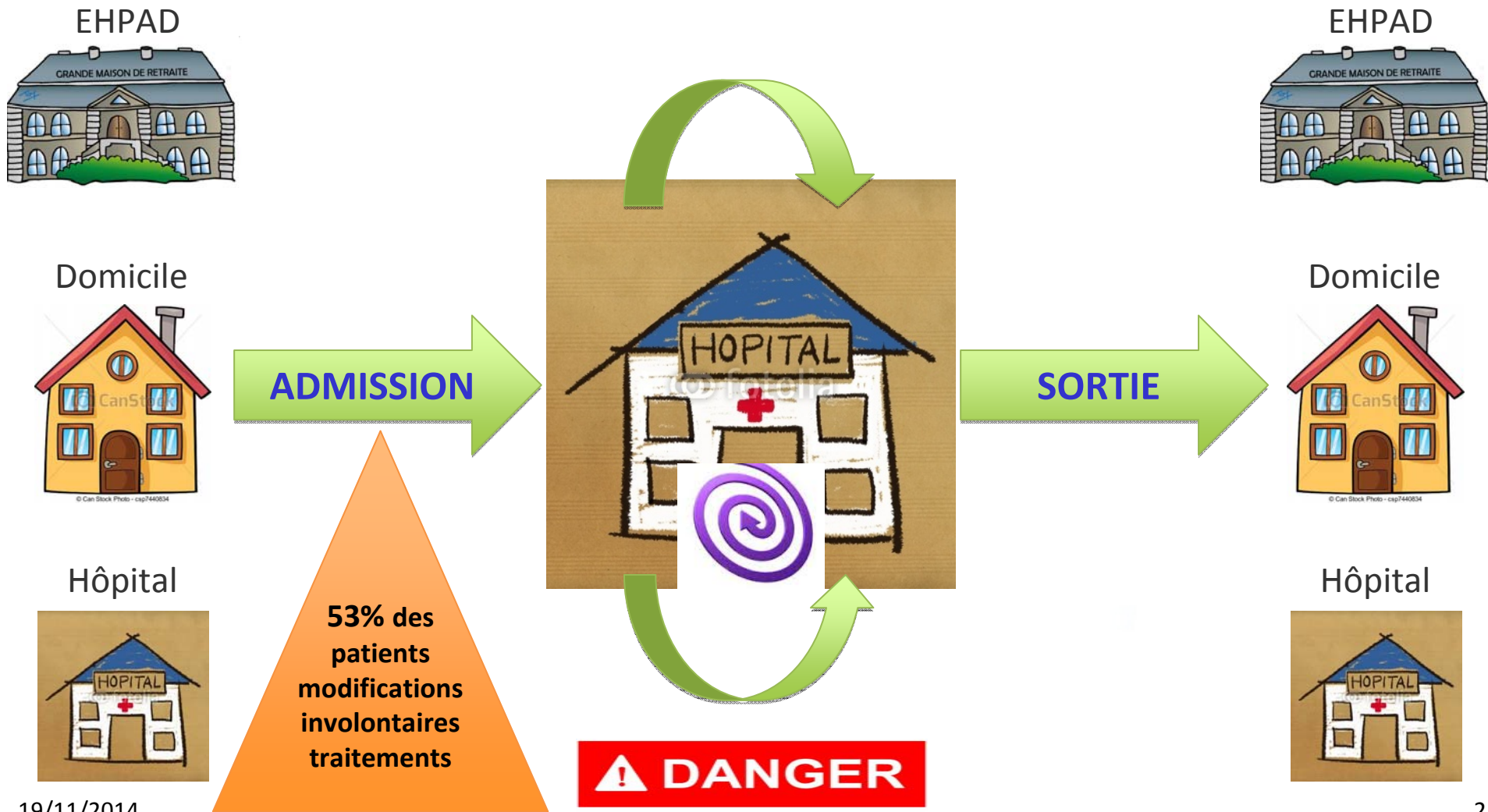


MISE AU POINT SUR LA CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE

- Mme Bertrice LOULIÈRE - *Coordonnateur OMÉDIT Aquitaine*
- Mme Myriam ROUDAUT - *Pharmacien OMÉDIT Aquitaine*

Multiple points de transition majeurent le risque médicamenteux





Prise en charge médicamenteuse : un contexte réglementaire de soutien

- 👉 **Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé** (*Arrêté du 6 avril 2011 – JO 16/04/11*)

Points de transition
Risque médicamenteux

- 👉 **Gestion des risques associés aux soins** (*Décret n°2010-1408 du 12/11/10 - JO 16/11/10 et circulaire n°DGOS/PF2/2011/416 du 18/11/11*)

Démarche de prévention
Culture de sécurité

- 👉 **Manuel de certification des établissements de santé V2010 et V2014 de la HAS**



Sécurisation de la prise en
charge médicamenteuse

continuité
des soins
et sécurité

Les enseignements du projet High5's ciblage sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse aux points de transition



- Réduire de manière significative, pérenne et mesurable la survenue de **5 grands problèmes** de sécurité pour le patient dont 2 projets pilotés par la HAS :

- **La Sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins : conciliation médicamenteuse = MED'REC**

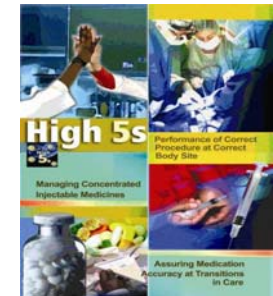
- Patients > 65 ans
- Admis dans une unité de soins de court séjour
après avoir transité par les urgences dans les 24H

- **La prévention des erreurs de site et de procédure en chirurgie CSS**



Perspectives 2015
Rapport d'expérimentation de terrain
Guide d'aide à la mise en œuvre

- définition	- description du processus
- stratégie de mise en œuvre	- résultats
- retours d'expérience	





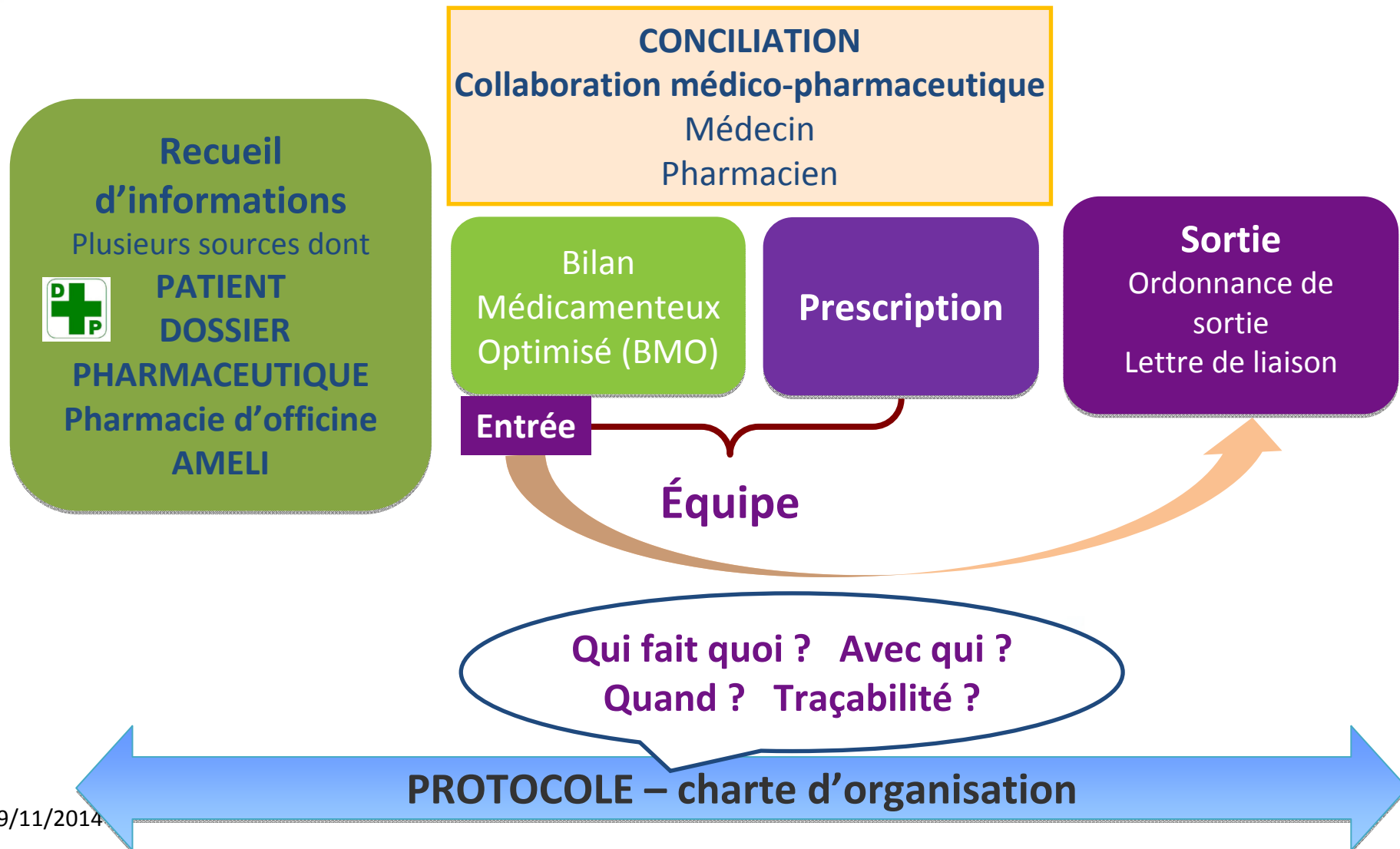
Sécuriser la prise en charge médicamenteuse : les enseignements d'un réseau mondial High'5s

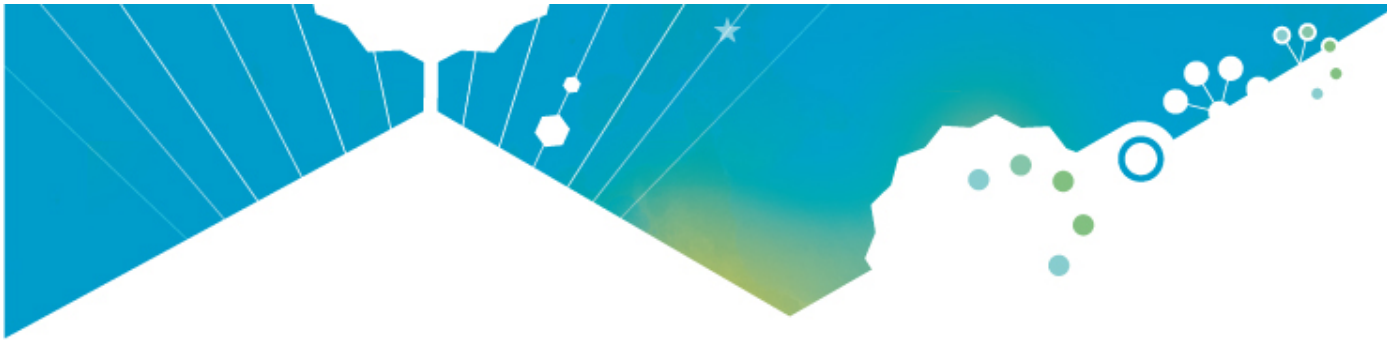
- Mettre en œuvre **5 pratiques organisationnelles standardisées** et les évaluer durant 5 ans
- Évaluation de Juillet 2010 à **Juillet 2015**
 - Dans des hôpitaux volontaires de **5 pays** accompagnés :
Allemagne – Australie – France – Pays Bas – USA
- **50 établissements** dont **9 établissements** expérimentateurs en France



Éclairage pour le niveau national : quelle application ? Au-delà de l'admission ? Quelle modélisation ? Quelle stratégie ?

Conciliation médicamenteuse : un processus pluriprofessionnel interactif



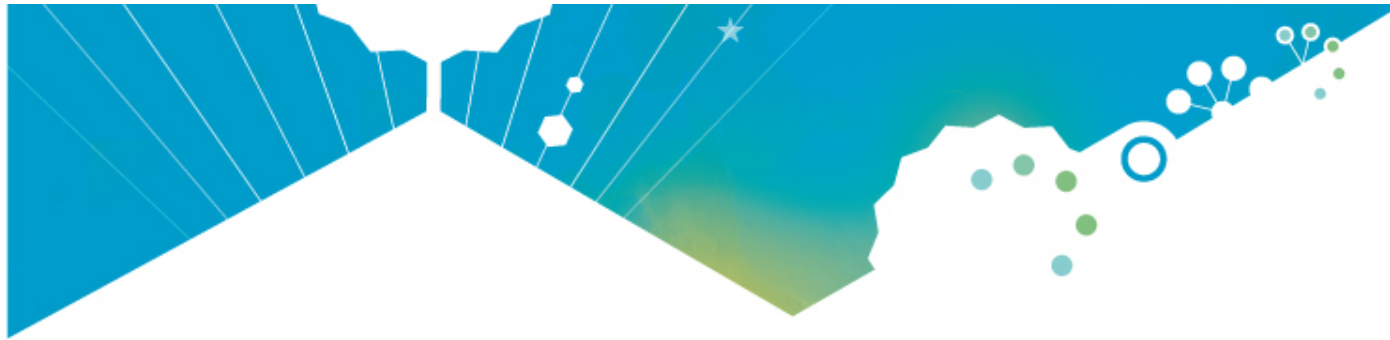


Retour sur la conciliation médicamenteuse à l'admission

Objectifs

- 👉 Prévention de l'iatrogénie médicamenteuse
 - points de transition multiples → sources d'erreurs
- 👉 Mutualisation des différentes sources d'informations
- 👉 Sécurisation de la prescription médicamenteuse à l'admission
- 👉 Diminution du taux de réhospitalisation liée à des erreurs de traitements (omission, surdosage)

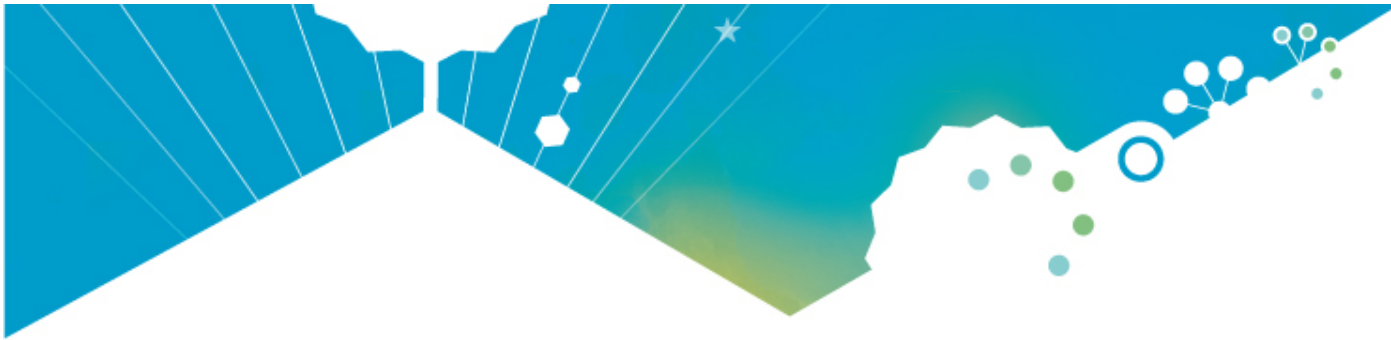




Conciliation médicamenteuse à l'admission - modalités

- Réalisation du **BMO** = **B**ilan **M**édicamenteux **O**ptimisé :
traitements pris par le patient sur prescription et/ou en auto-médication (nom, dosage, forme galénique, voie d'administration, posologie, durée)
- 2 modes : proactif / rétroactif





Conciliation médicamenteuse à l'admission

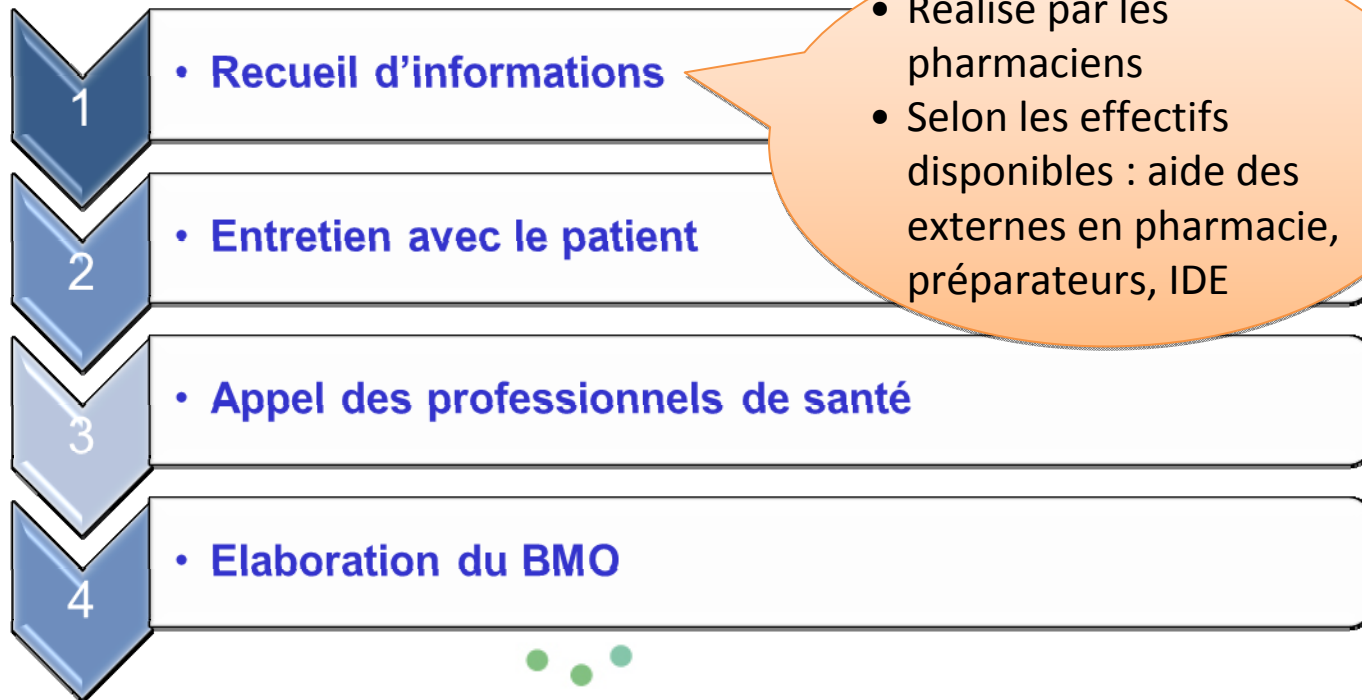
Mise en œuvre pratique



1^{ère} étape : réalisation du BMO

3 sources d'informations minimum

Accès au
Dossier
Pharmaceutique



- Réalisé par les pharmaciens
- Selon les effectifs disponibles : aide des externes en pharmacie, préparateurs, IDE



Conciliation médicamenteuse à l'admission

1. Recueils d'informations Motif d'hospitalisation

- ☞ Dossiers patients : CR médicaux d'hospitalisation, de consultation, CR de visite pré-anesthésique pour les hospitalisations programmées
- ☞ Ordonnances (récentes < 3 mois)
- ☞ DP
- ☞ Médecin traitant, pharmacien

2. Entretien avec le patient : étape clé afin d'activer les autres sources

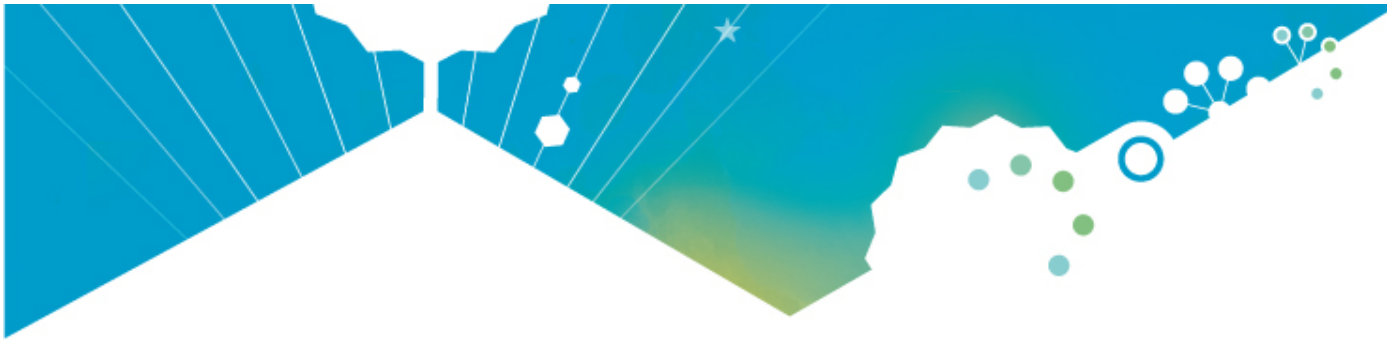
- ☞ Vérification des traitements habituels +/- automédication
- ☞ Évaluation de l'observance
- ☞ Vérification des traitements personnels si apportés par le patient
- ☞ Allergie

Si patient non interrogeable → possibilité de joindre la famille

3. Appel des professionnels de santé

- ☞ Pharmacien d'officine : collecte des ordonnances du patient (médecin traitant +/- spécialiste +/- hospitalier)
- et/ou ☞ Médecin traitant
- et/ou ☞ IDE

4. Synthèse des données recueillies et réalisation du BMO



Conciliation médicamenteuse à l'admission

Rédaction du BMO

Réalisé par les pharmaciens

Chaque médicament comprend :

- 👉 La Dénomination Commune Internationale (DCI), le dosage, la forme galénique, la voie d'administration
- 👉 La posologie : dose, rythme d'administration (les rythmes particuliers : mensuels, hebdomadaires... seront mentionnés) et durée (si prescription temporaire)
- 👉 Le cas échéant : la date de début de prescription (ex : antibiotique)





Conciliation médicamenteuse à l'admission

2^{ème} étape : conciliation médico-pharmaceutique

PROACTIF

- Communication du BMO au médecin prescripteur en vue de la réalisation de la prescription
- **Analyse** médico-pharmaceutique et discussion des traitements éventuellement non appropriés, contre-indiqués...

Pertinence

RÉTROACTIF

- Comparaison du BMO avec la prescription à l'admission
- Identification des divergences éventuelles :
 - ➔ Divergences intentionnelles (DI) / non intentionnelles (DNI)
- Communication auprès des prescripteurs et résolution des DNI

Coopération
médecin/pharmacien

Analyse
pharmaceutique

Exemple d'un outil régional

<i>Logo de l'établissement</i>	Fiche de Conciliation des Traitements Médicamenteux Entrée du Patient		NOM PRENOM Age ans <i>Poids:kg Taille:cm Surface corporelle:m²</i> <i>Allergie connue: Oui ou Non Si oui, nature:</i> <i>Admission le ... / ... / ... Dernière clairance de la créatinine:ml/min le __ / __ /20__</i> <i>(Supprimer les mentions inutiles)</i>				
	BMO Bilan Médicamenteux Optimisé réalisé le: / / délai: <24h ou 24-48h ou > 48h par	Statut <i>arrêté, suspendu, modifié, poursuivi, ajouté, substitué</i>	OMA Ordonnance des Médicaments à l'Admission réalisée le: / / par	Correct / Divergent/ Equivalent	Divergence Intentionnelle Documentée (DID) Divergence Intentionnelle Non Documentée (DIND) Divergence Non Intentionnelle (DNI)	Classement des DNI : 1 : Omission 2 : Erreur DCI 3 : Erreur Forme 4 : Erreur Dosage 5 : Erreur Posologie 6 : Autres (à préciser)	Commentaires
Mdt/dosage/forme (DCI)	Posologie		Mdt/dosage/forme (DCI)	Posologie			
Nb de lignes:	Temps passé:	Nb de lignes d'OMA:	Temps passé:	Nb DNI:	Nb DI:	Nb DID:	Nb DIND:



Validation médicale:

Validation pharmaceutique

Exemple de l'impact de la conciliation médicamenteuse sur la prise en charge du patient

Patient jeune hospitalisé dans le service de chirurgie orthopédique pour une opération **programmée**

- ✓ Visite pré-anesthésique : aucun ttt habituel
- ✓ Pas d'accès au DP
- ✓ Le médecin pense connaître la liste exhaustive des ttt pris par le patient
- ✓ Conciliation médicamenteuse réalisée lors de l'admission
- **Automédication** : prise d'aspirine 2 g/j pendant 2 jours consécutifs
- ✓ Bloc prévu le lendemain



Annulation du bloc pour risque hémorragique+++

Méconnaissance du patient des risques concernant la prise de certains médicaments avant une opération



Exemple de l'impact de la conciliation médicamenteuse sur la prise en charge du patient



- ✓ Mme P., 68 ans
 - ✓ Hospitalisation dans le service d'Hépatogastroentérologie
 - ✓ **Hospitalisation programmée**
 - ✓ Patiente suivie régulièrement en consultation dans le même établissement
 - ✓ États des lieux :
 - Ordonnance du médecin traitant apportée par la patiente (datant de 3 semaines)
 - CR médicaux de consultation des dernières hospitalisations
 - Entretien avec la patiente : connaissance des traitements habituels
 - ✓ Le médecin pense avoir la **liste exhaustive** des traitements habituels de la patiente
 - ✓ Conciliation médicamenteuse réalisée : 2 médicaments antidépresseurs non reconduits car prescrits par le médecin spécialiste et non repris dans l'ordonnance du médecin traitant
- ⇒ **Problème de liaison entre le médecin traitant et le médecin spécialiste**
- ⇒ **CR médicaux ne mentionnent pas l'ensemble des traitements habituels**



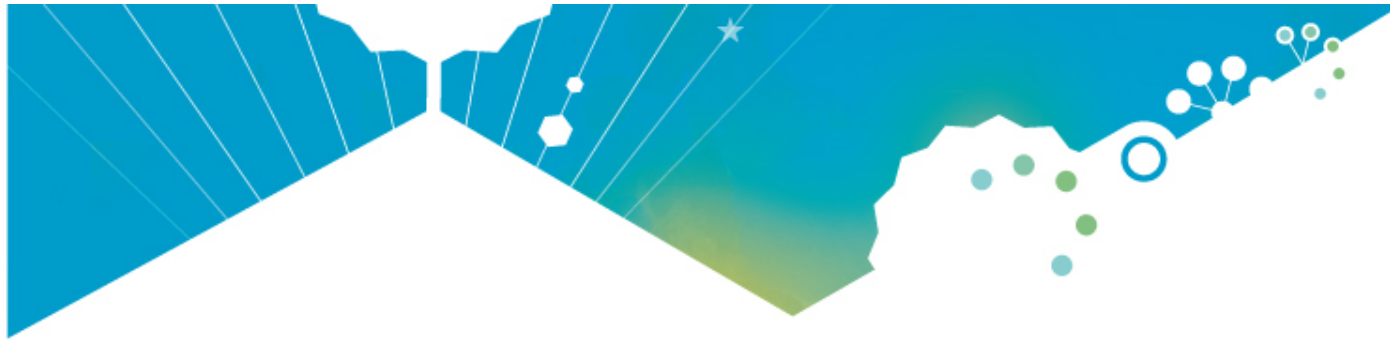
Facteurs contributifs et influents de la non connaissance des traitements à l'admission : exemples

Facteurs contributifs

- Méconnaissance des ttt habituels
- Absence d'ordonnances fiables apportées par le patient
- Interrogatoire médicamenteux réalisé aux urgences et/ou en consultation : incomplet ou erroné
- Courrier d'hospitalisation ou de ville incomplet
- Manque d'informations fiables partagées sur l'ensemble des ttt médicamenteux des patients

Facteurs influents

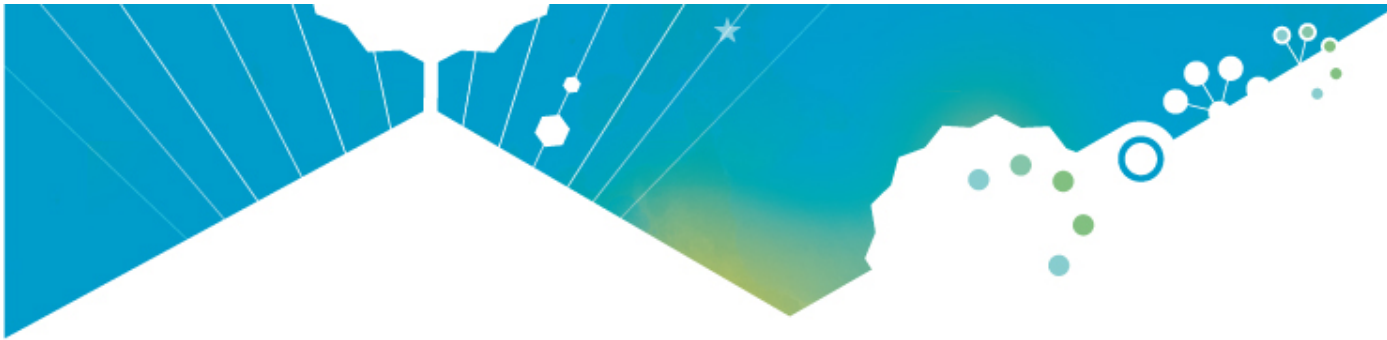
- Démence, incapacité intellectuelle, alzheimer
- Perte d'autonomie
- Omission de traitement
- Défaut de coordination spécialiste/ médecin traitant
- DP non accessible au médecin traitant (en cours expérimentation par les médecins hospitaliers)
- Systèmes d'informations partagées insuffisants



Conciliation médicamenteuse à la sortie

- ☞ S'inscrit dans une logique de **parcours de soins**
- ☞ **Contribue** à la **compréhension** du traitement par le patient, par une meilleure information :
 - Explication des traitements reconduits / arrêtés / modifiés / initiés
 - Amélioration de l'observance
- ☞ Appel du pharmacien d'officine habituel pour anticiper la délivrance des traitements
- ☞ Transmission d'une fiche de liaison à la sortie, d'un plan de prise





Conciliation médicamenteuse à la sortie

- 👉 **Priorisation** des patients détectés comme inobservants lors de la conciliation à l'admission
- 👉 **Problème organisationnel relevé** : sorties décidées au dernier moment par les médecins
- 👉 La présence du pharmacien clinicien au sein du service de soin est un atout pour l'organisation des conciliations de sortie





Conciliation médicamenteuse

👉 Les pré-requis ?

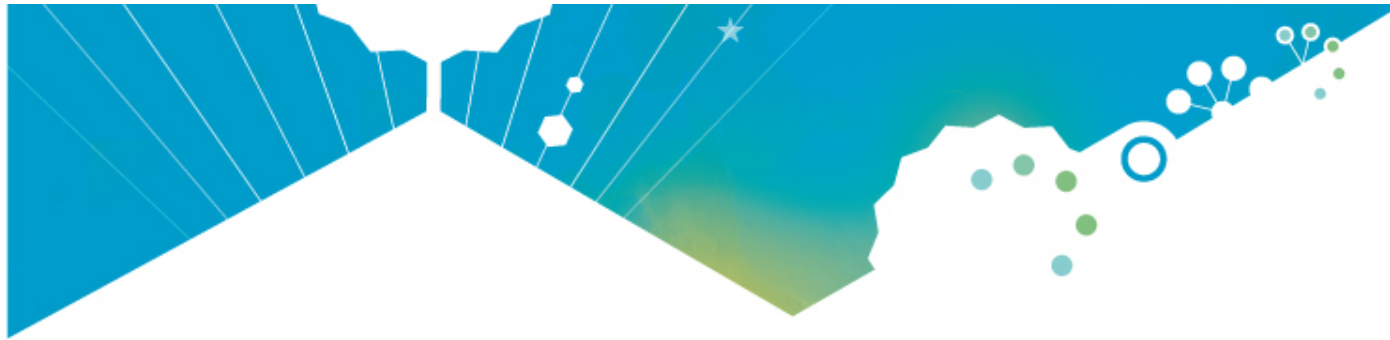
- 👉 L'engagement de l'établissement dans le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse
- 👉 La nécessaire **implication pluriprofessionnelle**
- 👉 Une **culture de sécurité acquise**
- 👉 Une **organisation de la prise en charge médicamenteuse sécurisée, en particulier :**
 - 👉 Informatisation
 - 👉 Analyse pharmaceutique
- 👉 **Opportunité de coupler à la pertinence**
- 👉 Une **volonté d'améliorer le lien ville/hôpital**



Conciliation médicamenteuse

☞ Axes stratégiques de mise en œuvre

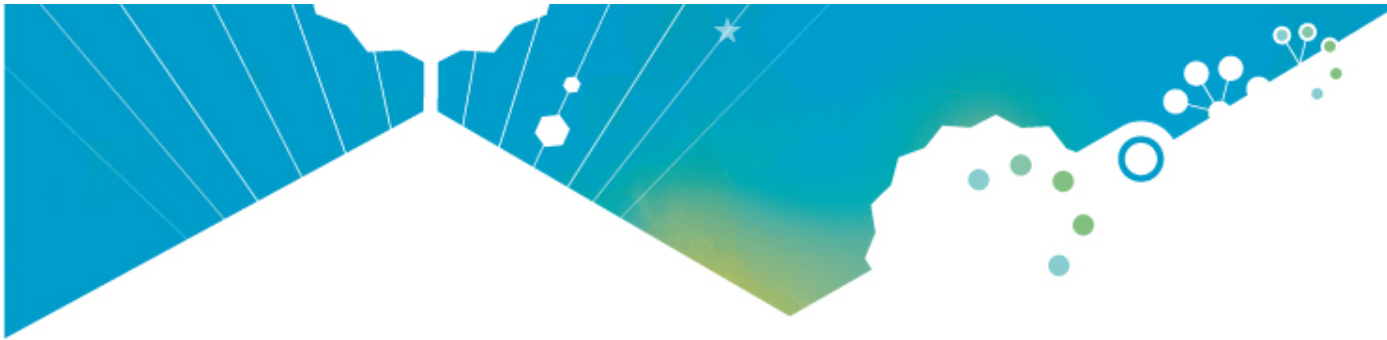
- **Obtenir l'engagement de la direction de l'établissement**
- **Intégrer la conciliation médicamenteuse**
 - Dans le cadre de la **politique du médicament** et du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse de l'établissement CME, CfME
 - Dans une démarche de parcours
- **Former une équipe projet intra-hospitalier et ouverture vers l'extra-hospitalier**
- **Prioriser/cibler** la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse avec les risques : patients à risque, médicaments et processus de soins à risque (anesthésie, chirurgie, greffe)
- **Coupler sur des nouvelles organisations** (notamment pharmacie clinique dans les services), **démarches** (ETP, information du patient) et **outils** (SI)
- **Évaluer la pratique par des indicateurs de suivi et de résultats**



Perspectives

- **Bénéfice du retour d'expérience et de l'expertise des établissements Med'Rec : rapport d'expérimentation**
- **Guide d'aide à la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse**
- **Rôle des OMÉDIT dans l'accompagnement régional des établissements en lien avec la DGOS/HAS, OMÉDIT Aquitaine et sociétés savantes (notamment SFPC)**
- **Valorisation dans la procédure de certification**





Conclusion

**Au-delà de l'impulsion du projet Med'Rec,
une dynamique naturelle de développement
de la conciliation médicamenteuse**

Processus qui s'inscrit dans une logique
de
continuité, pertinence, sécurité, parcours

