Conciliation médicamenteuse : vers une démarche de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient (PCMP) lors d'une mutation d'un service de chirurgie à un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

J. Hengenette[1] ; E. Kotty[1] ; E. Tessier[1] ; L. Delbourgo[1] ; E. Demeney[1] ; N. Riot[1] ; E. Cuisinier[2]

[1]Service pharmacie, Hôpital le Cotentin, Pontorson ; [2]Service chirurgie, Hôpital le Cotentin, Pontorson

INTRODUCTION

- **Contexte** : La médicamenté représente une des 3 causes majeures d'iatrogénie et est responsable de 10 000 à 30 000 morts/an[1].
- **Détection** au cours des 12 derniers mois d'erreurs médicamenteuses de sélection/ECR dont 2 erreurs de dosage de Methylprednisolone orange intraveineuse étroite sur les gros chiffres du service de chirurgie (opérations/hospitalisations).
- **Analyse des causes** :
  - Non utilisation du logiciel dédié à la prescription pour les prescriptions de sortie
  - Prescription d'une posologie en alternance de LEVOTHYROXINE (jours pairs/jours impairs).
  - Référencement sur l'étiquette des deux dosages conditionnement (25 et 100µg).
  - Absence de conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie.
- **Objectif** : Sécuriser les transferts de patients grâce à la conciliation médicamenteuse → transfert + charge de travail

[1]Rapport juillet 2012 - Conseil et Bilan

MATERIEL ET METHODE

- **Mise en place de la conciliation médicamenteuse**

- **Choix du service** : service de chirurgie
- **Identification des patients à risque** : patients âgés de plus de 65 ans, entrés par les urgences, ayant subi une chirurgie orthopédique, polymédiqués (plus de 5 médicaments) et provenant du domicile avec retour au domicile ou dans un service d'aval (service de SSR).
- **Outils** : documents de conciliation élaborés au sein du groupe de travail « Pharmacie clinique » de notre GHT.

RESULTATS

- **Mise en place du mode (pilote)** : 2 patients conciliés/4 éligibles par rapport à nos critères de sélection.
- **Divergences / erreurs détectées** : 1 divergence détectée chez une patiente de 80 ans => omission de prescription de la supplémentation vitamino-calcique, soit une erreur médicamenteuse évitée sans conséquence pour la patiente.
- La conciliation permet aux soignés les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes des médicaments du patient entre professionnels de santé (www.patients-de-transition.com qui avait l'adhésion, les outils et les travailleurs).

DISCUSSION

- **Démarche chronophage qui nécessite** :
  - Une réflexion lors de sa mise en oeuvre afin d'être pertinente => temps pharmacien nécessaire à sa réalisation (15 à 1h30 par patient) et temps infirmier pour rédiger le bilan + **Rôle à ne pas négliger**.
  - Une sélection des patients pertinente : 72 % des erreurs détectées sont des omissions[1] de prescriptions => revoir les critères de sélection de nos patients à risque => supprimer la polymédication comme critère de choix.
  - Un suivi des patients et de l'impact[1] (critère difficilement évaluable) : nombre de patients vus/dénombrement total de patients prévisibles.

[1] rapport Marchal (HAS) septembre 2012

CONCLUSION

- La conciliation médicamenteuse est une démarche de **pharmacie clinique** qui doit être intégrée à part entière dans le parcours du patient hospitalisé avec l'objectif de sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient.
- Un ciblage des patients à risque doit permettre une **pérennisation** de la démarche.
- La conciliation doit pouvoir être objectivée par les capacités cognitives, pharmacologiques et bien sûr par le patient.
- Un travail commun au sein du GHT est en cours afin d'organiser la démarche.
- L'informatisation pour l'intégration des professionnels libéraux de « ville » (officinaux, médecins) généralistes et infirmiers libéraux) doit être réalisée en amont de la démarche pour permettre un développement de qualité du lien ville-hôpital.