadou	KONE	Physiologie
18	Brehima	KOUMARE	Bactériologie/Virologie
19	Benoît Yaranga	KOUMARE	Chimie analytique/Bromatologie
20	Abdourahamane S.	MAÏGA	Parasitologie
21	Saïbou	MAÏGA	Législation
22	Ababacar I	MAÏGA	Toxicologie
23	Ousmane	TOURE	Santé publique/Environnementale
24	Mahamadou	TRAORE	Génétique
25	Sékou Fantamady	TRAORE	Zoologie

PROFESSEURS DECEDES

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Boubacar Sidiki	CISSE	Toxicologie
2	Mahamadou	CISSE	Biologie
3	Drissa	DIALLO	Pharmacognosie
4	Moussa	HARAMA	Chimie analytique
5	Mamadou	KOUMARE	Pharmacognosie
6	Elimane	MARIKO	Pharmacologie
7	Moussa	SANOGO	Gestion pharmaceutique

DER : SCIENCES BIOLOGIQUES ET MEDICALES

1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Mounirou	BABY	Professeur	Hématologie
2	Mahamadou	DIAKITE	Professeur	Immunologie- Génétique
3	Alassane	DICKO	Professeur	Santé Publique
4	Abdoulaye	DJIMDE	Professeur	Parasitologie- Mycologie
5	Aldjouma	GUINDO	Professeur	Hématologie. Chef de DER
6	Kassoum	KAYENTAO	Directeur de Recherche	Santé publ./ Bio- statistique
7	Bouréma	KOURIBA	Maître de Conférences	Immunologie
8	Issaka	SAGARA	Directeur de Recherche	Bio-statistique
9	Boubacar	TRAORE	Professeur	Parasitologie- Mycologie

2. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Mohamed	AG BARAIKA	Maître de Conférences	Bactériologie- virologie
2	Charles	ARAMA	Maître de Conférences	Immunologie
3	Cheick Amadou	COULIBALY	Maître de Recherche	Entomologie/para sitology
4	Djibril Mamadou	COULIBALY	Maître de Conférences	Biochimie clinique
5	Djénéba Koumba	DABITAO	Maître de Conférences	Biologie moléculaire
6	Souleymane	DAMA	Maître de Conférences	Parasitologie – Mycologie
7	Antoine	DARA	Maître de Conférences	Biologie Moléculaire

8	Laurent	DEMBELE	Maître de Conférences	Biotechnologie Microbienne
9	Klétigui Casimir	DEMBELE	Maître de Conférences	Biochimie Clinique
10	Seïdina S. A.	DIAKITE	Maître de Conférences	Immunologie
11	Fatou	DIAWARA	Maître de Conférences	Epidémiologie
12	Yaya	GOÏTA	Maître de Conférences	Biochimie Clinique
13	Ibrehima	GUINDO	Maître de Conférences	Bactériologie virologie
14	Aminatou	KONE	Maître de Conférences	Biologie moléculaire
15	Almoustapha Issiaka	MAÏGA	Maître de Recherche	Bactériologie-Virologie
16	Mamadou	MAÏGA	Maître de Conférences	Microbiologie
17	Amadou Birama	NIANGALY	Maître de Conférences	Parasitologie-Mycologie
18	Dinkorma	OUOLOGUEM	Maître de Conférences	Biologie Cellulaire
19	Fanta	SANGHO	Maître de Conférences	Santé Publ/Santé commun.
20	Yéya dit Sadio	SARRO	Maître de Conférences	Epidémiologie
21	Mahamadou S.	SISSOKO	Maître de Recherche	Bio-statistique

3. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Boubacar Tiétiè	BISSAN	Maître-Assistant	Biologie clinique
2	Djénéba	COULIBALY	Maître-Assistant	Nutrition/Diététique
3	Seydou Sassou	COULIBALY	Maître-Assistant	Biochimie Clinique
4	Dramane	DIALLO	Maître-Assistant	Biologie Moleculaire
5	Issa	DIARRA	Chargé de Recherche.	Immunologie

4. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Michel Emmanuel	COULIBALY	Attaché de Recherche	Entomologie/parasi- tologie
2	Abdallah Amadou	DIALLO	Attaché de Recherche	Entomologie/parasi- tologie
3	Bakary	FOFANA	Attaché de Recherche	Recherche clinique
4	Merepen dit Agnès	GUINDO	Assistant	Immunologie
5	Moussa Bamba	KANOUE	Attaché de Recherche	Bioinformatique
6	Falaye	KEÏTA	Attaché de Recherche	Santé publi./Santé Environn.
7	N'DeyeLallah Nina	KOITE	Assistant	Nutrition
8	Oumou	NIARE	Attaché de Recherche	Biologie appliquée
9	Zana Lamissa	SANOGO	Attaché de Recherche	Entomologie- Parasitologie
10	Lamine	SOUMAORO	Attaché de Recherche	Entomologie/parasi- tologie
11	Aliou	TRAORE	Attaché de Recherche	Sciences biologiques appliquée.
12	Djakaridia	TRAORE	Assistant	Hématologie

DER : SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Rokia	SANOGO	Professeur	Pharmacognosie

2. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Loséni	BENGALY	Maître de Conférences	Pharmacie hospitalière
2	Issa	COULIBALY	Maître de Conférences	Gestion
3	Adama	DENOU	Maître de Conférences	Pharmacognosie/ Chef de DER
4	Mahamane	HAÏDARA	Maître de Conférences	Pharmacognosie
5	Adiaratou	TOGOLA	Maître de Conférences	Pharmacognosie

3. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Bakary Moussa	CISSE	Maître-Assistant	Galénique
2	Balla Fatogoma	COULIBALY	Maître-Assistant	Pharmacie hospitalière
3	Sékou	DOUMBIA	Maître-Assistant	Pharmacognosie
4	Hamma Boubacar	MAÏGA	Maître-Assistant	Galénique
5	Aboubacar	SANGHO	Maître-Assistant	Législation
6	Aminata Tiéba	TRAORE	Maître-Assistante	Pharmacie hospitalière

4. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Seydou Lahaye	COULIBALY	Assistant	Gestion pharmaceutique
2	Daouda Lassine	DEMBELE	Assistant	Pharmacognosie
3	Assitan	KALOGA	Assistant	Législation
4	Ahmed	MAÏGA	Assistant	Législation
5	Aïchata Ben Adam	MARIKO	Assistant	Galénique
6	Bourama	TRAORE	Assistant	Législation
7	Sylvestre	TRAORE	Assistant	Gestion pharmaceutique
8	Mohamed dit Sarmoye	TRAORE	Assistant	Pharmacie hospitalière

DER : SCIENCES DU MEDICAMENT

1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Sékou	BAH	Professeur	Pharmacologie

2. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Dominique Patomo	ARAMA	Maitre de Conférences	Pharmacie chimique
2	Mody	CISSE	Maitre de Conférences	Chimie thérapeutique
3	Ousmane	DEMBELE	Maitre de Conférences	Chimie thérapeutique
4	Tidiane	DIALLO	Maitre de Conférences	Toxicologie/ Chef de DER
5	Madani	MARIKO	Maitre de Conférences	Chimie Ana/Bromatologie
6	Hamadoun Abba	TOURE	Maitre de Conférences	Chimie Ana/Bromatologie
7	Karim	TRAORE	Maitre de Conférences	Pharmacologie

3. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Mahamadou	BALLO	Maître-Assistant	Pharmacologie
1	Dalané Bernadette	COULIBALY	Maître-Assistant	Chimie Ana/Bromatologie

4. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Blaise	DACKOUO	Assistant	Chimie Ana/Bromatologie
2	Aiguerou dit Abdoulaye	GUINDO	Assistant	Pharmacologie
3	Mohamed El Béchir	NACO	Assistant	Chimie Ana/Bromatologie
4	Mohamed	TOURE	Assistant	Pharmacologie

DER : SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEUR/DIRECTEUR DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
-	-	-	-	-

2. MAITRE DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Mamadou Lamine	DIARRA	Maître de Conférences	Botaniqu-Biol. vég. Chef de DER
2	Boubacar	YALCOUYE	Maître de Conférences	Chimie organique

3. MAITRE ASSISTANT/CHARGE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Joseph Sékou B.	DEMBELE	Maître-Assistant	Biologie végétale
2	Modibo	DIALLO	Maître-Assistant	Génétique
2	Boureima	KELLY	Maître-Assistant	Physiologie médicale

4. ASSISTANT/ATTACHE DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	Grade	SPECIALITE
1	Seydou Simbo	DIAKITE	Assistant	Chimie organique
2	Moussa	KONE	Assistant	Chimie Organique
3	Massiriba	KONE	Assistant	Biologie Entomologie

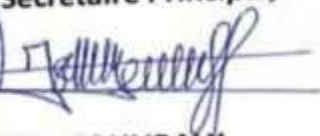
CHARGES DE COURS (VACATAIRES)

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Cheick Oumar	BAGAYOKO	Informatique
2	Babou	BAH	Anatomie
3	Souleymane	COULIBALY	Psychologie
4	Yacouba M	COULIBALY	Droit commercial
5	Moussa I	DIARRA	Biophysique
6	Oumar	SAMASSEKOU	Génétique
7	Djibril	SANGARE	Biosécurité
8	Modibo	SANGARE	Anglais
9	Satigui	SIDIBE	Pharmacie vétérinaire
10	Sidi Boula	SISSOKO	Histologie-embryologie
11	Fana	TANGARA	Mathématiques
12	Djénébou	TRAORE	Sémiologie et Pathologie médicale
13	Boubacar	ZIBEÏROU	Physique

Bamako, le 26 janvier 2026



P/Le Doyen PO
Le Secrétaire Principal,


Seydou COULIBALY
Administrateur Civil

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACE

Je dédie ce travail :

À mes très chers parents,

Pour leur amour inestimable, leurs sacrifices inlassables et leur soutien indéfectible tout au long de mon parcours. Vous avez été mon pilier, ma source de motivation et de courage. Aucun mot ne saurait exprimer ma profonde reconnaissance et mon amour.

A mon cher époux,

Malgré la distance, ton amour, tes encouragements et ton soutien constant ont été pour moi une source précieuse de force et de persévérance. Ta confiance en moi m'a permis d'avancer et de surmonter les difficultés.

Ce travail est l'aboutissement de vos sacrifices, de votre amour et de votre foi en moi. Puisse-t-il être le témoignage de ma profonde gratitude et de mon affection sincère.

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail il m'est particulièrement agréable d'exprimer ma gratitude à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin à sa réalisation.

Je rends grâce à Allah, le Tout-Puissant, le très miséricorde Dieu, pour m'avoir accordé la vie, la santé, la force et la persévérance nécessaires pour mener à bien ce travail. Alhamdoulillah.

Mes remerciements les plus sincères s'adressent à mes très chers parents : **Hamidou Maïga** et **Saoudatou Maïga**,

Je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude pour votre soutien constant, votre amour inconditionnel, votre confiance inébranlable et votre encouragement tout au long de mon parcours. Votre foi en mes capacités m'a permis de persévérer et de surmonter les obstacles. Votre présence, même discrète, a été un véritable pilier dans ma réussite. Merci d'avoir toujours cru en moi, vous êtes mes sources de motivation et de bonheur. Puisse Allah vous donner une longue vie pieuse et vous récompenses.

A mon cher époux **Dr Boureima Maïga**,

Mon chéri, ton amour, ton soutien et ta compréhension ont été pour moi une source inestimable de force et de courage dans les moments difficiles. Merci d'avoir cru en moi, de m'avoir encouragée sans relâche et d'avoir toujours été là, d'une manière ou d'une autre. Ce travail est aussi le tien, car sans toi, ce chemin aurait été bien plus difficile à parcourir. Avec tout mon amour.

A mes deux princesses d'amour, vous êtes ma plus grande source de motivation et ma force. Chaque sourire de votre part a été pour moi un encouragement silencieux, chaque instant passé loin de vous un sacrifice porté avec amour dans l'espoir de vous offrir un avenir meilleur. Je vous dédie ce travail, avec tout mon amour, en espérant être pour vous un exemple de courage, de persévérance et de détermination.

A mes frères et sœurs, pour leur affection, leur présence et leur soutien tout au long de ce chemin.

A toute ma famille, pour leurs prières, leurs encouragements et leur accompagnement constant.

A mes cher amis **Mariam Dicko**, **Dr Mahamane Touré**, **Dr Lassana Cissé** et **Salimata Diarra**

Plus que des amis, vous êtes mes frères et sœurs, merci profondément de m'avoir toujours soutenu, encouragé et motivé durant toutes ces années. Vous avez toujours été là pour moi, recevez toute ma gratitude.

A mon groupe d'exercice : **Dr Mariam Touré, Dr Fatoumata Konaté, Mariam Traoré, Dr Adiarra Koné, Dr Harouna Diarra, Dr Boubacar Kotié Diarra, Dr Amadou H Doucouré, Dr Moussa Kalapo, Dr Nahan Kéita, Drissa Z Berthé, Dr Mohamed Yattabaré.**

Chers amis, je tiens à vous adresser mes sincères remerciements. Au-delà du travail, nous avons partagé bien plus que des séances d'étude : des moments de stress, des instants de doute, mais aussi d'innombrables fous rires et de véritables moments de joie. Votre présence, votre solidarité et votre soutien ont été pour moi une source de motivation et de réconfort tout au long de ce parcours. Ces années passées à vos côtés resteront gravées dans ma mémoire comme une expérience humaine riche, sincère et inoubliable.

A ma chère promotion la P 16, avec qui j'ai partagé ces années d'apprentissage et de défis, je tiens à vous exprimer toute ma gratitude. Je vous souhaite à tous un avenir brillant et rempli de succès.

J'exprime ma profonde gratitude à l'ensemble du personnel du Service de Médecine Interne pour l'accueil bienveillant qui m'a été réservé ainsi que pour leur disponibilité, leur professionnalisme et leur précieuse collaboration tout au long de cette étude. En m'autorisant à réaliser mes enquêtes au sein du service et en facilitant la collecte des données, ils ont apporté une contribution essentielle à la réalisation de ce travail.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à l'ensemble du corps enseignant qui a contribué à ma formation tout au long de mon parcours académique.

À mes enseignants du cycle primaire, je rends un hommage sincère pour m'avoir transmis les bases essentielles du savoir, ainsi que les premières valeurs de discipline, de rigueur et de persévérance.

À mes professeurs du secondaire et du lycée, je témoigne toute ma reconnaissance pour la qualité de leur encadrement, leur engagement et les connaissances acquises qui ont constitué un socle solide pour la poursuite de mes études supérieures.

À l'ensemble du corps professoral de la faculté de pharmacie, je tiens à adresser mes remerciements les plus respectueux pour la richesse des enseignements dispensés, leur disponibilité, ainsi que leur contribution à ma formation scientifique et professionnelle.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon respect sincère.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Dr Klétigui Casimir DEMBELE

- ❖ Docteur en Pharmacie;
- ❖ Titulaire d'un Master recherche en Biochimie et Génie Génétique option pathologie humaine de l'université Cheick Anta Diop de Dakar ;
- ❖ Docteur de l'université d'Angers en France ;
- ❖ Docteur de l'université des sciences, des techniques et technologies de Bamako ;
- ❖ Maître de Conférences en biochimie clinique à la faculté de pharmacies de l'USTTB ;
- ❖ Praticien au laboratoire d'analyse de Biologie Médicale de Centre Hospitalier Universitaire Pr Bocar Sidy Sall de Kati ;
- ❖ Secrétaire Général Adjoint de la Société Malienne de Biologie et de Biologie Moléculaire (SBMB).

Cher Maître,

C'est un grand plaisir et un honneur que vous nous faites en acceptant de présider cette thèse malgré vos multiples occupations. Nous avons été profondément marqués par votre modestie et votre simplicité. Qu'il nous soit permis cher maitre de vous exprimer notre profonde gratitude

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Mohamed TOURE

- ❖ Assistant en pharmacologie à la Faculté de Pharmacie de l'USTTB ;
- ❖ Pharmacien à la pharmacie hospitalière du CHU-Point G ;
- ❖ Titulaire d'un master en développement pharmacologique des Médicaments ;
- ❖ Membre de la ligue Malienne contre l'épilepsie.

Cher Maître,

C'est un privilège que vous nous accordez en acceptant de juger ce travail, nous en sommes très honorés. Votre disponibilité et votre engagement nous touchent profondément. Nous vous adressons nos sincères remerciements pour l'attention portée à cette thèse.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Dr Abdouramane TRAORE

- ❖ Docteur en Pharmacie ;
- ❖ Chercheur au Centre de Recherche et de Formation sur l'Entomologie Médicale et des Maladies Infectieuses (IDMERTC) de l'USTTB-Mali ;
- ❖ Master en Bio-informatique ;

Cher Maître,

Nous sommes honorés par votre présence et par l'intérêt que vous portez à ce travail. Nous vous remercions sincèrement pour le temps consacré à son évaluation ainsi que pour vos remarques et conseils qui contribueront à son amélioration.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR

Docteur Mahamadou BALLO

- ❖ Docteur en Pharmacie ;
- ❖ Commandant de l'Armée Malienne ;
- ❖ Chef du laboratoire de la Polyclinique des Armées Kati ;
- ❖ Maître-Assistant en Pharmacologie à la FAPH ;
- ❖ Master en Pharmacologie et Pharmacie clinique ;
- ❖ PhD en Pharmacologie
- ❖ Membre de la Société Malienne de Médecine Militaire
- ❖ Membre de la Société Burkinabé d'Ethnopharmacologie et d'Ethnobotanique (SBEE)
- ❖ Membre de la Société Ivoirienne de Pharmacologie et de Thérapeutique ;
- ❖ Membre de la Société de Pharmacologie et de Toxicologie du Burkina-Faso ;

Cher Maître,

Nous sommes heureux de témoigner que vous n'avez jamais ménager votre peine pour que ce travail soit mené à bien. Tout au long de ce travail, nous avons apprécié vos qualités humaines et scientifiques.

Votre disponibilité constante, votre bienveillance et votre engagement pour le travail bien fait font de vous un maître respecté et respectable.

Permettez-nous, cher Maître, de vous adresser l'expression de notre immense gratitude et de nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Karim TRAORE

- ❖ Maître de Conférences en Pharmacologie à la Faculté de Pharmacie ;
- ❖ Titulaire d'un PhD en Pharmacologie ;
- ❖ Master en Neuro-Pharmacologie.
- ❖ Chercheur à l'unité d'Immunogénétique centre de Recherche et de Formation sur
l'Entomologie Médicale et des Maladies Infectieuses (IDMERTC) de l'USTTB-Mali

Cher Maître,

C'est un grand honneur et privilège pour nous d'avoir travaillé à vos côtés. Votre rigueur scientifique, votre large ouverture d'esprit, votre gentillesse font de vous un grand homme scientifique exceptionnel. Au-delà de votre compétence, votre disponibilité et votre engagement pour un travail bien fait, nous ont beaucoup aidés.

Cher Maître, permettez-nous, de vous exprimer notre gratitude et nos sincères remerciements.

Liste des sigles et abréviations

ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
AVC	Accident Vasculaire cérébral
BM	Bilan Médicamenteux
BMO	Bilan Médicamenteux Optimisé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CM	Conciliation Médicamenteuse
CMA	Conciliation Médicamenteuse à l'Admission
CMS	Conciliation Médicamenteuse à la Sortie
COX-1	Cyclo Oxygénase 1
DCI	Dénomination Commune International
DES	Diplôme d'étude spécialisée
EM	Erreur Médicamenteuse
FAPH	Faculté de Pharmacie
HAS	Haute Autorité de Santé
HTA	Hypertension artérielle
MNT	Maladies Non Transmissibles
OMA	Ordonnance Médicamenteuse à l'Admission
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PC	Pharmacie Clinique
PECM	Prise en Charge Médicamenteuse
PVVIH	Personnes vivants avec le Virus de Immunodéficience Humaine
SFPC	Société Française de Pharmacie Clinique
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
UGD	Ulcère Gastro-Duodéal
USTTB	Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako
VIH	Virus de Immunodéficience Humaine

Liste des tableaux

Tableau I : les acteurs de la CM à l'admission dans un établissement de santé	14
Tableau II : les acteurs de la CM à la sortie d'un établissement de santé ou lors d'un transfert	15
Tableau III : les acteurs de la CM en ville	16
Tableau IV: Caractérisation de l'erreur médicamenteuse par sa nature [15]	19
Tableau V : Caractérisation selon l'étape initiale de survenue de l'EM	21
Tableau VI: Répartition des patients selon la tranche d'âge	28
Tableau VII : Répartition des patients selon les ethnies	29
Tableau VIII : Répartition des patients selon leurs antécédents	30
Tableau IX : Répartition des médicaments prescrits selon la classe pharmacothérapeutique .	31
Tableau X : Répartition des médicaments utilisés par classe thérapeutique	32
Tableau XI: Interactions médicamenteuses et leurs conséquences cliniques.....	36
Tableau XII : Répartition des patients selon le nombre d'ordonnances reçues	37
Tableau XIII: Distribution du nombre de médicament par ordonnance	37
Tableau XIV : Répartition des ordonnances selon les formes pharmaceutiques des médicaments prescrits	38
Tableau XV : Identification de divergences médicamenteuses chez les patients	38
Tableau XVI : Répartition des divergences selon leur type	39

Liste des figures

Figure 1: Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission.....	10
Figure 2: Répartition des patients selon le sexe	28
Figure 3: Répartition des ordonnances selon le risque d'interactions médicamenteuses	35
Figure 4 : Répartition des interactions médicamenteuses selon le niveau de risque.....	35

Table des matières

1	INTRODUCTION	1
2	OBJECTIFS	4
2.1	Objectif général	4
2.2	Objectifs spécifiques	4
3	GENERALITES	6
3.1	Pharmacie clinique	6
3.1.1	Définition et champs d'activités.....	6
3.1.2	Historique	6
3.2	Conciliation médicamenteuse	8
3.2.1	Définition	8
3.2.2	Objectifs de la conciliation médicamenteuse	8
3.2.3	Intérêt de la conciliation médicamenteuse	8
3.2.4	Types de conciliation médicamenteuse	9
3.2.5	Etapas de la conciliation médicamenteuse	11
3.2.6	Système d'information de la conciliation médicamenteuse	12
3.2.7	Les acteurs de la CM	13
3.3	Divergences médicamenteuses.....	16
3.3.1	Définition	16
3.4	Erreurs médicamenteuses.....	17
3.4.1	Définitions	17
3.4.2	Caractérisation de l'erreur médicamenteuse	17
4	METHODOLOGIE.....	23
4.1	Cadre et lieu d'étude	23
4.2	Type d'étude et période d'étude	25
4.3	Population d'étude.....	25
4.4	Echantillonnage	25

4.5	Outils et méthode de traitement des données	25
4.6	Considérations éthiques.....	26
5	RÉSULTATS	28
5.1	Caractéristiques sociodémographiques des patients	28
5.2	Antécédents	30
5.3	Médicaments prescrits.....	31
6	COMMENTAIRES ET DISCUSSION	41
7	CONCLUSION.....	47
8	RECOMMANDATIONS	49
9	REFERENCES	50

INTRODUCTION

1 INTRODUCTION

La sécurité des patients constitue un défi majeur de santé publique à l'échelle mondiale [1]. Parmi les principales menaces figurent les erreurs médicales, en particulier les erreurs médicamenteuses (EM), qui représentent une cause importante de morbidité et de préjudices évitables. À l'échelle mondiale, le coût associé aux erreurs médicamenteuses est estimé à 42 milliards de dollars par an [2]. L'âge avancé et la poly morbidité sont des facteurs de risque bien connus d'erreurs médicamenteuses, notamment en raison de l'augmentation du nombre de traitements prescrits. Par ailleurs, l'absence de prise en compte de paramètres essentiels tels que le poids du patient ou sa fonction rénale lors de la prescription constitue également un facteur de risque reconnu [3].

En 2017, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estimait qu'aux États-Unis, les erreurs médicamenteuses entraînaient au moins un décès par jour et provoquaient des lésions chez 1,3 million de personnes chaque année [2]. Dans ce contexte, la sécurisation du circuit du médicament apparaît comme un enjeu majeur de qualité de soins, notamment au sein des établissements de santé afin d'assurer l'efficacité des traitements et de prévenir les erreurs médicamenteuses.

Les données de la littérature démontrent clairement l'intérêt de la conciliation médicamenteuse (CM), qui s'impose comme une stratégie essentielle pour renforcer la sécurité et optimiser la prise en charge médicamenteuse des patients. Elle vise à intercepter les erreurs médicamenteuses, souvent liées à des défauts de transmission d'informations entre les secteurs de soins (ville et hôpital), et à sécuriser la prise en charge du patient tout au long de son parcours de soins [4]. La conciliation médicamenteuse est une démarche rigoureuse et standardisée permettant d'établir une liste exhaustive et précise des médicaments pris par le patient. Elle constitue ainsi un outil de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses [4].

La conciliation médicamenteuse peut être réalisée selon deux modalités : proactive et rétroactive. Elle est dite proactive lorsque la liste des médicaments est établie avant la rédaction de la première ordonnance à l'admission, permettant ainsi de prévenir les divergences. Elle est dite rétroactive lorsque cette liste est établie après la prescription initiale, ce qui permet d'identifier et de corriger les divergences éventuelles [5].

Plusieurs études ont mis en évidence l'importance des erreurs médicamenteuses aux points de transition des soins. En France, une étude menée par Pérennes et *al.* en 2011 a montré que de nombreuses erreurs résultaient d'informations incomplètes ou mal transmises [6].

De même, Donier et *al.* ont rapporté en 2018 que 46 % des erreurs médicamenteuses surviennent lors de la prescription à l'entrée ou à la sortie de l'hôpital [7].

Au Mali, une étude réalisée par Karim et *al.* a identifié 35 erreurs médicamenteuses sur 96 ordonnances analysées [8]. Par ailleurs, une étude de la HAS en 2019 a confirmé l'efficacité de la conciliation médicamenteuse dans l'interception des erreurs, notamment les omissions et les erreurs de dosage [9].

Bien que largement développée dans les pays anglo-saxons, la conciliation médicamenteuse reste peu structurée dans les pays africains, notamment au Mali, où les données sur sa mise en œuvre sont encore limitées.

C'est dans cette optique que s'inscrit la présente étude pilote, réalisée dans le service de médecine interne du CHU du Point G, visant à évaluer la faisabilité et l'intérêt de la conciliation médicamenteuse

OBJECTIFS

2 OBJECTIFS

2.1 Objectif général

Etudier la faisabilité et l'intérêt de la conciliation médicamenteuse dans le service de médecine interne au CHU du Point-G.

2.2 Objectifs spécifiques

- ✓ Décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients (âge, sexe, ethnies, antécédents) ;
- ✓ Établir le profil médicamenteux des patients à l'admission (médicaments, classes thérapeutiques, nombre, formes) ;
- ✓ Identifier les divergences médicamenteuses ;
- ✓ Déterminer la fréquence et la nature des interactions médicamenteuses.
- ✓ Identifier les pratiques de prescription médicamenteuse.

GENERALITES

3 GENERALITES

3.1 Pharmacie clinique

3.1.1 Définition et champs d'activités

La pharmacie clinique (PC), selon la définition de Walton en 1961, représente « l'utilisation optimale du jugement et des connaissances pharmaceutiques et biomédicales du pharmacien dans le but d'améliorer l'efficacité, la sécurité, l'économie et la précision selon lesquelles les médicaments doivent être utilisés dans le traitement des patients » [10].

En septembre 2016, la Société française de pharmacie clinique (SFPC) a rénové la définition de la pharmacie clinique, permettant de répondre aux enjeux sociétaux de santé publique et de son déploiement dans le cadre des nouvelles missions obligatoires des pharmacies à usage intérieur des établissements de santé : « La pharmacie clinique est une discipline de santé centrée sur le patient dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique, à chaque étape du parcours de soins. Pour cela, les actes de pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, la pertinence et à l'efficience du recours aux produits de santé. Le pharmacien exerce, en collaboration avec les autres professionnels impliqués, le patient et ses aidants [11]. »

La pharmacie clinique doit être pensée comme un outil de dialogue et de gestion en interne. Elle recouvre des activités réalisées exclusivement ou non par le pharmacien, notamment l'analyse pharmaceutique des thérapeutiques, la conciliation médicamenteuse, l'éducation thérapeutique du patient, le conseil aux patients et aux soignants, la surveillance du traitement, le suivi pharmaceutique des patients et l'évaluation des pratiques professionnelles. Ces activités concourent, dans les champs sanitaires, médico-sociaux et ambulatoires à :

- La maîtrise de l'iatrogénie médicamenteuse et du bon usage des produits de santé dans l'esprit de l'arrêt du 6 avril 2011 ;
- L'évaluation et l'optimisation de la pertinence et l'efficience des traitements ;
- La sécurisation du parcours du patient aux différents points de transition (intra-/extra-structures, ville-hôpital-ville [11].

3.1.2 Historique

Les premières réflexions concernant la pharmacie clinique apparaissent aux Etats Unies dans les années 1920 où des pharmaciens veulent s'inspirer des enseignements cliniques instaurés en médecine. Harvey A. K. Whitney Sr, alors Chef du Service pharmacie du centre hospitalier de l'Université du Michigan, inclue ses étudiants aux réunions de l'équipe clinique ainsi qu'aux autopsies. Son but est de rapprocher les étudiants des autres professionnels de santé.

Le Québec est également considéré comme un pays précurseur de la pharmacie clinique. En effet, le concept américain va grandement influencer les pharmaciens québécois.

Dans les années 1950, André Boissinot, président de l'Association des pharmaciens d'hôpitaux du Québec et chef du Service de pharmacie de l'Hôpital du Saint-Sacrement, participe aux tournées médicales et aux réunions du bureau médical. De plus, ce dernier a dispensé un enseignement aux infirmières de l'hôpital sur les médicaments [12] .

L'expression « Pharmacie clinique » est prononcée la première fois par John Autian, professeur à la faculté de pharmacie à l'université de Texas, durant une conférence à l'université du Wisconsin en 1961.

Il faut bien comprendre qu'à ce moment de l'histoire, les médecins américains sont confrontés à de nombreux procès quant à leur mauvaise gestion de la thérapie médicamenteuse.

La PC se développe rapidement au Canada, puis en Europe vingt ans plus tard.

Discipline en plein essor, le premier congrès de pharmacie clinique se déroule à Paris en 1983, l'année suivante est créée la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC). Cette société savante œuvre pour promouvoir la PC, sa formation ainsi que la recherche. La discipline se déploie d'abord dans les établissements de santé ; là où la collaboration pharmacien-médecin peut se faire continuellement. En effet, les compétences pharmaceutiques du pharmacien sont imbriquées avec celles du médecin au lit du patient afin d'obtenir un traitement efficient et optimisé ; véritable service de proximité ; il convient d'impliquer les futurs pharmaciens. C'est pourquoi, l'introduction de la 5ème année hospitalo-universitaire en 1985 dans le cursus des études de pharmacie prend tout son sens [13] .

Progressivement donc, au cours des 30 dernières années, des services de pharmacie clinique se sont développés dans les pays anglo-saxons. Dans les hôpitaux, par exemple, les pharmaciens font partie intégrante des services cliniques et travaillent avec les médecins. Le pharmacien est là au moment de la prescription et donne son avis pour une éventuelle optimisation, un changement de molécule au sein de la classe thérapeutique, etc. ... Le pharmacien est présent dans le service au moment de l'administration, il peut discuter avec les patients de leur(s) traitement(s) médicamenteux et diagnostiquer les problèmes liés aux médicaments. Les programmes d'éducation thérapeutique sont au minimum encadré par un pharmacien, ou dans un certain nombre de cas menés par lui [10] .

3.2 Conciliation médicamenteuse

3.2.1 Définition

Le Collège de la Haute Autorité de Santé a donné une définition en mars 2015 : « La conciliation des traitements médicamenteux est un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts [14] ». L'usage a également consacré l'expression « conciliation médicamenteuse ».

3.2.2 Objectifs de la conciliation médicamenteuse

Avec la conciliation des traitements médicamenteux, sont attendues :

- Une réduction des erreurs médicamenteuses telles que l'interruption inappropriée des médicaments du domicile lors de l'admission du patient, le changement erroné des doses ou des formes galéniques ou des modalités d'administration, la duplication des principes actifs, la poursuite ou l'ajout indus de médicaments, l'absence de reprise des traitements habituels du patient à sa sortie ;
- Une diminution du recours à l'hospitalisation tels les passages aux urgences et les ré hospitalisations non programmées grâce à l'action conjuguée de la conciliation des traitements médicamenteux et d'autres programmes tel l'accompagnement thérapeutique du patient à sa sortie ;
- Une continuité médicamenteuse avec la poursuite de la conciliation des traitements médicamenteux réalisés en secteur de ville [15].

3.2.3 Intérêt de la conciliation médicamenteuse

Les premiers bénéfices de la conciliation médicamenteuse sont liés à :

- La continuité,
- La qualité des traitements et
- L'interception des erreurs médicamenteuses.

Ainsi, les traitements ne seront pas interrompus ou modifiés de manière inappropriée au cours de la prise en charge du patient.

La conciliation médicamenteuse contribue par ailleurs à une meilleure information du patient et de son entourage, ainsi qu'au bon usage du médicament. L'intérêt réside aussi en un enjeu

de santé publique : la conciliation médicamenteuse participe en effet à la diminution des hospitalisations [4].

3.2.4 Types de conciliation médicamenteuse

La conciliation médicamenteuse peut être réalisée à différentes étapes du parcours de soins du patient, correspondant à des moments clés de transition. On distingue principalement :

➤ Conciliation médicamenteuse à l'admission (CMA)

Elle consiste en un état des lieux des médicaments pris par le patient avant ou après son arrivée à l'hôpital afin de lui prescrire le traitement initial le plus adapté possible. Il existe deux types de conciliation à l'entrée du patient dans un service hospitalier : la conciliation proactive et la conciliation rétroactive.

- **La conciliation proactive**

Consiste à anticiper l'arrivée du patient en effectuant la conciliation avant son admission dans le service hospitalier. Cette approche permet de prévenir la survenue d'erreurs médicamenteuses en vérifiant et en corrigeant les prescriptions médicamenteuses avant même que le patient ne soit admis.

- **La conciliation rétroactive**

Quant à elle, est réalisée une fois que le patient est déjà hospitalisé. Elle consiste à détecter et à corriger les divergences sur la prescription médicamenteuse déjà réalisée. Cette approche permet de limiter les risques d'erreurs médicamenteuses et de garantir la continuité des soins pour le patient [12].

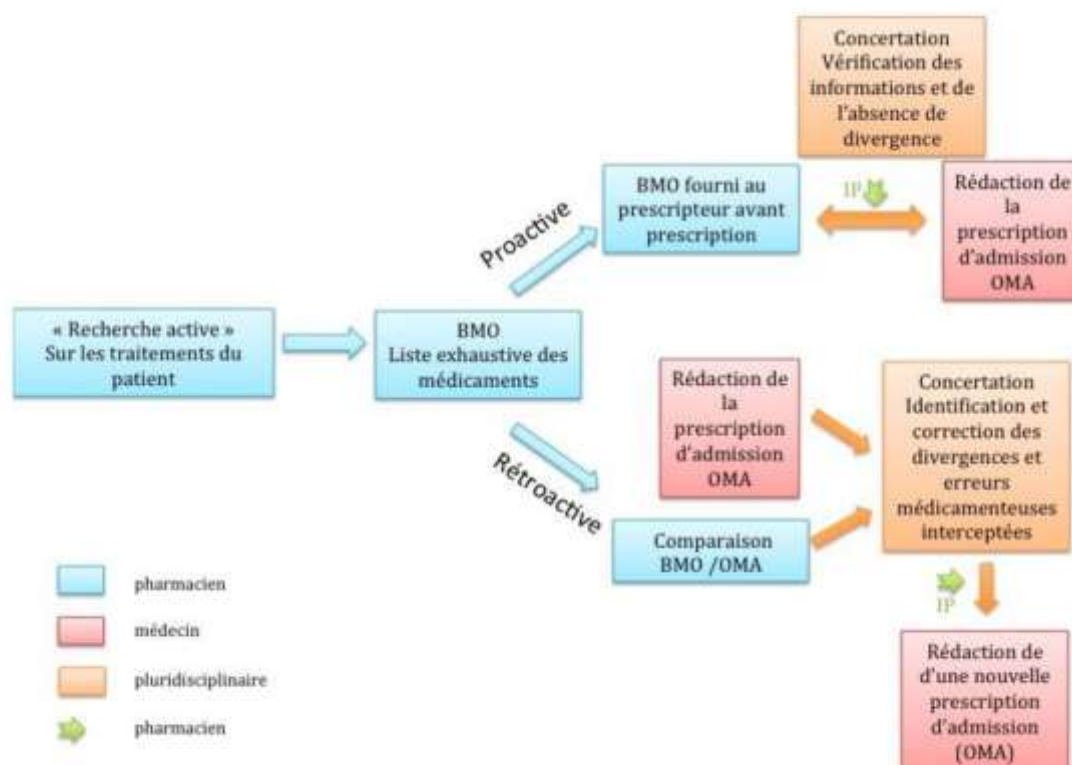


Figure 1: Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission [12]

➤ Conciliation médicamenteuse à la sortie (CMS)

La CMS correspond au retour à domicile du patient. Elle permet la transmission d'informations sur la prise en charge médicamenteuse du patient qui se veulent justes et validées. Cette conciliation médicamenteuse de sortie est à destination des professionnels de santé prenant préalablement en charge le patient (notamment le médecin traitant, le pharmacien d'officine) et du patient ou du cas échéant de sa tutelle, si ses capacités cognitives ne le permettent pas, et offre un complément d'informations de la lettre de liaison [14].

➤ Conciliation médicamenteuse au transfert

La conciliation médicamenteuse lors d'un transfert s'effectue lorsque le patient change de service de soins ou d'établissement de santé. Elle s'apparente à la conciliation des traitements médicamenteux de sortie. Toutes les informations concernant la prise en charge médicamenteuse du patient sont communiquées aux différents professionnels de santé responsables du patient dans cette nouvelle unité de soins, afin d'assurer la continuité des traitements médicamenteux [16].

➤ **Conciliation médicamenteuse en ville**

Les activités constitutives de la conciliation en ambulatoire sont comparables à celles développées en hospitalisation. Elles s'organisent en plusieurs étapes, en fonction de l'épisode de soins auquel est confronté le patient :

- Lors de l'entrée du patient dans le parcours coordonné :
 - Recherche active d'informations sur les médicaments du patient, associée ou non au bilan de médication
 - Réalisation du bilan médicamenteux et analyse pharmaceutique associée
 - Information du prescripteur et du patient (démarche uniquement proactive) avec traçabilité dans son projet personnalisé de santé
- A chaque nouvelle dispensation :
 - Recherche active d'informations sur les modifications de traitement. Elle s'appuie en premier lieu sur la consultation du dossier pharmaceutique et du logiciel de gestion officinale, un entretien dirigé avec le patient et l'ordonnance générant la dispensation
 - Entretien collaboratif éventuel avec le médecin en cas de divergences identifiées
 - Actualisation de la prescription médicamenteuse et du projet personnalisé de santé
 - Transmission des informations au patient avec remise du bilan médicamenteux actualisé
- Lors d'une hospitalisation :
 - Communication du bilan médicamenteux actualisé aux professionnels de santé hospitaliers lors de l'hospitalisation du patient [14].

3.2.5 Etapes de la conciliation médicamenteuse

La conciliation médicamenteuse est un processus qui cherche à réconcilier l'information portant sur le traitement du patient. Elle est organisée en quatre phases distinctes :

➤ **La recherche active d'informations ou recueil d'informations**

Elle constitue la première étape de la CM et consiste à recueillir tous les médicaments pris ou à prendre par le patient par le biais de plusieurs sources (les sources matérielles telles que les ordonnances, l'entretien avec le patient et son entourage et l'entretien avec les professionnels soignants) [17] ;

Cette activité est réalisable par tout professionnel de santé, qu'il soit médecin ou pharmacien (praticien, interne ou externe), sage-femme, chirurgien-dentiste, infirmier, préparateur en pharmacie. Ce recueil ne constitue pas une transcription des prescriptions et n'a pas pour objet de permettre la délivrance de médicaments.

Le secrétaire médical peut contribuer au recueil d'informations en recherchant toute information administratif en éditant toute information utile à la rédaction du bilan médicamenteux [15] .

➤ **La réalisation d'un bilan médicamenteux (BM)**

Elle consiste à formaliser la liste exhaustive et complète des médicaments pris ou à prendre par le patient, en utilisant informations collectées, et à identifier d'éventuelles divergences avec la prescription en cours. La divergence est définie comme un écart, non documenté dans le dossier patient, entre le bilan médicamenteux et l'ordonnance en cours du patient.

Il est pertinent de croiser au moins 3 sources d'information, voire plus, pour garantir l'obtention du bilan le plus optimisé possible. La littérature ne permet pas de déterminer des combinaisons préférentielles. Une démarche d'investigation structurée peut néanmoins être suivie. Elle s'appuie sur la consultation du dossier patient, un entretien avec le patient puis un contact avec le pharmacien d'officine. Chaque étape permet d'identifier des sources d'information complémentaires pouvant être accessibles [14] .

➤ **La validation du bilan médicamenteux**

Attester de la faisabilité du bilan médicamenteux. L'étude de faisabilité permet notamment de vérifier la fiabilité du bilan médicamenteux ;

Le bilan médicamenteux est validé par un pharmacien ou un médecin, à défaut par à un interne. Cette étape garantit le respect des étapes précédentes et lui confère un caractère officiel, permettant ensuite d'être utilisé tout au long du parcours de soins médicamenteux du patient. Dès lors que la validation du bilan est réalisée par un pharmacien, une analyse pharmaceutique est indissociable de cette activité [14].

➤ **L'actualisation de la prescription médicamenteuse et du dossier du patient**

Chaque divergence est qualifiée par le médecin prescripteur d'intentionnelle ou de non intentionnelle puis fait l'objet d'une correction.

La rédaction d'une ordonnance prenant en compte le bilan médicamenteux du patient, ou la correction des divergences suivie d'une nouvelle prescription constituent la conciliation proprement dite. Elle a pour finalité d'optimisation la prise en charge thérapeutique à travers une décision intentionnelle d'arrêt, modification ou reconduction des traitements. Les informations manquantes sont alors enregistrées dans le dossier patient.

3.2.6 Système d'information de la conciliation médicamenteuse

Les différents processus de conciliation nécessitent l'utilisation de systèmes d'information partagés, facilitant la saisie et le partage d'information entre professionnels.

Différents supports peuvent être envisagés tels que :

- Une fiche de recueil des médicaments
- Une fiche de conciliation des traitements à l'admission : support où figurent l'information sur le bilan médicamenteux, l'ordonnance en cours du patient, l'identification des divergences non documentées, le caractère intentionnel ou non, la décision médicale relative aux divergences signalées, les sources d'information utilisées pour établir le bilan médicamenteux
- Une fiche de conciliation des traitements de sortie : support où figurent l'information sur les médicaments à poursuivre à la sortie, leurs informations associées
- Une fiche d'information au patient : support où figure la juste information validée sur la prise en charge médicamenteuse globale du patient
- Le courrier de conciliation de sortie : support où figure la juste information sur la prise en charge médicamenteuse globale du patient, en regard du traitement à l'admission [14].

3.2.7 Acteurs de la CM

Le pharmacien est amené à s'impliquer dans les différentes étapes de la conciliation après avoir été au préalable formé. Il lui revient prioritairement d'organiser et de mettre en œuvre les activités de conciliation dans l'établissement en s'appuyant sur une équipe sans exclure les autres professionnels de santé ou se dédouaner des systèmes d'information existants ou accessibles.

Le pharmacien a une place centrale comme garant de la démarche et pour la validation de certaines étapes des processus de conciliation. Les autres professionnels de santé sont à impliquer dans les processus de la manière suivante [14] :

➤ A l'admission dans un établissement de santé

Tableau I : Acteurs de la CM à l'admission dans un établissement de santé

Recherche active d'information sur les médicaments du patient	Réalisation du bilan médicamenteux	Actualisation de la prescription et du dossier patient
Préparateur en pharmacie	Formalisation du bilan	Gestion des divergences
Etudiant hospitalier en pharmacie	médicamenteux	Interne en pharmacie
Interne en pharmacie ou en médecine	Etudiant hospitalier en pharmacie	Pharmacien et
Pharmacien	Préparateur en pharmacie	Interne en médecine
Infirmier diplômé d'état	Infirmier	Médecin
Etudiant en médecine	Interne en pharmacie	Enregistrement dossier
Médecin	Pharmacien	patient / prescription
	Validation du bilan	Interne en médecine
	médicamenteux	Médecin
	Pharmacien	
	Médecin	
	Interne en pharmacie ou médecine par délégation	

- A la sortie d'un établissement de santé ou lors d'un transfert

Tableau II : Acteurs de la CM à la sortie d'un établissement de santé ou lors d'un transfert

Recherche des informations sur les traitements médicamenteux du patient	Formalisation d'un bilan médicamenteux associé à des informations thérapeutiques	Rédaction de la prescription de sortie avec transmission sécurisée de l'information
Interne en médecine Médecin	Elaboration du bilan médicamenteux Interne en médecine Médecin	Entretien patient Interne en pharmacie Pharmacien Interne en médecine Médecin
	Validation du bilan médicamenteux Pharmacien ou interne par délégation Médecin ou interne par délégation	Rédaction de la prescription de sortie Médecin Transmission aux professionnels de santé Secrétaire médicale Infirmière Etudiant hospitalier en pharmacie Interne en médecine ou pharmacie Médecin Pharmacien

➤ En ville

Tableau III : Acteurs de la CM en ville

Recherche active d'informations sur les médicaments ou sur les modifications de traitement du patient	Réalisation du bilan médicamenteux	Transmission des informations au patient et aux professionnels de santé
Préparateur en pharmacie	Elaboration de la liste	Entretien patient
Etudiant en 6ème année de pharmacie	Préparateur en pharmacie	Etudiant en 6ème année de pharmacie
Pharmacien	Etudiant en 6ème année de pharmacie	Pharmacien
	Pharmacien	Gestion des divergences
	Validation de la liste	Pharmacien
	Pharmacien	Médecin ou interne par délégation
	Interne en pharmacie par délégation	Transmission aux professionnels de santé
		Pharmacien
		Etudiant en 6ème année de pharmacie

3.3 Divergences médicamenteuses

3.3.1 Définition

Les divergences médicamenteuses correspondent à toute différence entre le traitement habituel du patient et la prescription en cours, nécessitant une analyse afin d'en déterminer le caractère intentionnel ou non.

➤ **Les divergences intentionnelles**

Correspondent à des modifications volontaires de traitement dont les raisons ne sont pas renseignées dans le dossier patient. Il peut s'agir d'un ajout, d'une modification ou de l'interruption d'un médicament. Ce défaut d'information est susceptible de générer une erreur médicamenteuse.

➤ **Les divergences non intentionnelles ou erreurs médicamenteuses**

Correspondent à des modifications de traitement involontaires. Elles sont susceptibles de générer un événement indésirable pour le patient [15].

3.4 Erreurs médicamenteuses

Fréquente et le plus souvent évitable, l'erreur médicamenteuse peut survenir à différentes étapes de la prise en charge du patient/ résident, avec des conséquences variables, parfois grave.

Elle s'inscrit ainsi au cœur des démarches de qualité, de sécurité des soins et de gestion des risques portées par les établissements sanitaires et médico-sociaux [18].

Une erreur médicamenteuse ne doit pas être appréhendée unique comme un échec ou une défaillance individuelle. Elle constitue avant tout un signal d'alerte, révélateur de fragilités dans l'organisation des soins, la coordination des acteurs et la sécurisation du circuit du médicament.

3.4.1 Définitions

L'OMS définit l'erreur médicamenteuse comme « un événement évitable au cours duquel une dose de médicament reçue par le patient diffère de ce qui avait été prescrit ou ne correspond pas à la politique et aux procédures de l'hôpital. » cette définition ne couvre pas tous les aspects de l'erreur médicamenteuse particulièrement celle évitable par l'interaction médicamenteuse.

La Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) définit une erreur médicamenteuse comme un écart par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse d'un patient. Elle correspond à l'omission ou à la réalisation non intentionnelle d'un acte impliquant un médicament, susceptible d'exposer le patient à un risque ou à un événement indésirable.

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) retient une approche similaire, en précisant que l'erreur médicamenteuse survient lors du processus de soins, sans intention de nuire. Cette définition souligne un point essentiel : l'erreur médicamenteuse n'est pas liée à une volonté fautive, mais à un dysfonctionnement dans l'utilisation du médicament [18] .

3.4.2 Caractérisation de l'erreur médicamenteuse

Selon la SFPC, la caractérisation de l'erreur médicamenteuse comporte 6 éléments signifiants :

- **Selon les produits de santé impliqués dans l'EM**
 - Médicament(s) : nom de spécialité, DCI, dosage, forme galénique, volume, concentration ;
 - Traitement du patient ;
 - Protocole ou stratégie thérapeutique ;
 - Dispositif médical associé ;
 - Autre produit de santé.
- **Selon la nature de l'EM**

La nature de l'erreur permet d'identifier ce qui n'a pas été conforme dans l'utilisation du médicament. Plusieurs catégories sont distinguées :

- Erreur de patient : médicament administré à la mauvaise personne ou erreur d'identification.
- Erreur par omission : absence d'administration d'un médicament prescrit.
- Erreur de médicament : médicament inapproprié, contre-indiqué, périmé, détérioré ou non justifié.
- Erreur de dose : sous-dosage ou surdosage, erreur de posologie, de concentration ou de volume.
- Erreur de modalités d'administration : voie, technique ou durée d'administration non conformes.
- Erreur de moment de prise : administration à un horaire inadapté.

Tableau IV: Caractérisation de l'erreur médicamenteuse par sa nature [15]

Nature de l'EM	Nature détaillée de l'EM
Erreur de patient	➤ Erreur de personne ➤ Erreur dans le support d'identification
Erreur par omission	
Erreur de médicament	➤ Erreur de protocole thérapeutique ➤ Erreur de principe actif ➤ Erreur de forme galénique ➤ Erreur par ajout injustifié ➤ Erreur par redondance ➤ Erreur par contre-indication absolue ➤ Erreur par utilisation d'un médicament périmé
Erreur de dosage	➤ Erreur dans le dosage de médicament
Sous-dose	➤ Erreur de posologie
Surdose	➤ Erreur de concentration ➤ Erreur de volume ➤ Erreur de débit de perfusion
Erreur de modalité d'administration	➤ Erreur de voie d'administration ➤ Erreur de durée de perfusion ➤ Erreur de technique d'administration
Erreur de moment de prise	
Erreur de durée du traitement	

• **Selon le niveau de réalisation de l'EM**

- Niveau 1 : EM potentielle
Risque d'erreur ou circonstance susceptible de provoquer une erreur.
- Niveau 2 : EM avérée et interceptée avant atteinte du patient
Erreur avérée par omission ou par commission qui est interceptée avant d'atteindre le patient.

- Niveau 3 : EM avérée et identifiée après atteinte du patient
Erreur avérée par omission ou par commission qui a atteint le patient, qui est détectée puis éventuellement traitée pour en atténuer les conséquences cliniques.
- **Selon la gravité constatée des conséquences de l'EM**
 - Mineure : EM sans conséquence pour le patient ;
 - Significative : EM avec surveillance indispensable pour le patient mais sans conséquence clinique pour lui ;
 - Majeure : EM avec conséquences cliniques temporaires pour le patient : à l'origine d'une atteinte physique ou psychologique réversible qui nécessite un traitement ou une intervention ou un transfert vers un autre établissement, induction ou allongement du séjour hospitalier ;
 - Critique : EM avec conséquences cliniques permanentes pour le patient : à l'origine d'une atteinte physique ou psychologique permanente irréversible ;
 - Catastrophique : EM avec mise en jeu du pronostic vital ou décès du patient.
- **Selon l'existence d'un risque associé à l'EM**
 - EM porteuse de risque : l'EM dont il est question, a eu ou aurait pu entraîner des conséquences cliniques graves c'est-à-dire majeures, critiques ou catastrophiques pour le patient. L'EM grave est éligible à une analyse approfondie.
 - EM non porteuse de risque : l'EM dont il est question, n'a pas eu et n'aurait pas entraîné de conséquence clinique majeure, critique ou catastrophique pour le patient.

• Selon l'étape initiale de survenue de l'EM

Tableau V : Caractérisation selon l'étape initiale de survenue de l'EM

Etape d'identification du patient	- Etape préalable à la plupart des étapes suivantes
Etape de prescription	- Décision médicale relative aux objectifs thérapeutiques
	- Formulation ou rédaction ou saisie de l'ordonnance
Etape de dispensation	- analyse pharmaceutique
	- préparation galénique, magistrale ou hospitalière
	- délivrance nominative ou globalisée
Etape d'administration	- étapes préalables à l'administration (collecte, répartition en pilulier, contrôle ...)
	- préparation extemporanée
	- administration proprement dite
	- enregistrement de l'administration
Etape de suivi thérapeutique et clinique	- mise en œuvre d'un suivi thérapeutique
	- réévaluation de la balance bénéfices risques
Etape d'information	- information du patient
	- information du professionnel de santé
Etape logistique des produits de santé	- achats
	- approvisionnement-stockage à la pharmacie
	- approvisionnement-détention dans les unités de soins
	- approvisionnement-détention à domicile

METHODOLOGIE

4 METHODOLOGIE

4.1 Cadre et lieu d'étude

Notre étude s'est déroulée à Bamako au service de médecine interne du CHU du Point G. Le service de médecine interne fait partie des 10 services médicaux que compte le CHU Point G (Cardiologie, Gynécologie Obstétrique, Hématologie, Oncologie, Maladies Infectieuses, Neurologie, Néphrologie, Pneumologie, Rhumatologie, psychiatrie, radiographie, laboratoire, anatomie pathologique, pharmacie hospitalière, Gastro-entérologie, Ophtalmologie).

Ce service en forme de cuve est limité au Nord par le central d'épuration des eaux usées du CHU, au Sud par la route bitumée le séparant des services de pneumologie et de cardiologie B et menant à la psychiatrie à l'Est, à l'Ouest par le service des Maladies Infectieuses et le centre de l'association des PVVIH.

Le service dispose 50 lits avec certaines salles ayant les toilettes internes et modernes sauf 3, il comprend 5 unités :

- Une unité de Diabétologie au Rez-de-chaussée avec 12 lits d'hospitalisation :
 - Quatre (4) salles de deuxième catégorie de 2 lits chacune ;
 - Trois (3) salles de consultation = DES ;
 - Une (1) salles PVVIH et des Professeurs au couloir EST ;
 - Un (1) bureau du major au couloir EST ;
 - Une (1) salle des infirmiers au couloir NORD ;
 - Une (1) salle des urgences de 2 lits au couloir EST ;
 - Une (1) salle d'éducation thérapeutique des diabétiques complètement équipée au début du couloir EST ;
 - Une (1) salle des techniciens de surface en face de la porte principale ;
 - Une (1) salle de pansement au couloir EST ;
 - Deux (2) toilettes des techniciens et malades près de la porte principale ;
 - Un (1) petit magasin près de la place dédiée à l'ascenseur pour les matériels de nettoyage ;
- Une unité d'Endoscopie digestive équipée au Rez-de-chaussée :
 - Deux (2) Salles d'endoscopie digestive haute et d'endoscopie digestive basse ;
 - Une (1) salle d'attente et une (1) salle de pose café ;
- Une unité de Médecine Interne et de Géroto-gériatrie au premier étage avec deux ailes Couloir EST :
 - Huit (8) salles de deuxième catégorie de 2 lits chacune ;
 - Une (1) salle de réanimation non fonctionnelle avec 2 lits ;

- Une (1) salle de pansements et des soins en face de cette dernière ;
 - Un (1) bureau du major à 10 m environ de l'escalier principal ;
 - Une (1) salle des infirmiers à l'extrême du couloir ;
 - Une (1) salle des techniciens de surface au début du couloir ;
 - Un (1) magasin au Couloir NORD ;
 - Deux (2) salles VIP fonctionnelles à l'extrême du couloir ;
 - Deux (2) salles de première catégorie ;
 - Une (1) salle de deuxième catégorie de 2 lits ;
 - Deux (2) salles de troisième catégorie sans toilette interne avec 3 lits chacun ;
 - Deux (2) toilettes au début du couloir.
- Deuxième étage : il comprend deux couloirs NORD :
 - Quatre (4) bureaux de médecins ;
 - Une (1) salle des DES et 1 salle des internes ;
 - Une (1) salle de troisième catégorie de 3 lits ;
 - Deux (2) toilettes repartis entre personnels et certains malades ;
 - Une (1) grande salle de conférence en face de l'escalier principal ;
 - Cinq (5) bureaux des professeurs avec chacun une salle de consultation ;
 - Deux (2) bureaux des assistants et praticiens hospitaliers ;
 - Une (1) salle de consultation des professeurs ;
 - Une (1) salle des archives et 1 secrétariat ;



4.2 Type d'étude et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale prospective, réalisée de juillet 2024 à juillet 2025 au service de Médecine Interne au CHU du Point G

4.3 Population d'étude

La population d'étude était constituée de l'ensemble des patients âgés de 40 ans et plus, admis dans le service de médecine interne durant la période d'étude

4.4 Echantillonnage

L'échantillonnage était fait de manière systématique en incluant un patient sur deux admis dans le service de médecine interne pendant la période de l'enquête. Ainsi, après sélection du premier patient de façon aléatoire, deuxième patient ne sera pas inclus dans l'échantillon.

4.5 Variables étudiées

Les variables étudiées comprenaient :

- Variables sociodémographiques : âge, sexe, ethnie, antécédents médicaux ;
- Variables cliniques : pathologies associées, comorbidités ;
- Variables thérapeutiques : nombre de médicaments prescrits, classes thérapeutiques, nombre d'ordonnance ;
- Variables liées à la conciliation médicamenteuse : divergences médicamenteuses (intentionnelles/non intentionnelles), types d'interactions médicamenteuses.

▪ Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude :

- Les patients de 40 ans et plus admis au service de médecine interne pendant la période d'enquête ;
- Les patients ayant donné leur consentement verbal de participer à l'étude.

▪ Critère de non inclusion

- Les patients âgés de moins de 40 ans ;
- Les patients qui n'ont pas eu plusieurs prescripteurs ;
- Les patients en état d'incapacité à fournir des informations fiables sur leurs traitements.

4.6 Outils de collecte des données

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche d'enquête préétablie, à partir :

- Des dossiers médicaux des patients ;
- Des ordonnances ;
- Et, si nécessaire, d'un entretien direct avec les patients.

4.7 Traitement et analyse des données

Les données ont été saisies et analysées à l'aide des logiciels Microsoft Excel 2017 et/ou SPSS version 26. Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs et en pourcentages ;

4.8 Considérations éthiques

Le protocole a été validé par le décanat de la faculté et accepté par le chef de service de la médecine interne. Une lettre d'introduction a été adressée au chef de service de la Médecine interne. Toutes les informations ont été collectées avec le consentement éclairé des patients. L'anonymat et la confidentialité ont été respectés.

RESULTATS

5 RÉSULTATS

5.1 Caractéristiques sociodémographiques des patients

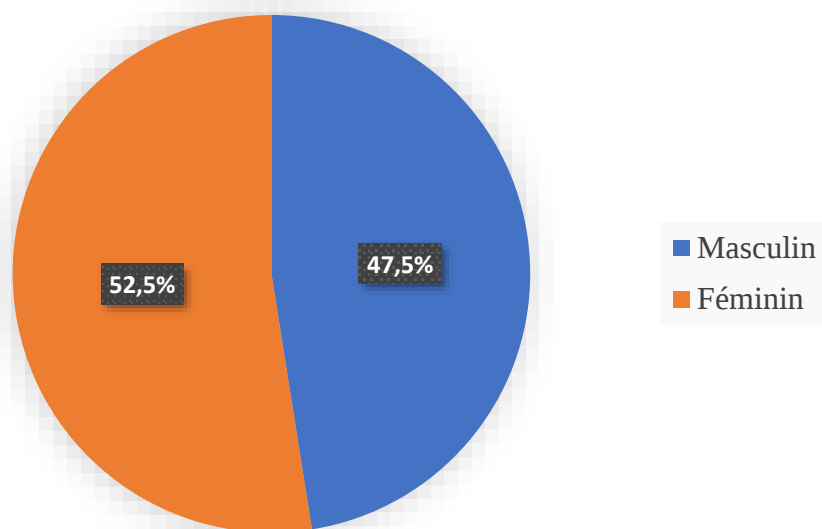


Figure 2: Répartition des patients selon le sexe

La population d'étude était composée majoritairement de femmes, soit 21 patientes (52,5%) contre 19 hommes (47,5%).

Tableau VI: Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tranche d'âge (ans)	Effectif	Pourcentage (%)
40 – 49	10	25
50 – 59	14	35
60 – 69	8	20
70 – 79	5	12,5
≥ 80	3	7,5
Total	40	100

La tranche d'âge 50 – 59 (ans) était prédominante, l'âge moyen estimé des patients était de 58,37 (ans) avec des extrêmes allant de 40 à 83 (ans).

Tableau VII : Répartition des patients selon les ethnies

Ethnies	Effectif	Pourcentage (%)
Bambara	16	40
Peulh	8	20
Malinké	5	12,5
Soninké	3	7,5
Dogon	2	5
Sarakolé	2	5
Sonrhaï	1	2,5
Mianka	1	2,5
Sénoufo	1	2,5
Noumou	1	2,5
Total	40	100

Les bambaras représentaient l'ethnie la plus racontée avec un pourcentage de 40%, suivis des peulh (20%) de la population.

5.2 Antécédents

Tableau VIII : Répartition des patients selon leurs antécédents

Antécédents	Effectif	Pourcentage (%)
Diabète	19	35,85
HTA	16	30,19
AVC ischémique	3	5,66
Goitre	2	3,77
VIH	2	3,77
Néant	2	3,77
UGD	1	1,89
Hépatite	1	1,89
Tuberculose pulmonaire	1	1,89
Lombarthrose	1	1,89
Maladie de Crohn	1	1,89
Hyperthyroïdie	1	1,89
Glaucome	1	1,89
Embolie	1	1,89
Pangastrite ulcéreux	1	1,89
Total	53	100

Le diabète constitue l'antécédent le plus fréquent (35,85 %), suivi de l'hypertension artérielle (30,19 %). Les autres pathologies présentent des fréquences nettement plus faibles, chacune inférieure à 6 %.

5.3 Médicaments prescrits

Tableau IX : Répartition des médicaments prescrits selon la classe pharmacothérapeutique

Classes pharmacothérapeutiques	Effectif	Pourcentage (%)
Antibiotiques	54	13,85
Vitamine/Elément minéral	50	12,82
Solutés	50	12,82
Antalgiques/ Antipyrétiques	39	10,00
Antidiabétiques	35	8,97
Inhibiteur de pompe à proton	29	7,44
Anticoagulants	29	7,44
Antihypertenseurs	18	4,62
Antiagrégants plaquettaires	13	3,33
Statine	11	2,82
Antipaludéen	10	2,56
Antipsychotique	7	1,79
Antiparasitaire	6	1,54
Antifongiques	5	1,28
Corticoïdes	5	1,28
Laxatifs	4	1,03
Antirétroviraux	3	0,77
Stimulant appétit	3	0,77
Antiépileptiques	3	0,77
Antispasmodiques	2	0,51
Antihémorragiques	2	0,51
Myorelaxants	2	0,51
Hyperkaliémiants	2	0,51
Antituberculeux	1	0,26
Antidépresseur	1	0,26
Anxiolytique	1	0,26
Antithyroïdien	1	0,26
Anti fibrinolytique	1	0,26
Autre*	3	0,77
Total	390	100

Les antibiotiques étaient la classe thérapeutique la plus utilisée avec 13,77% soit 54 des cas.

Tableau X : Répartition des médicaments utilisés par classe thérapeutique

Classes thérapeutiques	Effectif	Pourcentage (%)
Antalgique/ Antipyrétique	39	10,00
Paracétamol	21	
Tramadol	5	
Néfopam	16	
Paracetamol+tramadol	4	
Antibiotique	54	13,85
Amoxicilline/Acide clavulanique	20	
Ceftriaxone	3	
Métronidazole	5	
Imipenème	4	
Gentamycine	8	
Amikacine	3	
Amoxicilline	2	
Ciprofloxacine	5	
Rifaximine	2	
Céfoxitine	1	
Cotrimoxazole	1	
Antidiabétique	35	8,97
Actrapid	24	
Insulatard	4	
Insuline lente	1	
Mixtard	3	
Metformine	3	
Antihypertenseur	18	4,62
Furosémide	4	
Amlodipine	3	
Perindopril	1	
Nicardipine	1	
Spironolactone	2	
Amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide	2	
Digoxine	1	
Amlodipine/perindopril	1	
Bisoprolol	2	
Amlodipine/perindopril/arginine	1	
Inhibiteur de pompe à proton	29	7,44
Oméprazole	18	
Lansoprazole	8	
Esomeprazole	3	
Anticoagulant	29	7,44

Rivaroxaban	1	
Héparine sodique	4	
Calciparine	8	
Enoxaparine	16	
Antiagrégant plaquettaire	13	3,33
Aspégic	11	
Clopidogrel	2	
Antipaludéen	10	2,56
Artémether/Lumefantrine	2	
Artemeter	1	
Artésunate	7	
Antifongique	5	1,28
Miconazole	2	
Fluconazole	3	
Antipsychotique	7	1,79
Lévosulpiride	5	
Tiapridal	1	
Rispéridone	1	
Antiparasitaire (Albendazole)	6	1,54
Statine	11	2,82
Atorvastatine	4	
Rosuvastatine	7	
Antiépileptique (Pregabaline)	3	0,77
Corticoïde	5	1,28
Prednisolone	1	
Hydrocortisone	3	
Méthylprednisolone	1	
Vitamine/Elément minéral	50	12,82
Nacl	8	
Vitamine B	17	
Vitamine C	13	
Vitamine B6	4	
Calcium	3	
Magnésium	5	
Soluté pour perfusion	50	12,82
Sérum salé	35	
Sérum glucosé	14	
Ringer	1	
Antispasmodique (Phloroglucinol)	2	0,51
Antihémorragique (etamsylate)	2	0,51
Antirétroviral	3	0,77
Dolutégravir	1	

Ténofovir	1	
Ténofovir/ Lamuvidine/ Dolutégravir	1	
Antituberculeux	1	0,26
Rifampicine/Isoniazide/Pyrazinamide/Ethambutol	1	
Laxatif	4	1,03
Lactulose	3	
Monohydrate de lactilol	1	
Myorelaxant	2	0,51
Thiocolchicoside	1	
Baclofène	1	
Hyperkaliémiant (Kaléorid)	2	0,51
Stimulant appétit	3	0,77
Cyproheptadine	1	
Multivitaminé	2	
Antidépresseur (Paroxétine)	1	0,26
Anxiolytique (Diazépam)	1	0,26
Antithyroïdien (Néomercazole)	1	0,26
Anti fibrinolytique (Acide traxénamique)	1	0,26
Autre*	3	0,77
Allopurinol	1	
Météospasmyl	1	
Azathioprine	1	
Isosorbide dinitrate	1	
Gelofusine	1	
Totaux	390	100

L'antidiabétique Actrapid était le médicament le plus prescrit (24 fois), s'ensuit le Paracétamol (21 fois) et la combinaison d'antibiotique Amoxicilline/Acide clavulanique (20 fois).

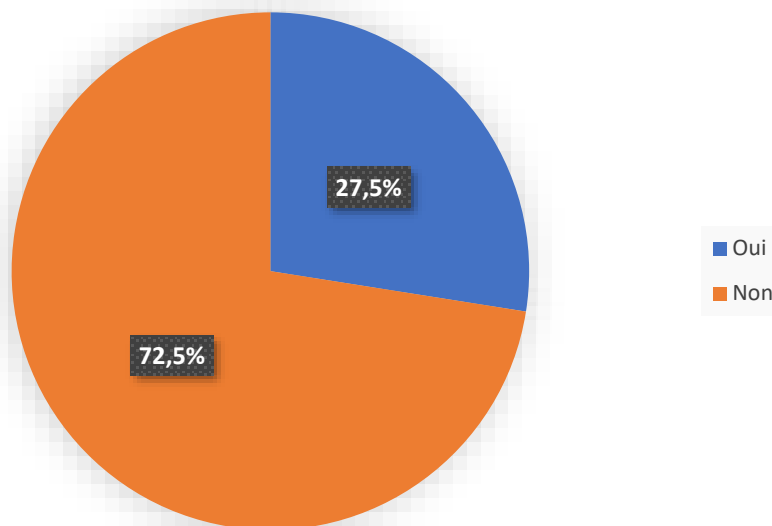


Figure 3: Répartition des patients selon le risque d'interactions médicamenteuses

Sur les 102 ordonnances, 28 présentaient un risque d'interaction médicamenteuse, soit une prévalence de 27,5%.

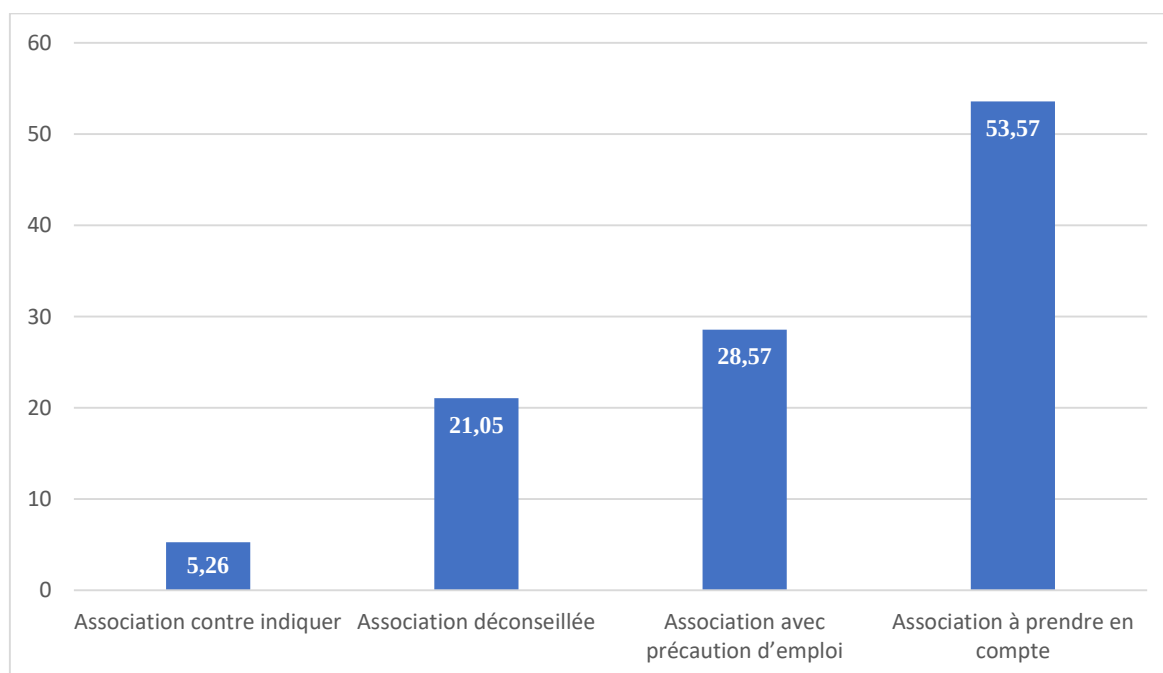


Figure 4 : Répartition des interactions médicamenteuses selon le niveau de risque

Sur les 28 interactions médicamenteuses recensées, la majorité étaient à prendre en compte (15 cas, 53,57%), 8 (28,57%) nécessitaient des précautions, 4 (21,05%) étaient déconseillées et 1(5,26%) était contre-indiquée.

Tableau XI: Interactions médicamenteuses et leurs conséquences cliniques

Médicament1	Médicament2	Mécanisme	Conséquences
Kaléorid	Amlodipine/ perindopril/arginine	Perindopril diminue la sécrétion d'aldostérone→↓excrétion rénale du potassium	Risque d'hyperkaliémie pouvant entraîner un trouble du rythme cardiaque
Aspégic(100mg)	Rivaroxaban	Interaction pharmacodynamique additive : rivaroxaban inhibe le facteur Xa(coagulation) tandis que l'aspirine inhibe l'agrégation plaquettaire (COX-1→↓thromboxaneA2).	Augmentation du risque hémorragique, notamment digestif, intracrânien et postopératoire, par potentialisation de l'effet antithrombotique
	Clopidogrel	Synergie d'action	Majoration du risque ulcérogène et hémorragique
	Calciparine	Synergie d'action	Risque hémorragique majoré

Tableau XII : Répartition des patients selon le nombre d'ordonnances reçues

Nombre d'ordonnance par patient	Effectif	Pourcentage (%)
1 ordonnance	6	15
2 ordonnances	15	37,5
3 ordonnances	11	27,5
≥4 ordonnances	8	20
Total	40	100

La majorité des patients avaient reçu 2 ordonnances à l'hospitalisation soit 37,5%

Tableau XIII: Distribution du nombre de médicament par ordonnance

Nombre de médicaments	Nombre d'ordonnances (n=102)	Total médicament (n=390)
1	20	20
2	16	32
3	9	27
4	21	84
5	14	70
6	8	48
7	7	49
8	3	24
9	4	36

Les ordonnances comportant 4 médicaments étaient les plus fréquentes avec 21 ordonnances.

Le nombre moyen de médicament par ordonnance était de 3,82

Tableau XIV : Répartition des médicaments selon les formes pharmaceutiques des médicaments prescrits

Formes galéniques	Effectif	Pourcentage (%)
Injectable	290	74,36
Comprimé	77	19,74
Poudre pour solution buvable	13	3,33
Sirop	3	0,77
Crème	3	0,77
Gargarisme	2	0,51
Ovule	1	0,26
Goutte buvable	1	0,26
Total	390	100

Les formes injectables étaient les plus prescrites avec 74,36 %, suivies des comprimés (19,74 %).

Tableau XV : Identification de divergences médicamenteuses chez les patients

Divergences	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	23	57,5
Non	17	42,5
Total	40	100

Sur les 40 patients conciliés, 23 présentaient au moins une divergence soit 57,5 %.

Tableau XVI : Répartition des divergences selon leur type

Type de divergence	Effectif	Pourcentage (%)
Intentionnelle	12	46,15
Non-intentionnelle	14	53,85
Total	26	100

Les divergences non-intentionnelles étaient plus fréquentes avec un pourcentage de 53,85% soit 0,35 par patient.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6 COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Nous avons mené une étude descriptive prospective portant sur des patients âgés de 40 ans et plus, hospitalisés dans le service de médecine interne du CHU du Point G, sur une période de 12 mois. Cette approche a permis d'obtenir une photographie fiable des pratiques de conciliation médicamenteuse en conditions réelles d'hospitalisation. Cependant, certaines difficultés doivent être soulignées, notamment l'absence d'ordonnances antérieures chez certains patients et l'insuffisance de traçabilité des traitements dans les dossiers médicaux. Ces éléments constituent des sources potentielles de biais d'information, susceptibles d'influencer l'identification des divergences médicamenteuses.

Caractéristiques sociodémographiques

Dans notre étude, une légère prédominance féminine a été observée (52,5 %). Ce résultat est similaire à celui de Pazan et al. [19] dans lequel les femmes consultent plus fréquemment les services de santé, notamment en raison d'une meilleure utilisation des soins préventifs.

L'âge moyen de nos patients était de 58,37 ans, avec une prédominance de la tranche d'âge de 50–59 ans (35 %). Ce profil correspond à une population exposée aux maladies chroniques. En effet, selon OMS, la prévalence des maladies non transmissibles augmente significativement après 50 ans [20].

Antécédents médical

Dans notre étude portant sur la conciliation médicamenteuse dans le service de médecine interne du CHU du Point-G, le diabète (35,85 %) et l'hypertension artérielle (30,19 %) ont été identifiés comme les pathologies les plus fréquentes chez les patients. Cette prédominance des maladies non transmissibles (MNT) s'inscrit dans un contexte épidémiologique marqué par une transition sanitaire en Afrique subsaharienne, caractérisée par une augmentation rapide de la charge des MNT, notamment le diabète et l'hypertension artérielle [21,22].

En effet, selon plusieurs études africaines, l'urbanisation croissante, les modifications des habitudes alimentaires, la sédentarité et le vieillissement de la population contribuent significativement à cette évolution épidémiologique. Ces résultats sont également en accord avec les données de l'Organisation mondiale de la Santé, qui souligne que les MNT représentent désormais une part importante de la morbidité et de la mortalité dans les pays à revenu faible et intermédiaire, dont le Mali [21].

Par ailleurs, la coexistence fréquente du diabète et de l'hypertension artérielle chez un même patient favorise la survenue de comorbidités multiples, nécessitant la prescription concomitante de plusieurs médicaments.

Cette polymédication, bien que souvent indispensable pour le contrôle optimal des pathologies chroniques, constitue un facteur majeur de risque d'interactions médicamenteuses, d'erreurs de prescription et d'événements indésirables médicamenteux [23]. Plusieurs travaux ont démontré que le risque d'événements indésirables augmente de manière exponentielle avec le nombre de médicaments prescrits, en particulier chez les patients âgés ou poly morbides.

Dans ce contexte, la mise en place de la conciliation médicamenteuse apparaît comme une stratégie essentielle pour sécuriser la prise en charge thérapeutique. Elle permet non seulement d'identifier et de corriger les divergences médicamenteuses à l'admission, au transfert ou à la sortie du patient, mais aussi de réduire significativement les risques iatrogènes associés à la polymédication. Ainsi, nos résultats renforcent la pertinence d'intégrer systématiquement la conciliation médicamenteuse dans les pratiques hospitalières, notamment dans les services prenant en charge des patients atteints de maladies chroniques.

Médicaments prescrits

Dans notre étude, les antibiotiques représentaient la classe thérapeutique la plus prescrite (13,85 %), suivis des vitamines et des solutés (12,82 %). Cette prédominance des antibiotiques s'explique en grande partie par la forte prévalence des pathologies infectieuses en milieu hospitalier, où les infections communautaires et nosocomiales constituent encore des causes majeures d'hospitalisation. Nos résultats sont comparables à ceux de Ouedraogo et al. [24], qui rapportent également une utilisation élevée des antibiotiques dans les structures hospitalières de la sous-région. Toutefois, cette forte prescription d'antibiotiques soulève des préoccupations majeures en termes de santé publique. En effet, l'usage excessif ou inapproprié des antibiotiques est reconnu comme le principal facteur favorisant l'émergence et la diffusion de l'antibiorésistance. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'antibiorésistance constitue aujourd'hui l'une des menaces sanitaires les plus graves à l'échelle mondiale, compromettant l'efficacité des traitements anti-infectieux et augmentant la morbidité, la mortalité ainsi que les coûts de prise en charge [25].

Par ailleurs, la proportion de vitamines et de solutés dans les prescriptions pourrait refléter des pratiques de soutien thérapeutique fréquentes en milieu hospitalier, notamment chez des patients présentant des états de dénutrition, de déshydratation ou des pathologies chroniques décompensées.

Cependant, leur utilisation doit également être rationalisée afin d'éviter les prescriptions non justifiées, susceptibles d'alourdir les coûts et de contribuer à la polymédication.

Interactions médicamenteuses

La prévalence des interactions médicamenteuses observée dans notre étude était de 27,5 %, ce qui apparaît relativement élevée comparativement aux résultats de Santos T et al. [26], qui rapportaient une prévalence de 9,2 %. Cette différence pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment le profil des patients (plus poly morbides dans notre étude), le nombre élevé de médicaments prescrits, ainsi que les outils et méthodes utilisés pour détecter les interactions.

L'analyse qualitative des interactions a montré que la majorité était classée comme « à prendre en compte » (53,57 %), suggérant la nécessité d'une surveillance clinique renforcée. Néanmoins, une proportion non négligeable d'interactions était jugée déconseillée (14,29 %) ou contre-indiquée (3,57 %), exposant les patients à des risques cliniques potentiellement graves. Ces résultats traduisent une vulnérabilité importante des patients hospitalisés face aux risques iatrogènes.

Les interactions identifiées concernaient principalement des associations médicamenteuses bien connues pour leur potentiel de gravité. En particulier, celles impliquant les anticoagulants tels que l'aspirine et le rivaroxaban augmentent significativement le risque hémorragique, notamment en cas d'association ou de terrain à risque. De même, les interactions impliquant les inhibiteurs de l'enzyme de conversion peuvent entraîner une hyperkaliémie, surtout en présence d'autres médicaments hyperkaliémians ou d'une insuffisance rénale [27]. Ces complications peuvent engager le pronostic vital, en particulier chez les patients âgés, fragiles ou présentant des comorbidités multiples.

Ainsi, nos résultats confirment que la polymédication constitue un déterminant majeur du risque d'interactions médicamenteuses, comme le rapportent également plusieurs études [23,28]. Plus le nombre de médicaments prescrits augmente, plus la probabilité d'interactions, d'effets indésirables et d'erreurs médicamenteuses s'élève de manière exponentielle.

Dans ce contexte, la conciliation médicamenteuse apparaît comme une intervention essentielle pour sécuriser le circuit du médicament. Elle permet d'identifier précocement les interactions potentielles, d'optimiser les prescriptions et de réduire les événements indésirables évitables. Son intégration systématique dans les pratiques hospitalières, notamment dans les services à forte prévalence de polymédication comme la médecine interne, constitue une stratégie pertinente d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Charge thérapeutique

La majorité des patients (67,5 %) avaient reçu 2 à 3 ordonnances, et 20 % en avaient au moins 4. Le nombre moyen de médicaments par ordonnance était de 3,82, avec un maximum de 9 médicaments.

Cette polymédication est fréquente chez les patients atteints de maladies chroniques et augmente significativement le risque d'effets indésirables, d'interactions médicamenteuses et de non-observance [29]. Selon la littérature, le risque d'interaction augmente exponentiellement lorsque le nombre de médicaments dépasse 5 [30].

Formes pharmaceutiques

La prédominance des formes injectables (74,36 %) est cohérente avec la prise en charge hospitalière. Toutefois, elle expose à des risques spécifiques : infections, erreurs d'administration et complications liées aux dispositifs [31]. Ce résultat souligne la nécessité d'une réévaluation régulière des voies d'administration, avec un relais précoce vers la voie orale lorsque cela est possible.

Divergences

Parmi les 40 patients conciliés, 23 patients ont présenté au moins une divergence médicamenteuse, soit 57,5 %. Au total, 26 divergences ont été identifiées. Ces résultats montrent que plus de la moitié des patients admis ont présenté une discordance entre leur traitement habituel et celui prescrit à l'hospitalisation.

Cette fréquence élevée pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment l'absence d'un historique médicamenteux complet à l'admission, les difficultés de communication avec les patients, l'automédication, ou encore l'insuffisance de coordination entre les différents professionnels de santé. Les modifications thérapeutiques réalisées en urgence lors de l'hospitalisation ont également favorisé l'apparition de divergences.

En comparant le bilan médicamenteux avec les ordonnances ou médicaments du patient à l'admission, 12 divergences intentionnelles ont été retrouvées et 14 divergences non-intentionnelles soit 0,35 par patient. Nos résultats sont comparables à ceux de Anouchka et al. [16], qui rapportaient 0,42 divergences non intentionnelles par patient.

Les divergences intentionnelles correspondent aux modifications thérapeutiques décidées volontairement par le médecin en fonction de l'état clinique du patient, tandis que les divergences non intentionnelles traduisent généralement des erreurs médicamenteuses telles que des omissions.

L'omission a été la divergence non intentionnelle la plus retrouvée, ce qui peut s'expliquer du fait du nombre important de médicaments par patient dans le service, augmentant ainsi le risque d'erreur lors de la réalisation de la prescription médicale.

Limites de l'étude

Cette étude présente certaines limites. Tout d'abord, la taille relativement faible de l'échantillon peut limiter la généralisation des résultats à l'ensemble des patients hospitalisés. Ensuite, il s'agit d'une étude monocentrique réalisée dans le service de médecine interne, ce qui peut restreindre l'extrapolation des résultats à d'autres services ou établissements de santé. Par ailleurs, certaines informations relatives aux traitements habituels des patients ont été recueillies à partir des déclarations des patients ou de leurs proches, exposant ainsi l'étude à un risque de biais d'information. Enfin, l'étude n'a pas permis d'évaluer les conséquences cliniques à long terme des divergences médicamenteuses identifiées ni l'impact des interventions pharmaceutiques sur les résultats cliniques des patients.

CONCLUSION

7 CONCLUSION

La présente étude a mis en évidence une forte exposition des patients âgés de 40 ans et plus à la polymédication, aux divergences médicamenteuses et aux interactions médicamenteuses en milieu de médecine interne. Ces résultats traduisent des insuffisances dans la sécurisation du circuit du médicament, notamment lors de l'admission hospitalière. La conciliation médicamenteuse apparaît ainsi comme une intervention essentielle pour réduire les erreurs médicamenteuses et améliorer la qualité et la sécurité des soins

RECOMMANDATIONS

8 RECOMMANDATIONS

Aux autorités sanitaires

- Intégrer la conciliation médicamenteuse dans les politiques nationales de sécurité des patients.
- Élaborer des protocoles standardisés de conciliation médicamenteuse dans les structures hospitalières.

Aux professionnels de santé

- Réaliser systématiquement une revue des traitements chez les patients polymédiqués.
- Favoriser la collaboration interprofessionnelle entre médecins, pharmaciens et infirmiers.
- Sensibiliser les patients à l'importance de l'observance thérapeutique.

Aux pharmaciens

- Jouer un rôle central dans la conciliation médicamenteuse et l'analyse pharmaceutique des prescriptions.
- Identifier et signaler les interactions médicamenteuses cliniquement significatives.
- Participer activement à l'éducation thérapeutique des patients.

Aux patients

- Informer les professionnels de santé de tous les médicaments pris, y compris l'automédication.
- Respecter les prescriptions médicales et éviter l'arrêt ou la modification des traitements sans avis médical.
- Signaler tout effet indésirable ou inhabituel.

Au service de médecine interne

- Renforcer la collecte systématique des antécédents médicamenteux dès l'admission du patient afin de réduire les divergences médicamenteuses, notamment les omissions de traitement.
- Sensibiliser et former régulièrement le personnel de santé aux enjeux de la sécurité médicamenteuse et à la prévention des erreurs médicamenteuses

9 REFERENCES

1. Organisation Mondiale de la Santé : Conseil exécutif 144^e session ; Sécurité des patients; 11 Décembre 2018.Disponible sur:
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_29-fr.pdf.
2. Azar C. Épidémiologie des erreurs médicamenteuses: étude de la prévalence et des déterminants: prévention et recherche en soins infirmiers 2022. p101.
3. Cissé T. Etude des erreurs médicamenteuses dans un Centre hospitalier universitaire : cas du CHU du Point G [Thesis] [Internet]. USTTB; 2022 [cité 2 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/5714>
4. Haute autorité de santé : Fiche-A.13.2-Conciliation-medicamenteuse_2020.pdf [Internet]. [cité 20 mars 2024]. Disponible sur: https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2020/09/Fiche-A.13.2-Conciliation-medicamenteuse_2020.pdf
5. Doerper S, Morice S, Piney D, Dony A, Baum T, Perrin F, et al. La conciliation des traitements médicamenteux : logigramme d'une démarche efficace pour prévenir ou intercepter les erreurs médicamenteuses à l'admission du patient hospitalisé. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. 1 sept 2013;48(3):153-60. doi:10.1016/j.phclin.2013.03.006
6. Pérennes M, Carde A, Nicolas X, Dolz M, Bihannic R, Grimont P, et al. Conciliation médicamenteuse : une expérience innovante dans un service de médecine interne pour diminuer les erreurs d'anamnèse médicamenteuses. *La Presse Médicale*. 1 mars 2012;Journée de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris (SMHP). *Maladies rénales*41(3, Part 1):e77-86. doi:10.1016/j.lpm.2011.09.016
7. Donier L, Mondoloni P, Lory P, Marceau L, Leroy B, Renzullo C, et al. Conciliation médicamenteuse priorisée sur les patients à risque en chirurgie programmée ou après admission par les urgences. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. 1 juin 2019;54(2):137-44. doi:10.1016/j.phclin.2018.09.008
8. Traore K, Ballo M, Diakite S, Konate D, Diawara S, Guindo A, et al. Frequency of Medication Errors at the University Hospital Center Of Point-G, Mali. *Clinical Medicine And Health Research Journal*. 19 mai 2023;3:411-5. doi:10.18535/cmhrj.v3i3.172
9. Correard F, Arcani R, Montaleytang M, Nakache J, Berard C, Couderc AL, et al. Conciliation médicamenteuse : intérêts et limites. *La Revue de Médecine Interne*. 1 sept 2023;44(9):479-86. doi:10.1016/j.revmed.2023.02.001
10. Nouh N. Etat des lieux de la pharmacie clinique au Mali : cas du CHU Point G. [thèse de pharmacie]. Bamako : Université des Sciences, des Technique,et des Technologie de Bamako ; Faculté de Pharmacie, 2023, N°23P110.pdf. Disponible sur : <https://bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/12430/23P110.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Allenet B, Juste M, Mouchoux C, Collomp R, Pourrat X, Varin R, et al. De la dispensation au plan pharmaceutique personnalisé : vers un modèle intégratif de pharmacie clinique. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. 1 mars 2019;54(1):56-63. doi:10.1016/j.phclin.2018.12.003

12. Loru A. Pharmacie clinique: état des lieux à l'hôpital et en officine [Internet].2025 [cité 12 juin 2026].Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04971382>.
13. Calop J. La pharmacie clinique en France : contexte de développement à l'hôpital et état des lieux. Pharmactuel. 2009;42(1):34-39.doi:10.1016/j.pharmact.2009.02.001
14. Nice CRC. SFPC Mémo Conciliation des traitements médicamenteux[Internet].2015 [cité 12 juin 2026]. Disponible sur : <https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/08/FicheMemoConciliationMedicamenteuseSFPC.pdf>
15. [guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf](#) [Internet]. [cité 11 juill 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf
16. Anouchka Thèse.pdf [Internet]. [cité 20 juill 2025]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04465579v1/file/Anouchka%20The%CC%80se.pdf>
17. Conciliation médicamenteuse et bilan de médication des patients atteints de cancer / Rapport - État des lieux [Internet]. [cité 23 mars 2026]. Disponible sur: https://ressources-aura.fr/wp-content/uploads/2025/02/RAPCONCIMED25_Rapport_EDL_Conciliation_medicamenteuse.pdf
18. Erreurs médicamenteuses : comprendre, analyser, prévenir [Internet]. [cité 26 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.qualineo.io/post/erreurs-medicamenteuses>
19. Pazan F, Wehling M. Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences. Eur Geriatr Med. 2021;12(3):443-52. doi:10.1007/s41999-021-00479-3 PubMed PMID: 33694123; PubMed Central PMCID: PMC8149355.
20. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014 [Internet]. [cité 31 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564854>
21. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2020 [Internet]. Disponible sur :<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240000490>
22. Bigna JJ, Noubiap JJ. The rising burden of non-communicable diseases in sub-Saharan Africa. The Lancet Global Health. 1 oct 2019;7(10):e1295-6. doi:10.1016/S2214-109X(19)30370-5 PubMed PMID: 31537347.
23. Maher RL, et al. Clinical consequences of polypharmacy. Expert Opin Drug Saf. 2014;13(1):57-65.
24. Ouedraogo AS, et al. Antibiotic use in African hospitals. J Infect Dev Ctries. 2016;10(7):726-732.

25. World Health Organization. Antimicrobial resistance. Geneva: WHO; 2023. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>
26. Santos TNG de A, Macieira GM da C, Alves BMCS, Onozato T, Cardoso GC, Nascimento MTF, et al. Prevalence of clinically manifested drug interactions in hospitalized patients: A systematic review and meta-analysis. PLOS ONE. 1 juill 2020;15(7):e0235353. doi:10.1371/journal.pone.0235353
27. Brunton LL, et al. Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics. 13th ed. New York: McGraw-Hill; 2018.
28. Patel VK, et al. Drug interactions in hospitalized patients. Int J Pharm Sci Res. 2014;5(9):3912-3918.
29. Allegranzi B, Bagheri Nejad S, Combescure C, Graafmans W, Attar H, Donaldson L, et al. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. Lancet. 15 janv 2011;377(9761):228-41. doi:10.1016/S0140-6736(10)61458-4 PubMed PMID: 21146207.
30. Mueller SK, Sponsler KC, Kripalani S, Schnipper JL. Hospital-based medication reconciliation practices: a systematic review. Arch Intern Med. 23 juill 2012;172(14):1057-69. doi:10.1001/archinternmed.2012.2246 PubMed PMID: 22733210; PubMed Central PMCID: PMC3575731.
31. Allegranzi B, et al. Burden of endemic health-care-associated infection. Lancet. 2011;377(9761):228-241.
32. Mueller SK, et al. Hospital-based medication reconciliation. Arch Intern Med. 2012;172(14):1057-1069.

ANNEXES

Fiche d'enquête

Numéro du patient : N° de chambre :
Tranche d'âge : 45-55 : 55-65 : 65 et plus :
Ethnie :
Date d'admission : Service de transfert :
Adresse : Téléphone :
Personne à contacter :
Médecin traitant :
Antécédents médicaux :

Allergies : oui ☐ non ☐
A préciser :
Plantes médicinales : oui ☐ non ☐
A préciser :
Automédication : oui ☐ non ☐
A préciser :
Comprimés : oui ☐ non ☐
A préciser :
Crèmes/pommades : oui ☐ non ☐
A préciser :
Collyres : oui ☐ non ☐
A préciser :
Injections : oui ☐ non ☐
A préciser :

Fiche de conciliation de sortie

Nom de l'établissement :

N° FINES :

FORMULAIRE DE CONCILIATION DE SORTIE DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

Identification patient : Nom/Prénom : _____ Date de naissance : _____ Identité Nationale de Santé (INS) : _____
 Identifiant d'Épisode du Patient (IEP) : _____ Unité fonctionnelle (UF) responsable : _____ Date d'entrée : _____ Date de sortie : _____

Sources consultées au cours du recueil de données et contacts :

☐ Patient ☐ Spécialiste(s) ☐ Ordonnances(s) ☐ IDE ☐ Entourage ☐ DPI ☐ Autres (préciser) : _____
☐ Médecin Traitant ☐ Pharmacien d'officine ☐ DP ☐ EHPAD ☐ DMP ☐ Médicaments apportés

Autonomie du patient relative à la prise des traitements : ☐ Autonome ☐ Non autonome (aidant, IDE à domicile...)

BILAN MEDICAMENTEUX INITIAL		Statut arrêt, suspension, modif. journalière...	BILAN MEDICAMENTEUX DE SORTIE		COMMENTAIRES Modalités de prise, informations sur les modifications de traitements	Prescrit sur l'ordonnance de sortie
Libellé	Posologie		Libellé	Posologie		

Vaccinations : ☐ À jour ☐ Non connues ☐ À faire :

Informations complémentaires (texte libre) :

« Evaluation de l'observance d'un traitement médicamenteux » – questionnaire Assurance maladie (lien) : ☐ Bon observant ☐ Non observant mineur ☐ Non observant

Réalisée par : _____

Fonction : _____

Date : _____

Validée par : _____

Fonction : _____

Date : _____

juillet 2014 - Modèle proposé par l'ONMIST PACA-Corse

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : MAIGA

Prénom : Aminata Hamidou

Téléphone : (00223) 75627871

Titre de la thèse : Évaluation de la Conciliation médicamenteuse au CHU du point-G : étude pilote dans le service de médecine interne

Année universitaire : 2024 – 2025

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Pharmacie

Secteur d'intérêt : Pharmacie clinique, pharmacologie

Résumé

Introduction : La sécurité des patients est un défi de plus en plus grand pour la santé publique mondiale. Objectif : Etudier la faisabilité et l'intérêt de la conciliation médicamenteuse dans le service de médecine interne au CHU du Point-G.

Méthodologie : Nous avons effectué une étude transversale prospective qui s'est déroulée de juillet 2024 à juillet 2025 au CHU du Point G. Elle portait sur les patients âgés de 40 ans et plus admis dans le service de médecine interne.

Résultats : La tranche d'âge 50 – 59 ans était prédominante, l'âge moyen estimé des patients était de 58,37 ans avec des extrêmes allant de 40 à 83 ans. Le diabète constitue l'antécédent le plus fréquent (35,85 %), suivi de l'hypertension artérielle (30,18 %). Les antibiotiques étaient la classe thérapeutique la plus utilisée avec 13,85%. L'antidiabétique Actrapid était le médicament le plus prescrit (24 fois). Sur les 102 ordonnances analysées, 28 présentaient au moins une interaction médicamenteuse, soit une prévalence de 27,5%. Sur les 28 interactions médicamenteuses recensées, la majorité étaient à prendre en compte (15 cas, 53,57%), 8 (28,57%) nécessitaient des précautions, 4 (14,29%) étaient déconseillées et 1(3,57%) était contre-indiquée. La majorité des patients (67,5%) avaient reçu 2 ou 3 ordonnances à l'hospitalisation. Les ordonnances comportant 4 médicaments étaient les plus fréquentes avec 21 ordonnances. Sur les 40 patients conciliés, 23 présentaient au moins une divergence soit 57,5 %. Nous avons retrouvé 14 divergences non-intentionnelle soit 0,35 par patient et 12 divergences intentionnelles.

Conclusion : la conciliation médicamenteuse apparaît comme un outil de sécurisation du circuit du médicament et un levier essentiel d'amélioration continue de la qualité des soins.

Mots clés : conciliation médicamenteuse, médecine interne, CHU du point-G.

Last Name: MAIGA

First Name: Aminata Hamidou

Phone: (00223) 75627871

Thesis Title: Evaluation of Medication Reconciliation at the Point-G University Hospital:
Pilot Study in the Internal Medicine Department

Academic Year: 2024–2025

Country of origin: Mali

Location of deposit: Library of the Faculty of Pharmacy

Field of interest: Clinical pharmacy, pharmacology

Abstract:

Introduction: Patient safety is an increasingly significant challenge for global public health.

Objective: To study the feasibility and interest of medication reconciliation in the Internal Medicine Department at Point-G University Hospital.

Methodology: We conducted a prospective cross-sectional study that took place from July 2024 to July 2025 at the Point G University Hospital. It focused on patients aged 40 and older admitted to the internal medicine department.

Results: The 50–59 age group was the most common; the estimated mean age of the patients was 58.37 years, with ages ranging from 40 to 83 years. Diabetes was the most common pre-existing condition (35.85%), followed by hypertension (30.18%). Antibiotics were the most commonly prescribed class of drugs at 13.85%. The antidiabetic drug Actrapid was the most frequently prescribed medication (24 times). Of the 102 prescriptions analyzed, 28 had at least one drug interaction, representing a prevalence of 27.5%. Of the 28 drug interactions identified, the majority required consideration (15 cases, 53.57%), 8 (28.57%) required precautions, 4 (14.29%) were not recommended, and 1 (3.57%) was contraindicated. The majority of patients (67.5%) had received 2 or 3 prescriptions upon admission. Prescriptions containing 4 medications were the most common, with 21 such prescriptions. Of the 40 patients reviewed, 23 had at least one discrepancy, representing 57.5%. We identified 14 unintentional discrepancies, or 0.35 per patient, and 12 intentional discrepancies.

Conclusion : Medication reconciliation appears to be a tool for ensuring medication safety and an essential lever for the continuous improvement of the quality of care.

Keywords : medication reconciliation, internal medicine, Point-G University Hospital.

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !!!