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. Mangavelle[1] ; E. Marilly[1] ; S. Tessier[1] ; L. Delbecque[1] ; C. Bonnevay[1] ; V. Riou[1] ; B. Coulaud[2]

[1]Service pharmacie, hôpital le Corbusier, Firminy ; [2]Service chirurgie, hôpital le Corbusier, Firminy

INTRODUCTION

- **Contexte :** Le médicament représente une des 3 causes majeures d'iatrogénie et est responsable de 10 000 à 30 000 morts/an*.
- Détection au cours des 12 derniers mois d'erreurs médicamenteuses de criticité>15/25 dont 2 erreurs de dosage de lévothyroxine *(marge thérapeutique étroite)* sur les prescriptions de sortie du service de chirurgie (ayant entrainé une ré-hospitalisation).
- **Analyse des causes :**
  - ✓Non utilisation du logiciel d'aide à la prescription pour les prescriptions de sortie
  - ✓Prescription d'une posologie en alternance de LEVOTHYROXINE (jours pairs/jours impairs).
  - ✓Référencement sur l'hôpital de deux dosages uniquement (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 = étape à risque**

**Rapport Juillet 2013 - Costagliola & Bégaud*

MATERIEL ET METHODE

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

Processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient.
>> Implique le patient dans sa prise en charge médicale.
Repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle notamment entre la ville et l'hôpital.

- **Choix du service :** service de chirurgie
- **Identification des patients à risque :** patients âgés de plus de 85 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 effectués au sein du groupe de travail « Pharmacie clinique » de notre GHT.

RESULTATS

Mise en place de la conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie : Mission du pharmacien hospitalier.

→ **A l'entrée :** entretien avec le patient et/ou la famille pour réunir les informations sur son traitement habituel. Puis prise de contact avec les professionnels libéraux (pharmacien, médecin, infirmier).
→ Elaboration du bilan médicamenteux optimisé (BMO).
→ Comparaison du BMO avec la prescription : détection d'éventuelles divergences non intentionnelles et synthèse avec le médecin.

→ **A la sortie :** Comparaison de la dernière prescription hospitalière et la prescription de sortie. Détection d'éventuelles divergences non intentionnelles et correction avec le médecin si besoin.
→ Elaboration d'un document à l'attention du patient et des professionnels libéraux.
→ Réalisation d'un entretien avec le patient : information et explication des principales modifications de traitement au cours de l'hospitalisation.

- **Bilan sur un mois (juin) : 2 patients conciliés/8 éligibles** par rapport à nos critères de sélection.
- **Divergences / erreurs détectées** : Une divergence détectée chez une patiente de 82 ans >> omission de prescription de la supplémentation vitamino-calcique, soit une erreur médicamenteuse mineure sans conséquence pour la patiente.

✓ **La conciliation prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes des médicaments du patient entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts.**

DISCUSSION

- **Démarche chronophage qui nécessite :**

✓ Une réflexion lors de sa mise en œuvre afin d'être pérenne >> temps pharmacien nécessaire à sa réalisation *(1h à 1h30 par patient)* et temps médical pour valider le bilan = **frein à sa réalisation.**
✓ Une sélection des patients pertinente : 73% des erreurs détectées sont des omissions** de prescriptions >> revoir les critères de sélection de nos patients à risque >> supprimer la polymédication comme critère de choix
✓ Un suivi de l'activité et de l'objectif cible à atteindre *(Indicateur CAQES : nombre de patients conciliés/nombre total de patients priorisés)*.

*** rapport Med'Rec HAS septembre 2015*

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.
- Le bénéfice doit pouvoir être objectivé par les équipes médicales, pharmaceutiques et bien sûr par le patient.
- Un travail commun au sein du GHT est en cours afin **d'organiser la démarche**.
- **L'information** 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**.