HAL
open science

La conciliation des traitements médicamenteux des patients hospitalisés. Comprendre, s'initier et mettre en oeuvre la démarche dans un établissement de santé

Sébastien Doerper, Thomas Baum

To cite this version:

Sébastien Doerper, Thomas Baum. La conciliation des traitements médicamenteux des patients hospitalisés. Comprendre, s'initier et mettre en oeuvre la démarche dans un établissement de santé. Sciences pharmaceutiques. 2011. hal-01739070

HAL Id: hal-01739070

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01739070v1

Submitted on 20 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE HENRI POINCARE - NANCY 1

2011

FACULTE DE PHARMACIE

La conciliation des traitements médicamenteux des patients hospitalisés Comprendre, s'initier et mettre en œuvre la démarche dans un établissement de santé

THESE

Présentée et soutenue publiquement

Le vendredi 24 juin 2011

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par Thomas BAUM né le 03 avril 1980 à Thionville (57)

et Sébastien DOERPER né le 19 janvier 1978 à Thionville (57)

Membres du Jury

Président :	Mme Francine PAULUS, maître de conférences
Directeur de thèse :	Mme Edith DUFAY, pharmacien, praticien hospitalier
Jury :	Mme Monique DURAND, présidente du Conseil Régional de l'Ordre des pharmaciens de Lorraine Mr Stéphane GIBAUD, maître de conférences, pharmacien, praticien hospitalier Mme Emmanuelle PIERRE RASQUIN, médecin, praticien hospitalier

Liste des Enseignants de la Faculté

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Gilles AULAGNER	*86*	*Pharmacie clinique*
Jean-Claude BLOCK	*87*	*Santé publique*
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	*86*	*Pharmacologie*
Pascale FRIANT-MICHEL	*85*	*Mathématiques, Physique*
Christophe GANTZER	*87*	*Microbiologie*
Max HENRY	*87*	*Botanique, Mycologie*
Pierre LABRUDE	*86*	*Physiologie, Orthopédie, Maintien à domicile*
Isabelle LARTAUD	*86*	*Pharmacologie*
Dominique LAURAIN-MATTAR	*86*	*Pharmacognosie*
Brigitte LEININGER-MULLER	*87*	*Biochimie*
Pierre LEROY	*85*	*Chimie physique*
Philippe MAINCENT	*85*	*Pharmacie galénique*
Alain MARSURA	*32*	*Chimie organique*
Patrick MENU	*86*	*Physiologie*
Jean-Louis MERLIN	*87*	*Biologie cellulaire*
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	*86*	*Chimie thérapeutique*
Bertrand RIHN	*87*	*Biochimie, Biologie moléculaire*

MAITRES DE CONFÉRENCES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Béatrice DEMORE	*81*	*Pharmacie clinique*
Nathalie THILLY	*81*	*Santé publique*

MAITRES DE CONFÉRENCES

Sandrine BANAS	*87*	*Parasitologie*
Mariette BEAUD	*87*	*Biologie cellulaire*
Emmanuelle BENOIT	*86*	*Communication et santé*
Isabelle BERTRAND	*87*	*Microbiologie*
Michel BOISBRUN	*86*	*Chimie thérapeutique*
François BONNEAUX	*86*	*Chimie thérapeutique*
Ariane BOUDIER	*85*	*Chimie Physique*
Cédric BOURA	*86*	*Physiologie*
Igor CLAROT	*85*	*Chimie analytique*
Joël COULON	*87*	*Biochimie*
Sébastien DADE	*85*	*Bio-informatique*
Dominique DECOLIN	*85*	*Chimie analytique*
Roudayna DIAB	*85*	*Pharmacie clinique*
Joël DUCOURNEAU	*85*	*Biophysique, Acoustique*
Florence DUMARCAY	*86*	*Chimie thérapeutique*
François DUPUIS	*86*	*Pharmacologie*

ENSEIGNANTS (suite)	*Section CNU**	*Discipline d'enseignement*
Raphaël DUVAL	*87*	*Microbiologie*
Béatrice FAIVRE	*87*	*Hématologie*
Adil FAIZ	*85*	*Biophysique, Acoustique*
Luc FERRARI	*86*	*Toxicologie*
Caroline GAUCHER-DI STASIO	*85/86*	*Chimie physique, Pharmacologie*
Stéphane GIBAUD	*86*	*Pharmacie clinique*
Thierry HUMBERT	*86*	*Chimie organique*
Frédéric JORAND	*87*	*Santé publique*
Olivier JOUBERT	*86*	*Toxicologie*
Francine KEDZIEREWICZ	*85*	*Pharmacie galénique*
Alexandrine LAMBERT	*85*	*Informatique, Biostatistiques*
Faten MERHI-SOUSSI	*87*	*Hématologie*
Christophe MERLIN	*87*	*Microbiologie*
Blandine MOREAU	*86*	*Pharmacognosie*
Maxime MOURER	*86*	*Chimie organique*
Francine PAULUS	*85*	*Informatique*
Christine PERDICAKIS	*86*	*Chimie organique*
Caroline PERRIN-SARRADO	*86*	*Pharmacologie*
Virginie PICHON	*85*	*Biophysique*
Anne SAPIN-MINET	*85*	*Pharmacie galénique*
Marie-Paule SAUDER	*87*	*Mycologie, Botanique*
Gabriel TROCKLE	*86*	*Pharmacologie*
Marie-Noëlle VAULTIER	*87*	*Mycologie, Botanique*
Mohamed ZAIOU	*87*	*Biochimie et Biologie moléculaire*
Colette ZINUTTI	*85*	*Pharmacie galénique*

PROFESSEUR ASSOCIE

Anne MAHEUT-BOSSER	*86*	*Sémiologie*

PROFESSEUR AGREGE

Christophe COCHAUD	*11*	*Anglais*

**Discipline du Conseil National des Universités :*

80ème et 85ème : Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

81ème et 86ème : Sciences du médicament et des autres produits de santé

82ème et 87ème : Sciences biologiques, fondamentales et cliniques

32ème : Chimie organique, minérale, industrielle

11ème : Langues et littératures anglaises et anglo-saxonnes

SERMENT

DES APOTHICAIRES

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 des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime

si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque

« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS LES THESES, CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR AUTEUR ».

Remerciements

à Mme Édith DUFAY

pour tout ce qu'elle nous a apporté tant sur le plan personnel que professionnel et sans qui toute cette aventure n'aurait pas vu le jour

à Mme Francine PAULUS

pour avoir accepté de présider le jury de cette thèse

aux membres du jury

pour nous avoir fait l'honneur de juger ce travail

à Mr David PINEY

pour ses conseils avisés, sa rigueur et son soutien

à Mme Dominique JELSKI

pour sa patience, sa gentillesse et son aide

à nos familles

pour leur présence, leur soutien et tout le reste

à nos amis

pour leur soutien, leurs encouragements et leur amitié

à toute l'équipe du service de pharmacie du CHL

pour sa bonne humeur dans le travail

à tous les autres

Merci

Sommaire

Liste des enseignants de la faculté…….…….page 2

Serment des Apothicaires…….……..page 4

Remerciements……...page 6

Sommaire……page 7

Liste des abréviations…….…page 8

Introduction……..……page 10

Partie I : Comprendre, s'initier et mettre en œuvre la démarche de conciliation……page 12

Chapitre 1 : Une définition du concept et de la pratique de conciliation…….page 13

Chapitre 2 : La gestion de projet pour intégrer la conciliation dans les organisations….page 36

Partie II : L'expérience Med'Rec au centre hospitalier de Lunéville……...page 54

Chapitre 1 : La démarche internationale du projet Med'Rec

et la participation de la France……..page 55

Chapitre 2 : Les travaux du centre hospitalier de Lunéville et les premiers résultats…..page 67

Les 10 Commandements de la conciliation……..page 95

Annexe 1 : La Fiche de Conciliation des Traitements…….page 97

Annexe 2 : La Fiche de repérage des Evènements sentinelles par les Infirmiers…….page 98

Annexe 3 : Le mode opératoire de remplissage de la FCT……..page 99

Annexe 4 : La Fiche de sortie…….page 105

Annexe 5 : La base de données des indicateurs MR……..page 106

Annexe 6 : La base de données des divergences non intentionnelles……page 111

Annexe 7 : Le poster présenté aux Rencontres Prescrire……...page 113

Bibliographie……..page 114

Liste des abréviations

5AHU	cinquième année hospitalo-universitaire
ADO	antidiabétique oral
ARS	Agence régionale de santé
AS	aide-soignant(e)
ATC	*anatomical therapeutic chemical*
AVC	accident vasculaire cérébral
AVK	antivitamine K
BMO	bilan médicamenteux optimisé
CCECQA	Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine
CEPPRAL	Coordination pour l'évaluation des pratiques professionnelles en santé en Rhône-Alpes
CHL	Centre hospitalier de Lunéville
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CM	conciliation médicale
CME	Commission médicale d'établissement
COMEDIMS	Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles
COPIL	Comité de pilotage
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CSS	*correct site surgery*
CTM	conciliation des traitements médicamenteux
DMP	dossier médical du patient
DVG	divergence
DVG I ND	divergence intentionnelle non documentée
DVG NI	divergence non intentionnelle
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EI	événement indésirable
EM	erreur médicamenteuse
ES	établissement de santé (partie II et partie III)
ES	événement sentinelle
EVALOR	Evaluation en santé en Lorraine

FCT	fiche de conciliation des traitements
FORAP	Fédération des organismes régionaux pour l'amélioration des pratiques en établissement de santé
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GREQ	Gestion des risques - évaluation - qualité
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	infirmier(ère) diplômé(e) d'état
INR	*international normalized ratio*
MCO	médecine, chirurgie, obstétrique
Med'Rec	*medication reconciliation*
MR	Maison de retraite (partie III)
MR	*Med'Rec*
MT	médecin traitant
ND	non documenté
OMA	ordonnance des médicaments à l'admission
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PPH	préparateur en pharmacie hospitalière
PTM	problèmes thérapeutiques liés aux médicaments
SFPC	Société française de pharmacie clinique
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SOP	*standard operating protocol*
SRE	Structure régionale d'évaluation
USI	Unité de soins intensifs
USLD	Unité de soins de longue durée

Introduction

Depuis toujours, la connaissance immédiate, exhaustive et complète du traitement d'un patient au moment de son hospitalisation est un problème pour tous les soignants. L'absence de système d'information partagé entre les professionnels de santé de ville et ceux des établissements de santé ne facilite pas sa résolution. Elle est même contributive des erreurs médicamenteuses observées à l'admission qui le plus souvent se poursuivent tout au long du séjour et se reconduisent à la sortie d'hospitalisation, quand elles ne se démultiplient pas. Le risque de survenue d'un événement indésirable, conséquence de ces erreurs médicamenteuses (EM) s'en trouve majoré. Actuellement, ils représentent une cause importante de dommage voire de décès dans les systèmes de santé [1, 2, 3, 4].

Au centre hospitalier de Lunéville, pharmaciens et médecins sont sensibilisés à l'iatrogénie médicamenteuse de longue date [5, 6]. Ils sont conscients que les problèmes de communication jouent un rôle important dans la survenue des erreurs [7, 8, 9, 10]. Les informations sur les traitements du patient ne sont pas toujours communiquées à tous les prestataires de soins en temps voulu. Il se peut donc que le patient ne reçoive pas le traitement le plus approprié à son état et aux circonstances.

A l'occasion de l'engagement de la France dans le projet des *High 5s*, initiative portée par l'Organisation Mondiale de la Santé visant à démontrer l'utilité de la standardisation des pratiques au niveau international dans le domaine de la sécurité des soins, le centre hospitalier de Lunéville a été retenu comme site pilote en 2009 par la HAS [11]. C'est un des neuf établissements entrés dans le protocole *"Medication Reconciliation"*, protocole de 5 années coordonné pour la France par la Haute Autorité de Santé. C'est dans ces circonstances, que les pharmaciens et médecins ont formalisé leur réflexion, les règles à appliquer dans l'établissement ainsi que les outils de la conciliation. En tant qu'étudiants en pharmacie de 5ème année hospitalo-universitaire, nous avons au cours de l'année 2009-2010 participé à cette expérience : la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission d'un patient dans l'établissement de santé public qu'est le Centre Hospitalier de Lunéville.

L'objet de cette thèse est d'exposer d'une part les modalités d'organisation de la pratique de conciliation préalablement définie ainsi que la gestion de projet facilitant sa mise en œuvre dans un établissement de santé, et d'autre part le contexte international du projet *Med'Rec*

dans le cadre duquel ont été obtenus les premiers résultats par notre équipe pluri-professionnelle. Ces premiers travaux français ont été présentés au Steering Comittee de l'OMS le 14 octobre 2010 à Paris. La particularité de cette thèse est d'être structurée sous forme d'un diaporama en quatre chapitres pour constituer en soi un outil pédagogique à destination des professionnels de santé et notamment des pharmaciens pour comprendre, s'initier et mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux. Le document sera complété d'une clef USB pour faciliter la diffusion de l'outil.

L'ensemble des travaux et documents présentés dans cette thèse bénéficie de l'autorisation d'exploitation du copyright et de la propriété intellectuelle du Centre Hospitalier de Lunéville : cf annexes.

Partie I

Comprendre, s'initier et mettre en œuvre la démarche de conciliation

Sébastien DOERPER

Partie I – Chapitre 1

Une définition du concept et de la pratique de conciliation

Partie I

Chapitre 1

Une définition
du concept et de la pratique de conciliation

Un terme, une définition

pour une pratique établie qui nécessite de se structurer

La conciliation des traitements médicamenteux
est un processus interactif
qui garantit la continuité des soins
en intégrant à une nouvelle prescription
les traitements en cours du patient

La conciliation des traitements médicamenteux est un processus interactif qui garantit la continuité des soins en intégrant à une nouvelle prescription les traitements en cours du patient *(définition proposée par les praticiens du CH de Lunéville).*

La pratique de conciliation est inhérente à toute prise en charge médicamenteuse du patient. Si le patient bénéficie d'un traitement, elle est un passage obligé lors de toute nouvelle prescription. Elle est incluse de fait dans la pratique médicale. Pour autant, elle est peu structurée et sans doute mal appréhendée dans son essence par les médecins qui la pratiquent sans lui donner de nom.

D'évidence elle constitue une pratique nécessaire car la continuité des soins ne peut être garantie que si la liste des médicaments que prend le patient - ou qu'il omet de prendre - est identifiée. Le but est qu'elle soit connue du prescripteur pour être prise en compte en tant que de besoin, en adéquation avec le nouveau traitement. Cette liste doit être exhaustive et complète :

- exhaustive veut dire que tous les médicaments prescrits ou pris en automédication sont identifiés
- complète veut dire que pour chaque médicament sont précisés le nom, le dosage et la posologie.

Etablir cette liste nécessite une collaboration structurée et active entre professionnels de santé afin qu'elle soit la plus exhaustive et la plus complète possible.

Un terme, une définition

pour une pratique établie qui nécessite de se structurer

Etape 1	**La recherche active d'informations sur les traitements du patient** auprès de lui-même et de son entourage, auprès d'autres professionnels de santé de ville et d'établissements de santé, par l'exploitation de systèmes documentaires et/ou de bases de données	Activité pharmaceutique
Etape 2	**La formalisation un bilan exhaustif et complet des médicaments** le bilan des médicaments optimisé (BMO) concerne les médicaments pris ou omis par le patient mais aussi prescrits ou non par un médecin. Il est nécessaire de croiser au moins deux sources d'informations afin de créer une confiance dans le résultat	Activité pharmaceutique
Etape 3	**La comparaison du bilan des médicaments avec la prescription hospitalière à l'admission** pour repérer les écarts entre le BMO et l'ordonnance des médicaments à l'admission (OMA) en systématisant la qualification du médicament comme arrêté, suspendu, poursuivi, modifié, substitué, ajouté ainsi que documenté ou non documenté	Activité pharmaceutique
Etape 4	**La caractérisation des divergences observées** comme absence de divergence, divergences intentionnelles documentées, divergences intentionnelles non documentées, et divergences non intentionnelles (non documentées de fait). Seuls les 2 dernières bénéficient de l'étape suivante	Activité médicale
Etape 5	**La rédaction d'un complément d'information ou d'une nouvelle prescription** pour poursuivre la prise en charge médicamenteuse sécurisée du patient en tant que de besoin. Il s'agit de l'acte médical de conciliation proprement dite	Activité médicale

La conciliation est un enchaînement d'étapes dont l'objectif est l'intégration de la liste des médicaments la plus exhaustive et la plus complète possible à la nouvelle prescription et la cible, la sécurité des soins pour le patient.

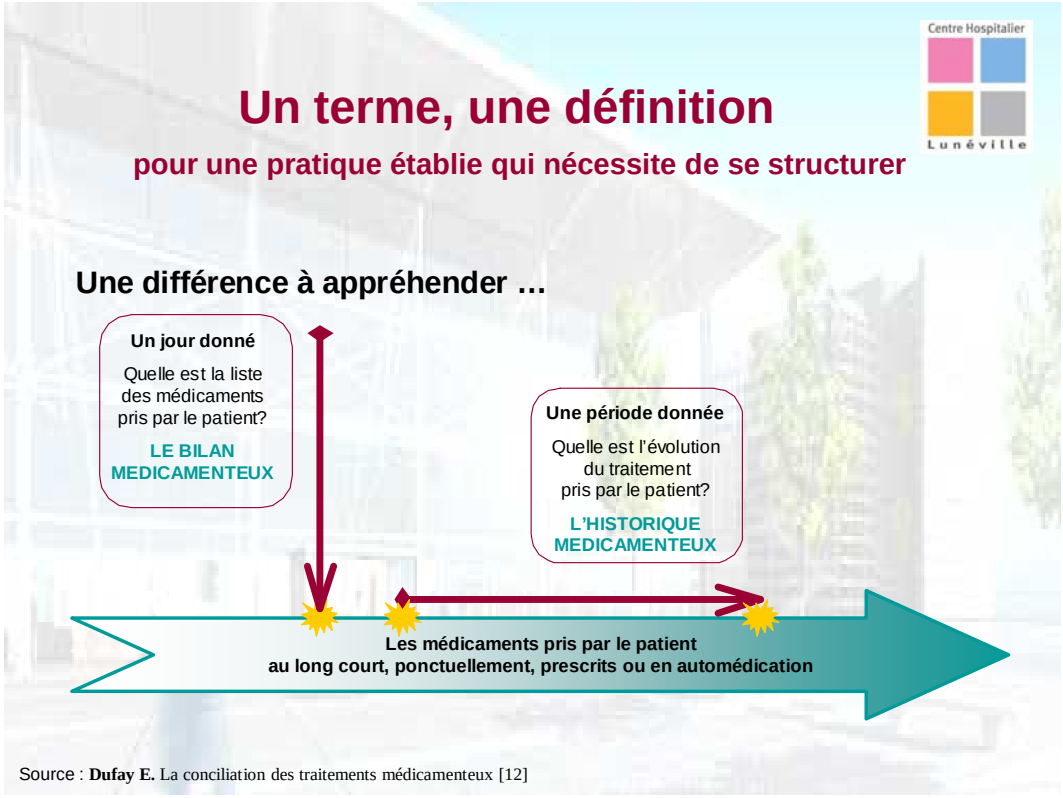
Lors de la démarche de conciliation deux documents sont formalisés :

- la liste des médicaments encore appelée Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO)
- la nouvelle ordonnance encore dénommée Ordonnance des Médicaments à l'Admission (OMA)

La recherche d'informations fait insuffisamment appel à une collaboration structurée entre professionnels de santé. Elle devrait s'appuyer sur un système d'information partagée. Peu ou non formalisé à ce jour, le prescripteur se contente le plus souvent de l'entretien systématisé du patient ou de son entourage. Dans le cas de la conciliation, la recherche d'informations devient active. Les informations obtenues, soit par entretien avec d'autres professionnels de santé soit par consultation de données, sont alors croisées dans le but de créer une confiance dans le résultat recherché. La démarche de conciliation pose clairement le problème de la source d'informations idéale partagée, celle dont la qualité des données n'est pas contestable.

La prise en compte en tant que de besoin dans la décision médicale des médicaments identifiés peut être considérée comme la conciliation proprement dite. Correctement structuré et mené, le processus de conciliation se conclut par la rédaction d'une prescription mieux

sécurisée. Sachant que la prescription médicale est le **point de départ formalisé de la prise en charge médicamenteuse** pour tous les autres professionnels qui se succèdent, on comprend l'intérêt de bien asseoir le démarrage de ce processus complexe.



Source : **Dufay E.** La conciliation des traitements médicamenteux [12]

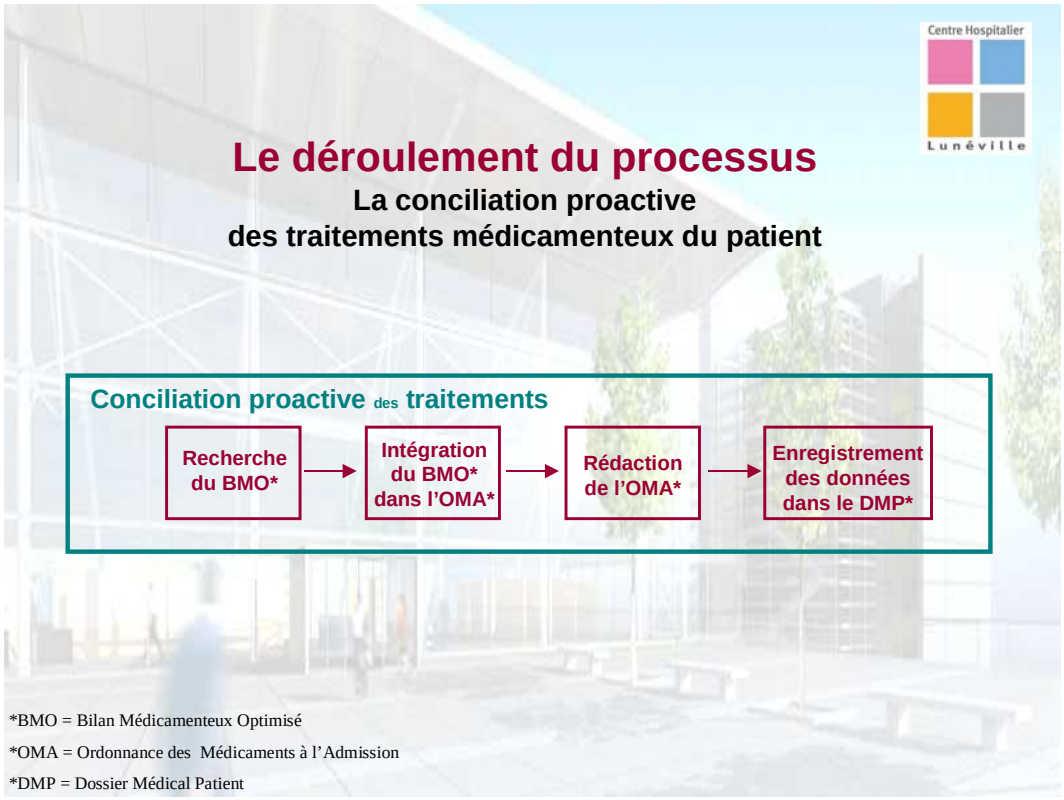
Le système d'information de la conciliation s'appuie sur la liste des médicaments du patient, sur les prescriptions à l'admission, lors d'un transfert interne ou externe, et sur les prescriptions de sortie. Au jour J de l'admission la liste est dénommée bilan médicamenteux. Elle doit être distinguée de l'historique médicamenteux qui s'établit pour une période donnée et permet de suivre sur cette période quels sont les médicaments arrêtés, modifiés, substitués ou rajoutés. Le bilan et l'historique se complètent, ce diptyque est indispensable à la compréhension de la prise en charge médicamenteuse d'un patient et à l'élaboration de son projet thérapeutique global.

En cas de conciliation partielle ou non réalisée, le risque pour le patient est :

- de recevoir un traitement qui n'est pas le bon : médicament ou dosage ou posologie non adéquats
- ou de ne pas recevoir un traitement qui lui est nécessaire : médicament arrêté ou suspendu sans qu'il y ait reprise.

A l'admission, l'omission d'un traitement est, des 2 cas de figure, le plus fréquent. Lorsqu'elle concerne certaines classes de médicaments comme les bétabloquants, les antivitamines K, les antidiabétiques oraux, l'insuline, les antiépileptiques ou les médicaments de l'asthme, le risque pour le patient se trouve considérablement majoré.

Lors de la conciliation et en particulier lors de l'étape de rédaction de la nouvelle prescription, tout écart au BMO doit être documenté. L'absence d'information peut laisser penser à tort que cet écart est intentionnel ou non intentionnel : d'où l'importance de documenter la prescription car la décision médicale est alors explicite. Par contre, un écart qui est qualifié à juste titre de non intentionnel doit être corrigé : il s'agit d'une erreur médicamenteuse susceptible de provoquer un dommage chez le patient si celle-ci n'est pas interceptée.

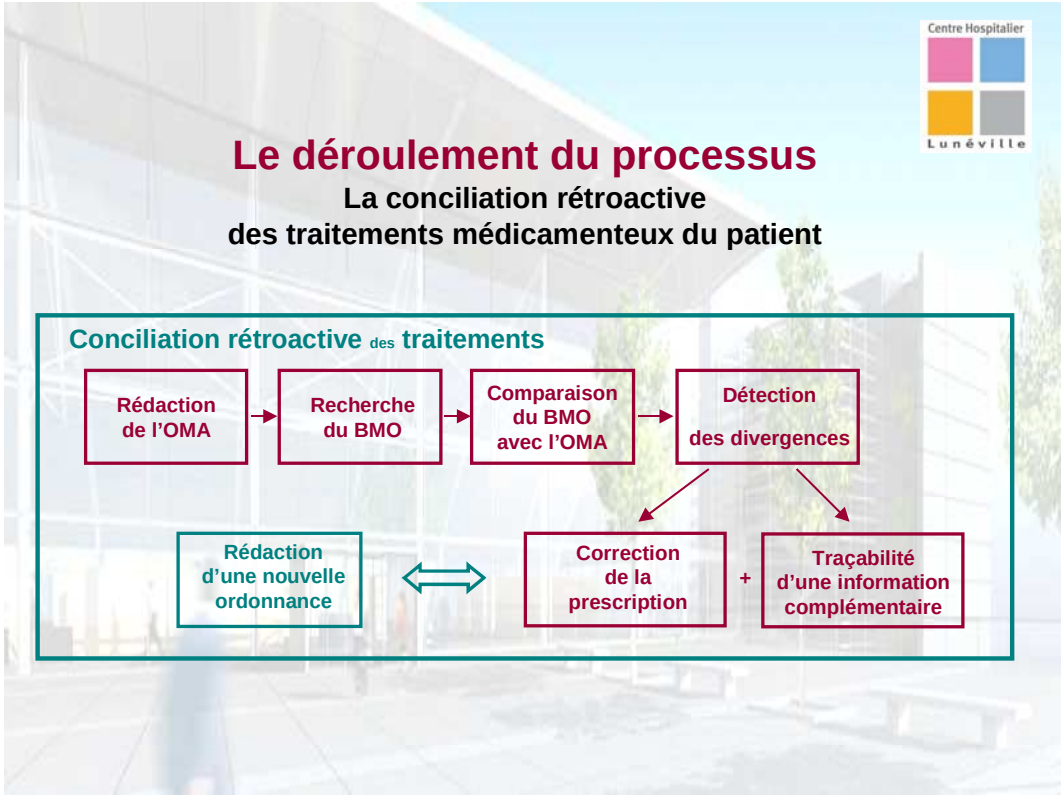


La pratique de conciliation est :

- soit **rétroactive**
- soit **proactive** avec un Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO) réalisé **avant** la rédaction de l'Ordonnance des Médicaments à l'Admission (OMA). Cette pratique est la pratique idéale cible.

Lorsque la pratique est proactive, elle est simplifiée en ce sens que le prescripteur disposant du BMO le prend en compte d'emblée lors de la rédaction de l'OMA. Une Fiche de Conciliation des Traitements (FCT) doit être établie à cette occasion. Y sont notés le BMO et l'OMA. Elle est ensuite archivée dans le Dossier Médical du Patient (DMP).

Si une analyse du processus de la conciliation proactive est conduite, le nombre d'écarts intentionnels non documentés ou non intentionnels est théoriquement inexistant.



La pratique de conciliation est :

- soit **proactive**
- soit **rétroactive** : le BMO est formalisé **après** rédaction de l'OMA ce qui oblige le prescripteur à revenir sur sa première prescription pour la modifier au vu du BMO.

Lorsque la pratique est rétroactive, elle est à haut niveau de risque en ce sens que le prescripteur ne disposant pas du BMO - ou au mieux disposant d'un bilan partiel - ne peut le prendre en compte lors de la rédaction de l'OMA. Il existe un retard dans la mise en œuvre de la juste prise en charge médicamenteuse du patient. De surcroît, le BMO enfin disponible risque d'être insuffisamment pris en compte : le caractère prioritaire de cette prise en compte se trouve atténué par les délais d'obtention des informations.

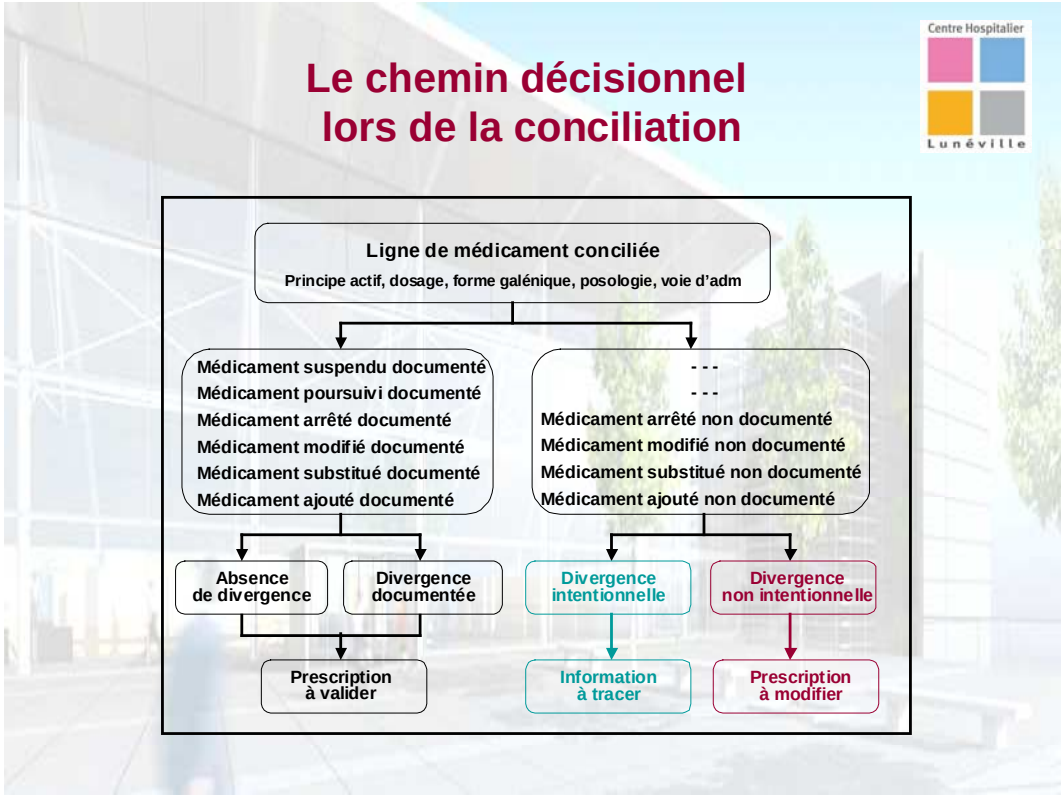
Si une analyse du processus de conciliation est conduite, le nombre d'écarts est de fait plus important que dans le processus proactif. Ces écarts, encore appelés divergences, sont soit à documenter soit à corriger. Ce retour sur la première prescription est obligatoire si l'on veut sécuriser la prise en charge du patient.

La règle de conciliation des divergences

Etape	Elément à caractériser	Caractérisation
Etape 1	La ligne de traitement à caractériser en fonction du constat ligne par ligne pour définir le statut de chaque médicament	**Statut du médicament** 1. Médicament suspendu 2. Médicament poursuivi 3. Médicament arrêté 4. Médicament modifié 5. Médicament substitué 6. Médicament ajouté
Etape 2	Le statut du médicament à caractériser en fonction du niveau informationnel pour décider de l'existence d'une divergence	**Existence d'une divergence** 1. Statut documenté => Absence de divergence => Validation 2. Statut non documenté => Divergence non documentée (DVG ND)
Etape 3	La divergence non documentée à caractériser en fonction de l'intention du prescripteur pour agir en tant que de besoin	**Intention dans la DVG ND pour action** 1. DVG non documentée intentionnelle (DVG NDI) => tracer l'information 2. DVG non intentionnelle (DVG NI) => modifier la prescription

La caractérisation des divergences va se conduire en 3 étapes en appliquant la règle ci-après définie :

- chaque ligne de médicament est caractérisée par la décision médicale qui semble avoir été prise, conférant au médicament un statut observé et factuel. Le médicament est ainsi considéré comme arrêté, suspendu, poursuivi en l'état, poursuivi avec modification, substitué ou ajouté,
- ensuite, la recherche de la décision médicale annotée dans le dossier du patient permet de dire si cette décision est documentée ou non. Lorsqu'elle l'est, la ligne de traitement est validée. Lorsqu'elle ne l'est pas, il est conclu à l'existence d'une divergence
- à ce dernier stade, la participation du médecin est obligatoire pour faire état du degré d'intention de la divergence non documentée : la divergence est qualifiée d'intentionnelle ou de non intentionnelle.



A l'issue de l'application de la règle de conciliation, 3 décisions sont possibles pour chaque ligne de médicament étudiée :

- la ligne de médicament est validée,
- en cas de divergence non documentée intentionnelle (DVG NDI) la décision médicale est à expliciter en la renseignant dans le dossier patient
- en cas de divergence non intentionnelle (DVG NI) la prescription est à corriger dans le dossier patient : il s'agit d'une erreur médicamenteuse qui, sil celle-ci n'est pas interceptée, est susceptible de provoquer un dommage chez le patient [6, 19].

Les erreurs médicamenteuses détectées lors de la conciliation ne sont pas des erreurs liées à l'étape de prescription mais des erreurs liées à l'étape de transmission des informations. Retrouver des erreurs médicamenteuses dans la prescription, lors de la dispensation ou de l'administration n'est que la conséquence d'une transmission d'information qui ne s'est pas déroulée de façon optimale.

Une divergence non intentionnelle doux euphémisme pour ne pas dire erreur médicamenteuse…

Une erreur médicamenteuse est un écart par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient. L'erreur médicamenteuse est l'omission ou la réalisation non intentionnelles d'un acte relatif à un médicament qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient. *SFPC 2005*

La conciliation rétroactive est une pratique prépondérante en regard de la conciliation proactive dans nos établissements de santé

Présentation pédagogique avec exemple de la conciliation rétroactive en utilisant la FCT

FCT: Fiche de Conciliation des Traitements

…rédiger la fiche de conciliation des traitements

Centre Hospitalier Lunéville

Pharmaciens

Fiche de conciliation des traitements

Patient N° = né le – Conciliation faite le
Reprendre le n°des patients éligibles

BMO du /2010 Bilan Médicamenteux Optimisé		Statut	OMA du /2010 Ordonnance à l'Admission		Correct / Divergent	Intentionnel / Non Intentionnel I / NI	Processus CTM	Rétroactif	Dangerosité 0 1 2
Mdt/dosage/forme	Posologie		Mdt/dosage/forme	Posologie			A documenter / A corriger	Commentaires	
Anafranil 75mg cp	1-0-0	arrêté non documenté			Divergent				2
Kardégic 75mg sachet	0-1-0	arrêté			Correct				0
Voltarène 25mg cp	1-1-1	arrêté non documenté			Divergent				1
Vit A pde oph	0-0-1	suspendu			Correct				0
cardensiel 5mg cp	1-0-0	poursuivi	cardensiel 5mg cp	1-0-0	Correct				0
Lasilix 40mg cp	1-1-0	modifié	Lasilix 20mg cp	1-1-0	Correct				0
Efferalgan 500mg gél	1 toutes les 6h	modifié non documenté	Efferalgan 1g cp	1 toutes les 6h	Divergent				2
		ajouté non documenté	Anandron 150mg cp	½ -0-0	Divergent				2
		ajouté non documenté	Pévaryl crème	2-0-2	Divergent				1
		ajouté	Lovenox 4000 UI inj	0-0-1	Correct				0
								TTT ou automédication antérieurs	
Nbre de lignes du BMO	7	10	Nbre de lignes de l'OMA	5					
Temps BMO	45 min								
Temps CTM	3 min								

Nbre type 0 5
Nbre type 1 2
Nbre type 2 1
Total types 1 / 2 3

Sources d'information

DMP en cours	oui	SIH-Atalante	non	Médecin traitant	oui	Patient	oui
DMP antérieur	non	SIH-Image Pharma	oui	Médecin spécialiste	non	Famille	non
DMP urgences	oui	Lettre au MT	oui	Pharmacien officine	oui	Base ALD	non
Pharmacie personnelle	oui	Lettre du MT	oui	IDE libérale	non	Autres	non

Le pharmacien et les préparateurs en pharmacie hospitalière interviennent dans la conciliation en formalisant la comparaison du BMO avec l'OMA et en repérant les divergences non documentées.

…rédiger la fiche de conciliation des traitements

Centre Hospitalier Lunéville

Pharmaciens **Médecins**

Fiche de conciliation des traitements

Patient N° = né le – Conciliation faite le
Reprendre le n°des patients éligibles

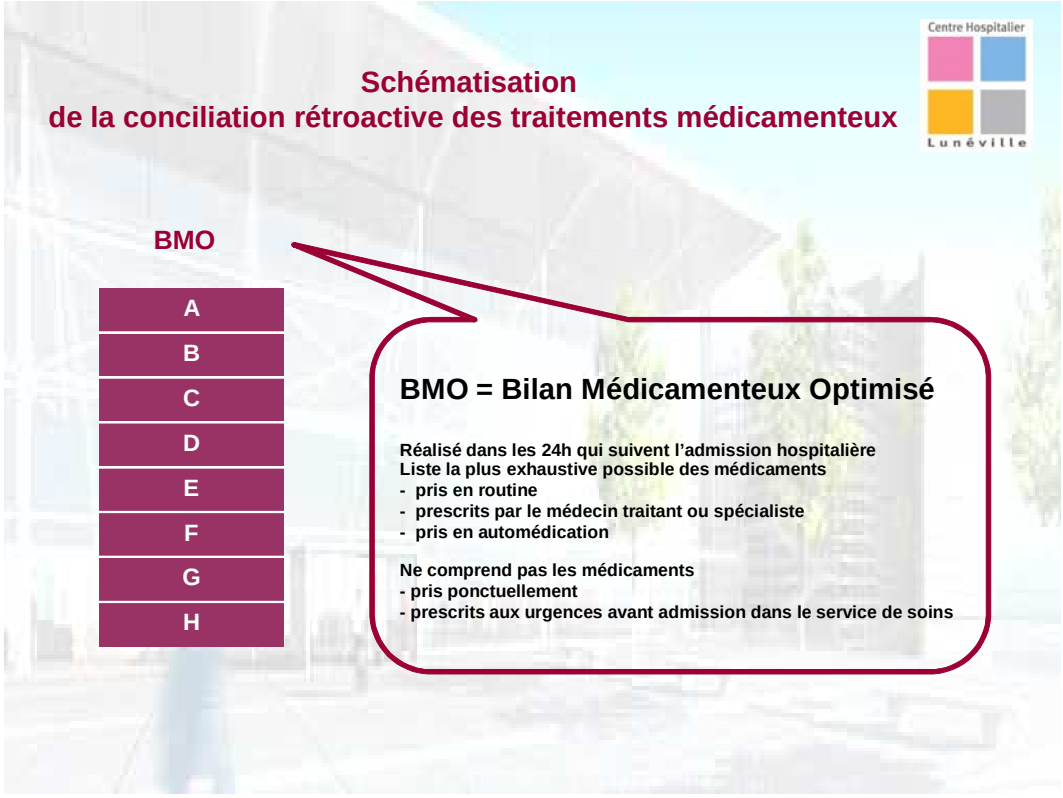
BMO du /2010 Bilan Médicamenteux Optimisé		Statut	OMA du /2010 Ordonnance à l'Admission		Correct / Divergent	Intentionnel / Non Intentionnel I / NI	Processus CTM	Rétroactif	Dangerosité 0 1 2
Mdt/dosage/forme	Posologie		Mdt/dosage/forme	Posologie			A documenter / A corriger	Commentaires	
Anafranil 75mg cp	1-0-0	arrêté non documenté			Divergent	NI	Reprise Anafranil		2
Kardégic 75mg sachet	0-1-0	arrêté			Correct				0
Voltarène 25mg cp	1-1-1	arrêté non documenté			Divergent	I	Arrêt notifié dans le DMP		1
Vit A pde oph	0-0-1	suspendu			Correct				0
cardensiel 5mg cp	1-0-0	poursuivi	cardensiel 5mg cp	1-0-0	Correct				0
Lasilix 40mg cp	1-1-0	modifié	Lasilix 20mg cp	1-1-0	Correct				0
Efferalgan 500mg gél	1 toutes les 6h	modifié non documenté	Efferalgan 1g cp	1 toutes les 6h	Divergent	NI	Reprise de l'efferalgan 500mg 1 cp toutes les 6h		2
		ajouté non documenté	Anandron 150mg cp	½ -0-0	Divergent	NI	Arrêt de l'anandron		2
		ajouté non documenté	Pévaryl crème	2-0-2	Divergent	I	Ajout notifié dans le DMP		1
		ajouté	Lovenox 4000 UI inj	0-0-1	Correct				0
								TTT ou automédication antérieurs	
Nbre de lignes du BMO	7	10	Nbre de lignes de l'OMA	5					
Temps BMO	45 min								
Temps CTM	3 min								

Nbre type 0 5
Nbre type 1 2
Nbre type 2 1
Total types 1 / 2 3

Sources d'information

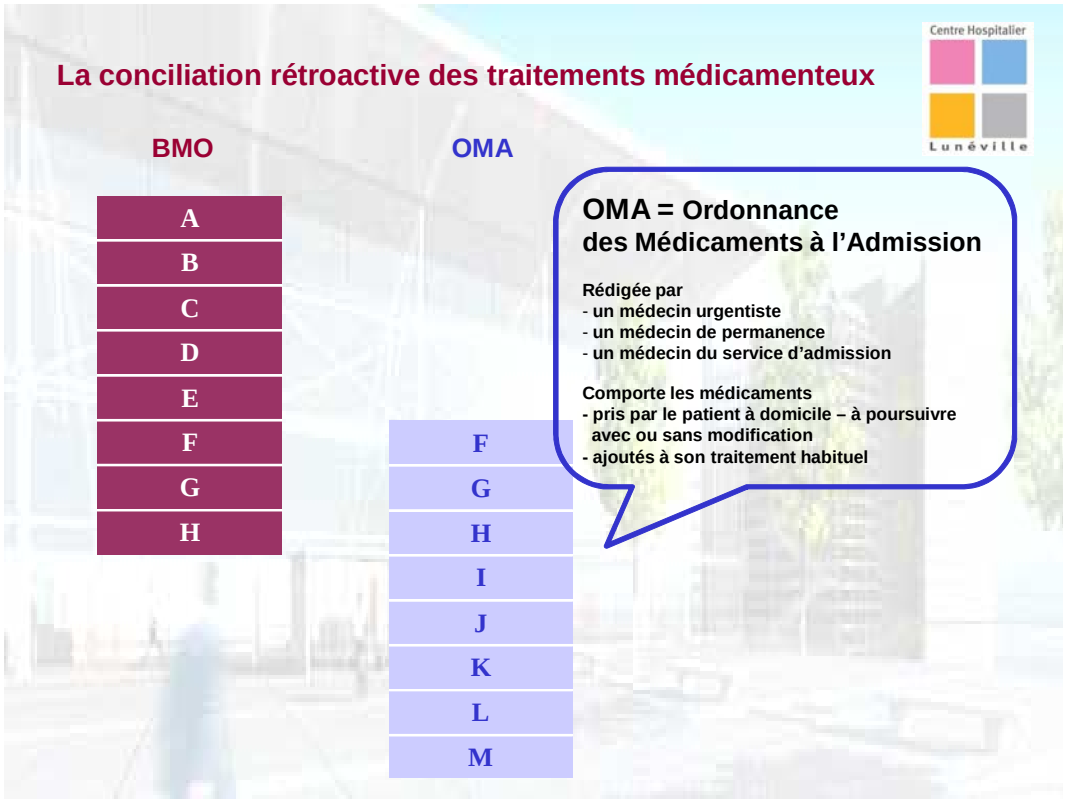
DMP en cours	oui	SIH-Atalante	non	Médecin traitant	oui	Patient	oui
DMP antérieur	non	SIH-Image Pharma	oui	Médecin spécialiste	non	Famille	non
DMP urgences	oui	Lettre au MT	oui	Pharmacien officine	oui	Base ALD	non
Pharmacie personnelle	oui	Lettre du MT	oui	IDE libérale	non	Autres	non

Le médecin, et seulement lui, prend alors le relais pour signaler le caractère intentionnel ou non de la divergence et rectifier l'information en tant que de besoin.

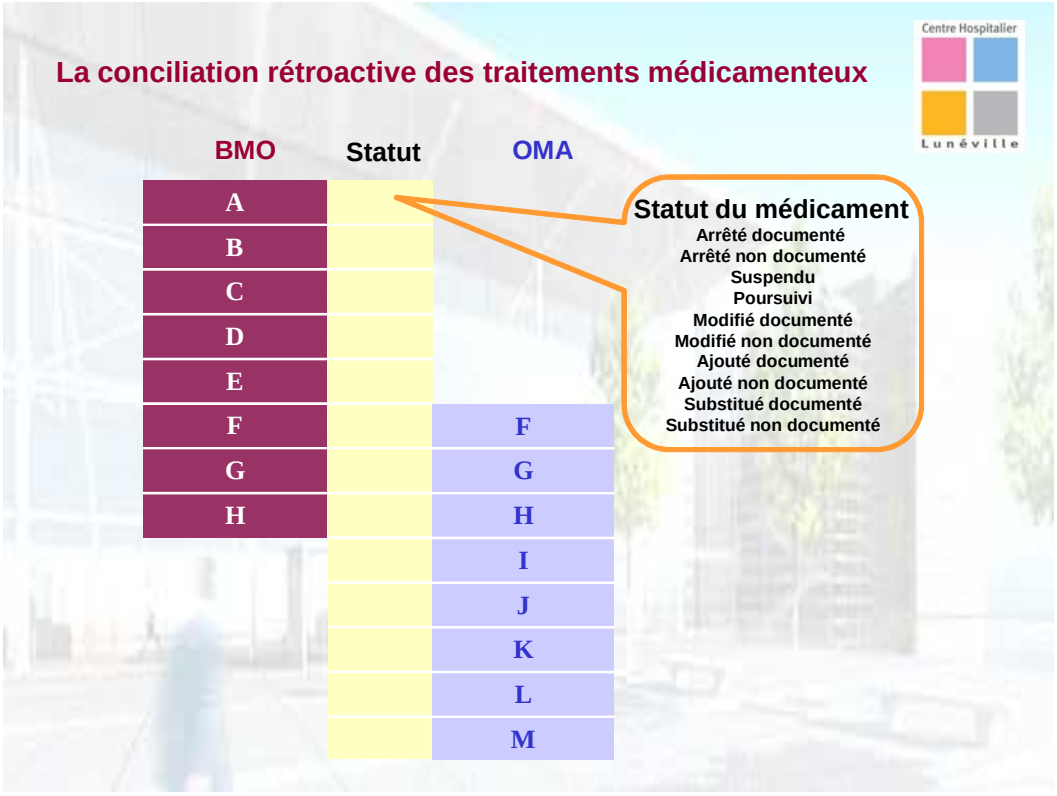


Le BMO consiste en un recensement des traitements réalisés par un professionnel de santé : il enregistre tous les médicaments pris régulièrement par le patient qu'ils soient prescrits ou non prescrits, en faisant appel à différentes sources d'information. Celles-ci sont le Dossier Médical du Patient, le dossier des urgences, la lettre de sortie s'il y a eu une précédente hospitalisation, la lettre du médecin traitant, les contacts avec le médecin traitant ou les médecins spécialistes, le pharmacien d'officine, le patient lui-même ou sa famille… La recherche de données et les entretiens exigent du temps.

Le BMO inclut pour tous les médicaments, le nom, le dosage, la forme galénique, la voie administration, la posologie. Il est préférable qu'il soit réalisé dans les premières 24h après l'admission aux urgences.



L'OMA est l'ordonnance des médicaments à l'admission d'un patient dans un établissement de santé. Elle comporte généralement les médicaments pris par le patient à domicile – s'ils ne sont pas arrêtés ou suspendus – ainsi que les médicaments ajoutés.

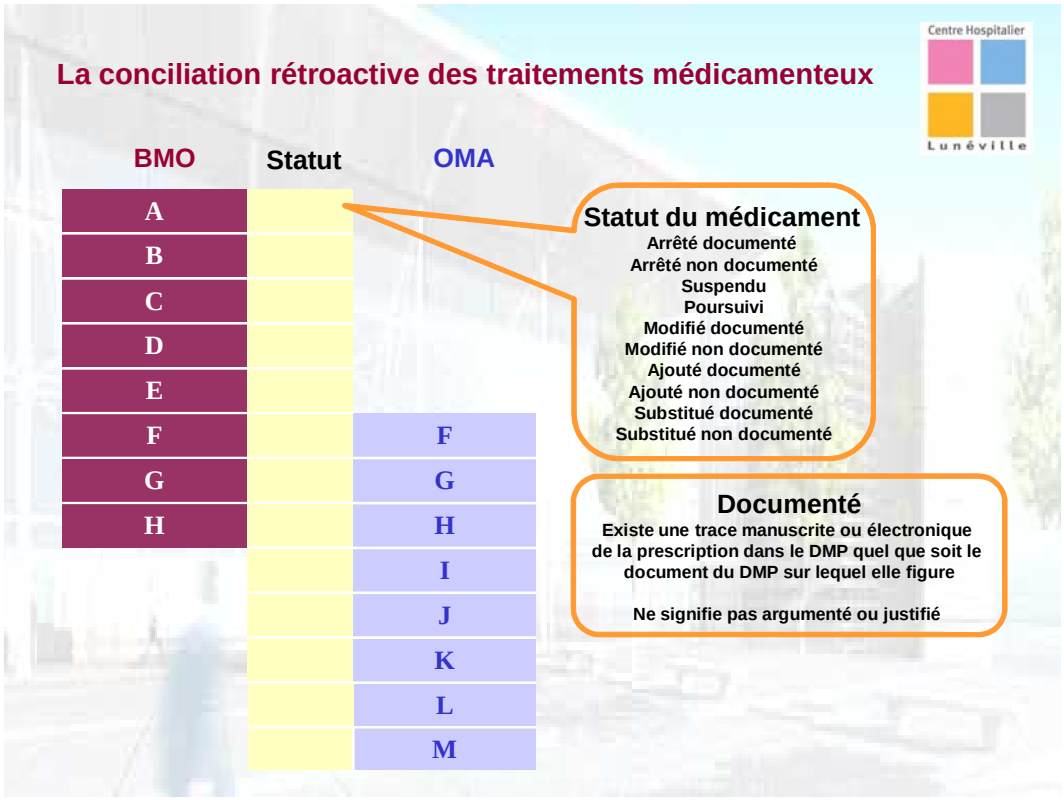


Le statut du médicament correspond à une prise de décision médicale. Elle concerne :

- d'une part les médicaments du BMO qui peuvent être interrompus définitivement ou provisoirement
- et d'autres part ceux qui sont poursuivis avec ou sans modification et ceux ajoutés *de novo* ou par substitution.

L'ensemble va permettre au médecin d'établir l'OMA en tenant compte du BMO.

Au Centre Hospitalier de Lunéville, les substitutions par un générique ou un médicament de la même classe pharmaceutique sont entérinées en Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux (COMEDIMS) et rendues opposables par la Commission Médicale d'Établissement (CME). Par conséquent, lors d'une conciliation, les substitutions sont d'emblée considérées comme valides.



Cette prise de décision doit être notifiée dans le DMP. Cela veut dire que les termes « arrêté » « poursuivi » « substitué » « ajouté » etc., doivent être mentionnés pour considérer l'information comme documentée. En version négative : si ces termes ne sont pas mentionnés la ligne de prescription sera considérée comme non documentée.

Le terme de « documenté » ne signifie pas argumenté ou justifié car la recherche d'explications justifiant la prescription n'est pas l'objet du processus de conciliation des traitements médicamenteux. Le terme « documenté » est bel et bien la seule mention des termes précités.

Une sensibilisation du médecin prescripteur doit être faite afin qu'il appréhende l'importance d'une prescription explicite.

La conciliation rétroactive des traitements médicamenteux

BMO	Statut	OMA	Existence d'une divergence	Intention
A				
B				
C				
D				
E				
F		F		
G		G		
H		H		
		I		
		J		
		K		
		L		
		M		

Dans le cas d'une conciliation proactive, le nombre des divergences observées tend vers zéro.

La conciliation rétroactive des traitements médicamenteux

Statut	Existence d'une divergence
Poursuivi	Validation
Modifié et documenté	Validation
Modifié non documenté	Divergence
Ajouté et documenté	Validation
Ajouté non documenté	Divergence
Arrêté et documenté	Validation
Arrêté non documenté	Divergence
Substitué et documenté	Validation
Substitué non documenté	Divergence
Suspendu	Validation

Divergence entre BMO et OMA

Correspond à un écart non documenté, intentionnel ou non intentionnel

Concerne
- le principe actif s'il n'est pas identique sauf si équivalence COMEDIMS
- le dosage ou la posologie sauf si correspondance COMEDIMS
- le moment d'administration
- la forme galénique ou la voie d'administration

L'absence d'écart entre le BMO et l'OMA ou un écart documenté permettent de considérer comme valide la ligne de prescription.

A l'opposé, ll divergence entre BMO et OMA est définie comme un écart non documenté qu'il soit intentionnel ou non.

En termes de décision médicale :

- la suspension et la poursuite d'un traitement sans modification sont considérées d'emblée comme correctes
- par contre, la modification, l'ajout, la substitution et l'arrêt d'un traitement non documentés sont considérés comme des divergences.

La conciliation rétroactive des traitements médicamenteux

Centre Hospitalier Lunéville

Statut du médicament	Existence d'une divergence	Intention
Poursuivi	Validation	-
Modifié et documenté	Validation	-
Modifié non documenté	Divergence	I
		NI
Ajouté et documenté	Validation	-
Ajouté non documenté	Divergence	I
		NI
Arrêté et documenté	Validation	-
Arrêté non documenté	Divergence	I
		NI
Substitué et documenté	Validation	-
Substitué non documenté	Divergence	I
		NI
Suspendu	Validation	-

Décision médicale exprimée de façon orale, manuscrite ou électronique

Divergence Intentionnelle Non Documentée
Documentation à rédiger dans DMP

Divergence Non Intentionnelle
Correction de la prescription dans DMP

Les divergences identifiées entre le BMO et l'OMA peuvent être de 2 ordres :

- **intentionnelles** : le prescripteur a pris la décision d'ajouter, de modifier ou d'interrompre un médicament et cette décision n'est pas renseignée dans le DMP. La décision médicale doit être notifiée ou "documentée". Ce type de divergence est un défaut d'information susceptible de générer une erreur médicamenteuse car il existe une latitude d'interprétation de la décision. Le fait de renseigner rend la décision médicale explicite.

- **non intentionnelles** : le prescripteur involontairement, par méconnaissance du traitement, soit ajoute un médicament soit modifie ou arrête un médicament que le patient prend en routine. Ces divergences correspondent à une erreur médicamenteuse, susceptible de générer un événement indésirable médicamenteux.

D'évidence, le niveau de risque est plus important avec les divergences non intentionnelles qu'avec celles qui sont intentionnelles.

La qualification de la divergence en termes d'intention est à charge du seul prescripteur. Cela explique pourquoi les prescriptions à l'entrée du patient doivent être reprises si la conciliation est rétroactive.

… la fiche de conciliation des traitements

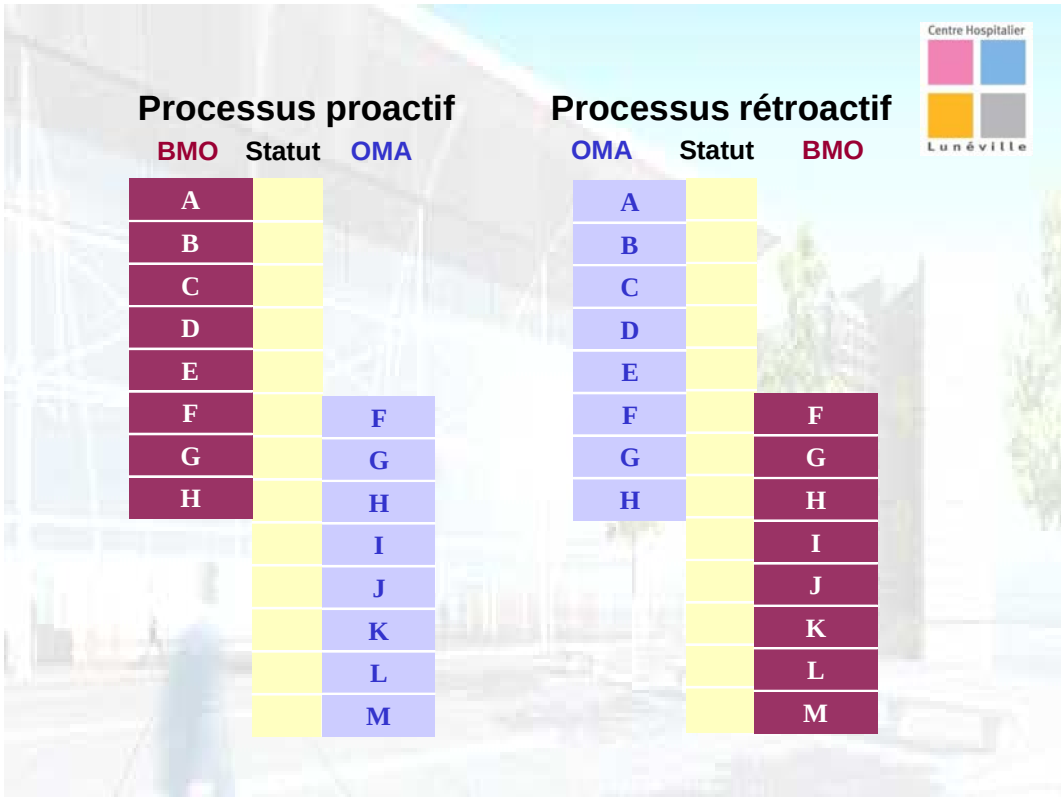
Exemple d'une conciliation

Centre Hospitalier Lunéville

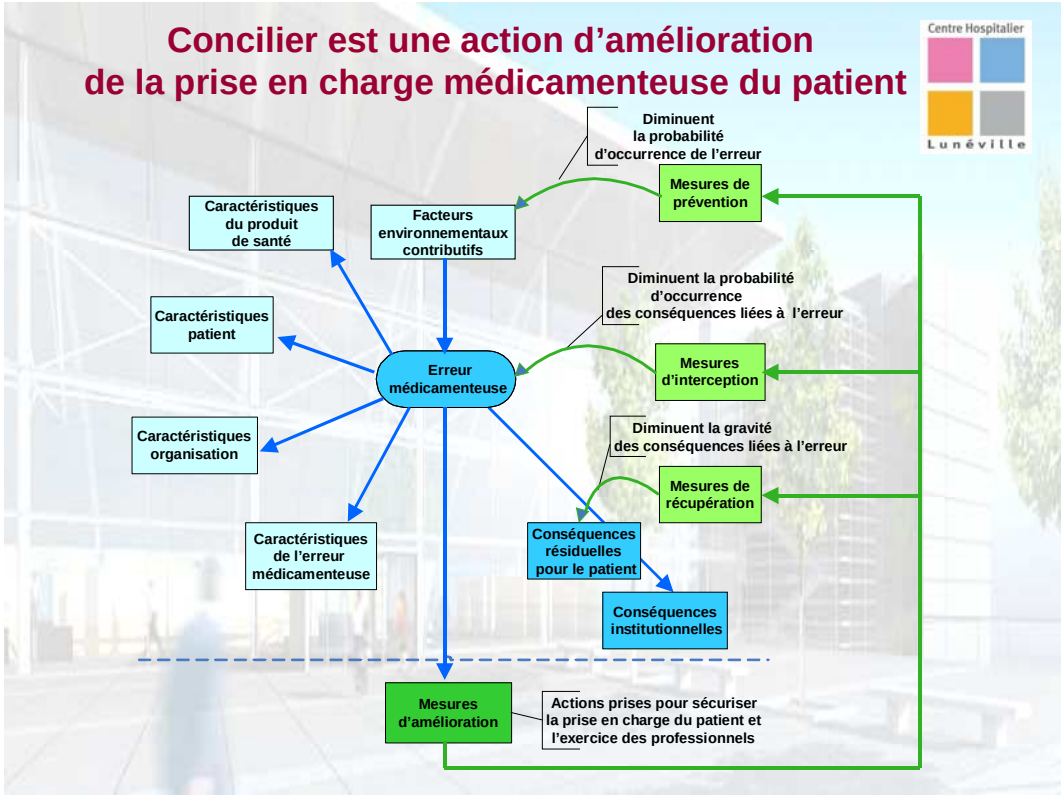
BMO	Statut	OMA	Divergence	Intention
Météospasmyl caps	Suspendu		Validation	-
Kardégic 75 sachet	Arrêt documenté		Validation	-
Nifluril pde	Arrêt non documenté		Divergence	I
Voltarène 25 mg cpr	Arrêt non documenté		Divergence	NI
Vit A pde oph	Suspendu		Validation	-
Cardensiel 5 mg cpr	Poursuivi	Cardensiel 5 mg cpr	Validation	-
Lasilix 40 mg cpr	Modifié documenté	Lasilix 20 mg cpr	Validation	-
Efferalgan 500 mg gél	Modifié non documenté	Efferalgan 1 g cpr	Divergence	NI
	Ajouté documenté	Allopurinol 300 mg cpr	Validation	-
	Ajouté non documenté	Pévaryl crème	Divergence	I
	Ajouté non documenté	Noctamide 1 mg cpr	Divergence	NI
	Ajouté documenté	Lovenox 4000 UI inj	Validation	-
	Ajouté non documenté	Diffu K 600 mg gél	Divergence	I

Un exemple fictif pour imager le processus.

L'ensemble de ces informations est enregistré sur la fiche de conciliation des traitements médicamenteux.



En terme d'organisation, la durée de conciliation n'est pas la même si le processus est proactif ou rétroactif : en rétroactif la durée est de fait plus importante.



Une erreur médicamenteuse pour qu'elle survienne nécessite des facteurs contributifs. Pour rappel, une erreur médicamenteuse est un écart par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient. L'erreur médicamenteuse est l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte relatif à un médicament qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient.

Les situations, les dysfonctionnements et les facteurs déclenchants qui contribuent à la survenue de l'erreur médicamenteuse sont de plusieurs types :

- Par facteurs environnementaux contributifs, on entend l'ensemble des éléments constituants l'environnement dans lequel s'est produit l'erreur médicamenteuse. Ainsi que les moyens de communication, les moyens technologiques, les équipements hôteliers, informatiques, etc… utilisés par les professionnels de santé.
- Par caractéristiques du produit de santé, on entend les caractéristiques intrinsèques du médicament, tels le conditionnement, l'étiquetage, les éléments d'information mais aussi le support rédactionnel, et le dispositif médical associé pour sa préparation, son administration ou son implantation ainsi que les modalités de préparation du médicament à administrer.
- Par caractéristiques du patient, on entend le patient, sa pathologie, ses caractéristiques, son niveau d'éducation thérapeutique et son observance du traitement.
- Par caractéristiques de l'organisation, on entend la mise en œuvre stratégique des orientations de l'établissement pour atteindre des objectifs déterminés, ce qui englobe la gestion de projet et la définition des politiques intégrant la culture de sécurité ; les ressources humaines de l'établissement de santé ; les modalités d'organisation des activités et des tâches des professionnels de santé, et leurs protocoles., les modes opératoires et les procédures.

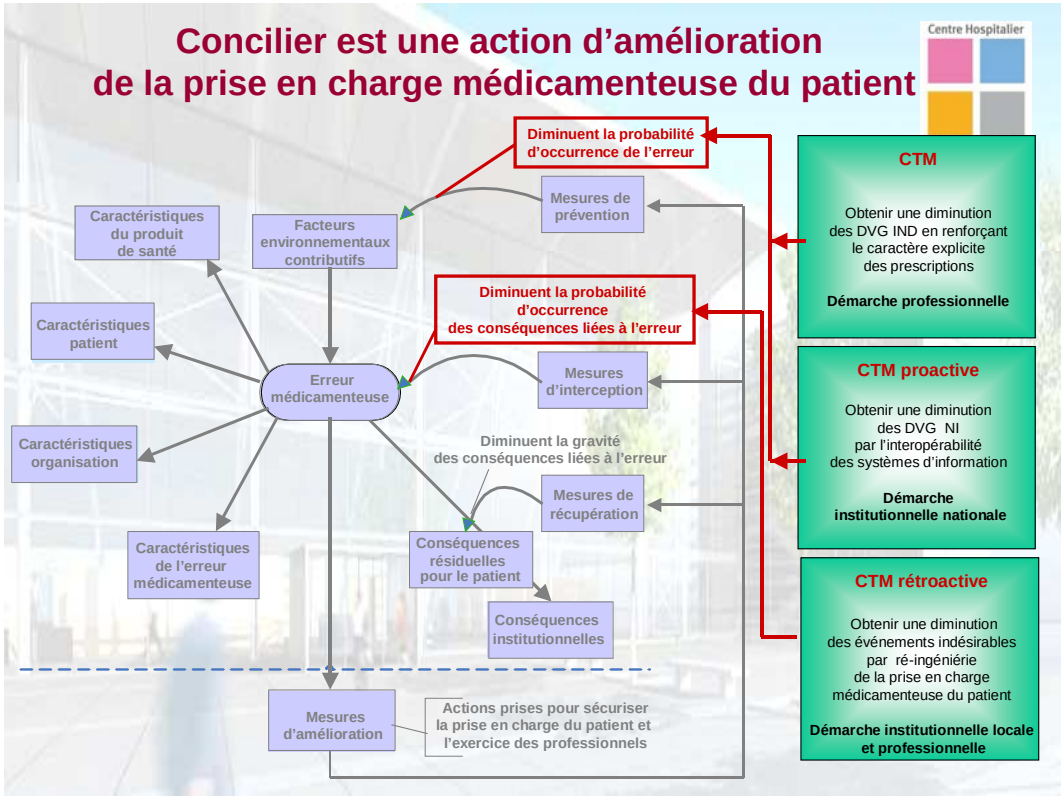
La recherche des mesures d'amélioration consiste à les déduire des causes identifiées, des facteurs contributifs mais aussi des actions de rattrapage prévues ou mises en œuvre, qu'elles aient réussi à atteindre leur objectif ou échoué. Pour une cause donnée, une ou plusieurs mesures d'amélioration sont possibles. On distingue :

- Les mesures de prévention : elles diminuent la probabilité d'occurrence des erreurs médicamenteuses par une organisation des activités prenant en compte le risque d'erreur et par la formation des professionnels de santé.
- Les mesures d'interception : elles diminuent la probabilité d'occurrence des conséquences d'une erreur médicamenteuse par des opérations successives de

contrôle/vérification ou de coordination qui permettent d'empêcher aux erreurs d'arriver jusqu'au patient.

- Les mesures de récupération : elles diminuent la gravité des conséquences chez le patient par une organisation complémentaire des activités prenant en compte l'expression potentielle du dommage et les différentes possibilités de rattrapage.

L'ensemble de ces mesures d'amélioration protège autant le patient que le professionnel de santé des erreurs médicamenteuses et de leurs conséquences.



La conciliation des traitements médicamenteux (CTM) est une action d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse du patient.

Elle permet d'obtenir une diminution des divergences intentionnelles non documentées (DVG IND) en renforçant le caractère explicite des prescriptions. En fait, il s'agit d'une mesure de prévention car elle diminue la probabilité d'occurrence de l'erreur médicamenteuse. Elle relève d'une démarche professionnelle.

L'interopérabilité des systèmes d'information facilite la réalisation des conciliations proactives. Ce type de conciliation permet d'obtenir une diminution des divergences non

intentionnelles (DVG NI). Il s'agit également d'une mesure de prévention qui diminue la probabilité d'occurrence de l'erreur médicamenteuse. Elle relève cette fois d'une démarche institutionnelle nationale.

La réingénierie de la prise en charge médicamenteuse du patient au sein de l'établissement doit aboutir à la mise en œuvre systématique de conciliation rétroactive en attenant de pouvoir mettre en œuvre la conciliation proactive. La conciliation rétroactive permet la diminution de la survenue d'événements indésirables. Il s'agit d'une mesure d'interception qui diminue la probabilité d'occurrence des conséquences que peut entraîner une erreur médicamenteuse. Il s'agit d'une démarche institutionnelle à la fois locale et professionnelle.

En conclusion, la conciliation des traitements médicamenteux est un processus peu implanté en France. Les professionnels de santé qui s'y intéressent découvrent une méthode qui répond à une problématique ubiquitaire 'Comment intégrer au mieux les différents traitements médicamenteux d'un patient prescrits par les différents médecins qu'il consulte ?'
Il est souhaité que réaliser un outil pédagogique sur la conciliation peut être une des réponses à la question.

Partie I – Chapitre 2

La gestion de projet
pour intégrer la conciliation dans les organisations

Partie I

Chapitre 2

Gestion de projet

Démarche générale de gestion de projet…

CADRAGE

Initialisation

- Rédaction dossier d'opportunité
- Décision officielle de lancement
- Nomination du chef de projet
- Formalisation de sa lettre de mission

Lancement

- Analyse et confirmation objectifs
- Constitution équipe projet
- Définition démarche
- Elaboration planning
- Evaluation charges
- Organisation dispositif pilotage
- Rédaction note cadrage
- Lancement équipe projet
- Compte rendu de la réunion de lancement

CONDUITE

- Organisation de séances de travail
- Suivi de l'état d'avancement des travaux et du planning de réalisation
- Reporting vers les instances de pilotage
- Animation du dispositif de communication

CONCLUSION

- Réalisation d'un bilan du projet
- Validation du bilan
- Dissolution de l'équipe projet et organisation de la réunion de clôture

Une démarche de gestion de projet structurée se compose de 3 étapes : cadrage, conduite et conclusion du projet.

La première étape donne lieu à la rédaction de différents documents permettant de formaliser la démarche pour :

- faciliter la prise de décision du Directeur
- définir le projet dans ses grandes lignes et servir de référence à l'ensemble des acteurs
- identifier chaque intervenant du projet, définir son rôle
- s'assurer que toutes les fonctions du projet sont repérées et avoir une vision globale du dispositif humain du projet
- faciliter l'ordonnancement du projet.

La deuxième étape, encore en cours dans l'établissement, donne lieu à une réunion hebdomadaire du groupe projet restreint avec les étudiants en pharmacie : chef de projet, facilitateur, représentant des médecins, représentant des pharmaciens, représentant des infirmier(ère)s, représentant des préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH) et étudiants en pharmacie (5AHU). Le groupe projet au complet se réunit une fois par mois.

L'ordre du jour se compose généralement de 2 parties :

- une commune à toutes les réunions : point d'étape sur les indicateurs MR, les durées de BMO, le repérage des événements sentinelles et discussion autour des difficultés rencontrées
- une ciblée en fonction de l'état d'avancement du projet : modélisation des processus de prise en charge (du service des urgences, à l'hospitalisation, jusqu'à la sortie du patient), réflexion autour des mesures d'amélioration pour mise en œuvre.

… appliquée au projet de conciliation

La gestion de projet pour une cible
dans l'établissement de santé

La sécurité thérapeutique de la prise en charge médicamenteuse du patient par la conciliation lors de son hospitalisation

L'institutionnalisation de la démarche dans l'établissement

L'affectation de ressources humaines dédiées au projet

La constitution d'un groupe projet

L'analyse du processus actuel et analyse de risques. L'identification des actions d'amélioration du nouveau processus de conciliation

La conduite du changement dans l'établissement de santé en 2 phases ; la phase test dans un service de soin et la phase de généralisation

La structuration du système d'information

Le plan de formation

Le plan de communication

L'institutionnalisation de la démarche

Des réunions pour informer et pour décider…

Echanges institutionnels pour le démarrage du projet

- **Présentation institutionnelle du projet aux Directeur, Président de CME, Chefs des pôles d'activités médicales, Responsable de la gestion des risques, de l'évaluation et de la qualité**

- **Présentation technique du projet aux professionnels de l'établissement impliqué dans le projet, médecins, pharmaciens, préparateurs, infirmières, informaticiens, qualiticiens, internes, étudiants**

- **Approbation du projet par la CME et la commission qualité de l'établissement**

- **Détermination du groupe projet et du service test de l'établissement**

La première étape dans la gestion de projet est d'obtenir un accord du Directoire sur le principe. Ses premières interrogations sont l'intérêt de la démarche, les moyens nécessaires ainsi que le retour sur investissement. Puis viennent la faisabilité et la durée du projet.

La gestion de projet est déclinée en plusieurs étapes ci-dessus présentées

Les facteurs favorisants
la mise en œuvre du processus de conciliation

Centre Hospitalier Lunéville

La politique de sécurité thérapeutique
et l'implication de la direction

Le problème ubiquitaire
de la conciliation des traitements médicamenteux

Les attentes du patient en terme d'informations
sur sa prise en charge thérapeutique médicamenteuse

La vision globale de conciliation des traitements médicamenteux
incluant l'ensemble des points de transition

La maturité du système d'information de l'établissement

La démarche de pharmacie clinique intégrée et acceptée
par la communauté médicale

La taille de l'établissement de santé, de son bassin de population
et du nombre de ses correspondants de ville, pharmaciens et médecins

La culture de la qualité dans l'établissement

L'affectation de ressources au projet

Centre Hospitalier Lunéville

pour démarrer mais aussi pour pérenniser…

Pour mettre en œuvre le processus

- **l'équipe projet : pour assurer le pilotage du changement de processus**

- **l'équipe médicale : les médecins et internes du service test pour réaliser la conciliation médicale des traitements**

- **l'équipe pharmaceutique : les pharmaciens, les étudiants de 5AHU et les préparateurs en pharmacie pour réaliser et valider les bilans, rédiger les fiches de conciliation et renseigner le système d'information, établir un lien avec l'acte de dispensation**

- **l'élaboration d'un dossier de subvention au près des institutions ARS, CPAM, Assureurs telle la SHAM**

Il faut distinguer d'emblée les moyens nécessaires à l'expérimentation du processus de conciliation et ceux nécessaires à l'intégration de la conciliation active dans les pratiques de l'établissement de santé.

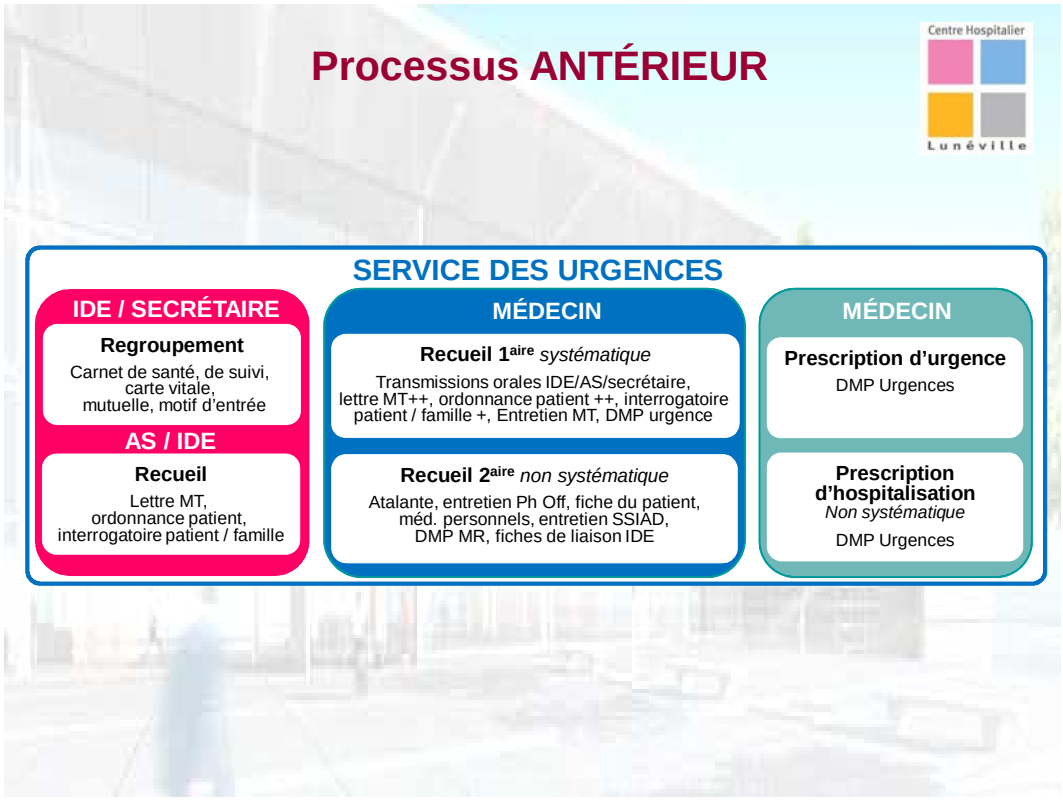
S'il est aisé de s'appuyer sur les étudiants en pharmacie dans un premier temps, cette solution s'avère difficilement efficiente et pérenne au CHL. La nécessité de professionnaliser la démarche apparaît grâce à l'analyse de processus.

Une réflexion est amorcée sur la création d'une équipe opérationnelle en charge de la mise en œuvre et de l'évaluation de la politique de sécurité relative à la prise en charge médicamenteuse des patients.

Pour mener à bien le projet de conciliation des traitements médicamenteux, un soutien institutionnel fort est nécessaire et une équipe projet doit être constituée avec des professionnels du service pilote, du service de la pharmacie et du service des urgences. Les membres de l'équipe projet sont médecins, pharmaciens, préparateurs en pharmacie et infirmières. D'autres professionnels peuvent être mobilisés pour contribuer au projet : étudiants en pharmacie pour remplir la fiche de conciliation des traitements, médecins pour la

conciliation médicale, infirmier(ère)s pour le repérage des événements sentinelles et qualiticiens pour le contrôle des données.

L'objectif final de ce processus est l'intégration de la pratique de conciliation dans les pratiques médicales et soignantes. Aussi, le processus existant doit être analysé afin de définir les acteurs, les supports d'information et les flux d'information liés à la prise en charge médicamenteuse. Les changements à opérer sont ainsi repérés.



Lors de l'arrivée d'un patient dans le service des urgences, les premières informations relatives au traitement du patient sont recueillies par l'infirmier(ère) diplômé(e) d'état (IDE) ou la secrétaire d'accueil qui regroupe un certain nombre de documents : carnet de santé, carnet de suivi, carte vitale, motif d'entrée... Ces éléments sont ensuite complétés par l'aide-soignant(e) (AS) ou l'IDE qui obtient généralement du patient lors d'un interrogatoire de nouvelles informations et recueille également la lettre du médecin traitant (MT) et sa dernière ordonnance médicale.

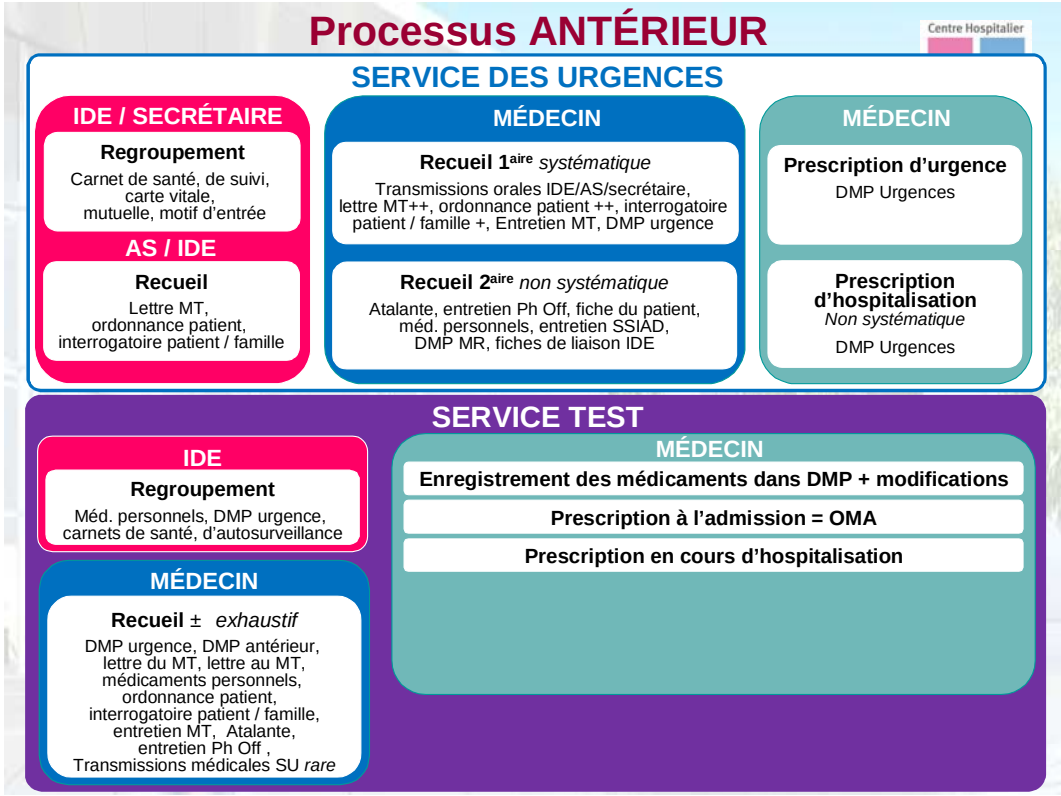
Tous ces éléments sont transmis au médecin responsable de la prise en charge en urgence qui va synthétiser ces informations, en les complétant d'un interrogatoire avec le patient ou sa famille, d'un entretien avec le médecin traitant, de la consultation du dossier médical patient (DMP) antérieur des urgences.

D'autres sources d'information sont parfois disponibles et consultées lors de l'arrivée du patient : médicaments apportés par le patient ou sa famille, consultation d'une fiche de liaison IDE ou d'un dossier de maison de retraite (MR).

Lorsque le patient doit être hospitalisé et que les informations sont insuffisantes, une recherche plus poussée est réalisée : consultation des anciens courriers de sortie de l'établissement (Atalante), appel au pharmacien d'officine, entretien avec les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)...

Ces informations permettent au médecin urgentiste de compléter une section du dossier médical intitulée : « Antécédents / traitement personnel ». Il décide alors de prescrire les médicaments à administrer aux urgences.

Lors de l'admission du patient, il peut rédiger une prescription d'hospitalisation. Elle n'est pas systématique : elle ne se fait que les soirs et les week-ends, pour une durée maximale de 24h. Elle permet à l'IDE du service d'accueil de poursuivre la prise en charge médicamenteuse du patient en attendant que le patient soit revu par un médecin du service. Ce recueil est plus ou moins exhaustif car non standardisé.



A son arrivée dans le service de soins, le patient est reçu par un(e) IDE qui regroupe un certain nombre d'informations transmises ensuite au médecin : médicaments personnels, DMP des urgences imprimé, carnet de santé, carnet d'auto-surveillance pour les patients diabétiques...

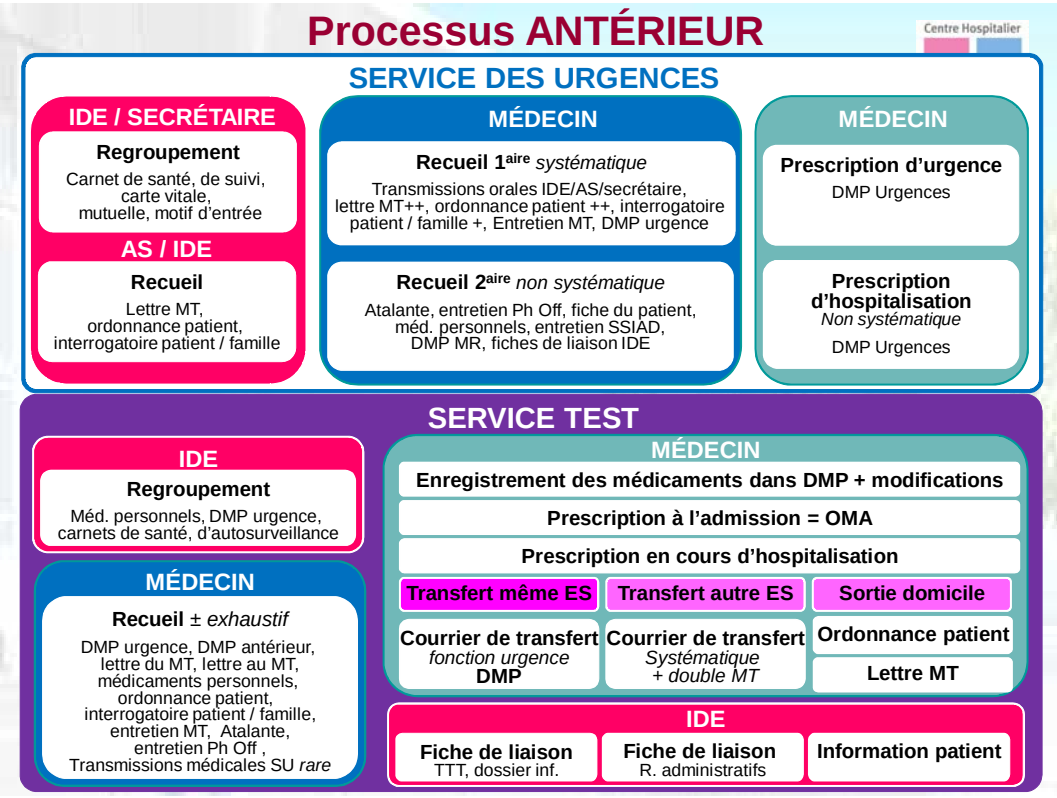
La prise en compte des informations collectées dans le service des urgences dépend de la confiance accordée à ces informations. Le médecin du service de soins peut recommencer un nouveau recueil d'informations relatives au traitement personnel du patient en fonction des

éléments à sa disposition. Cela peut constituer une perte de temps en raison de la redondance des recherches.

Le résultat de ses recherches est enregistré dans la partie antécédents / traitement personnel du DMP. Si des modifications doivent être apportées au traitement pour l'hospitalisation, elles sont mentionnées dans le dossier médical.

L'ordonnance des médicaments à l'admission (OMA) dans le service de soins est ensuite saisie dans le logiciel de prescription de l'établissement. Cette ordonnance est considérée comme étant l'OMA. Elle est généralement la résultante du traitement personnel du patient et des modifications nécessaires à sa prise en charge.

Cette première ordonnance est ensuite modifiée en tant que de besoin lors de l'hospitalisation.



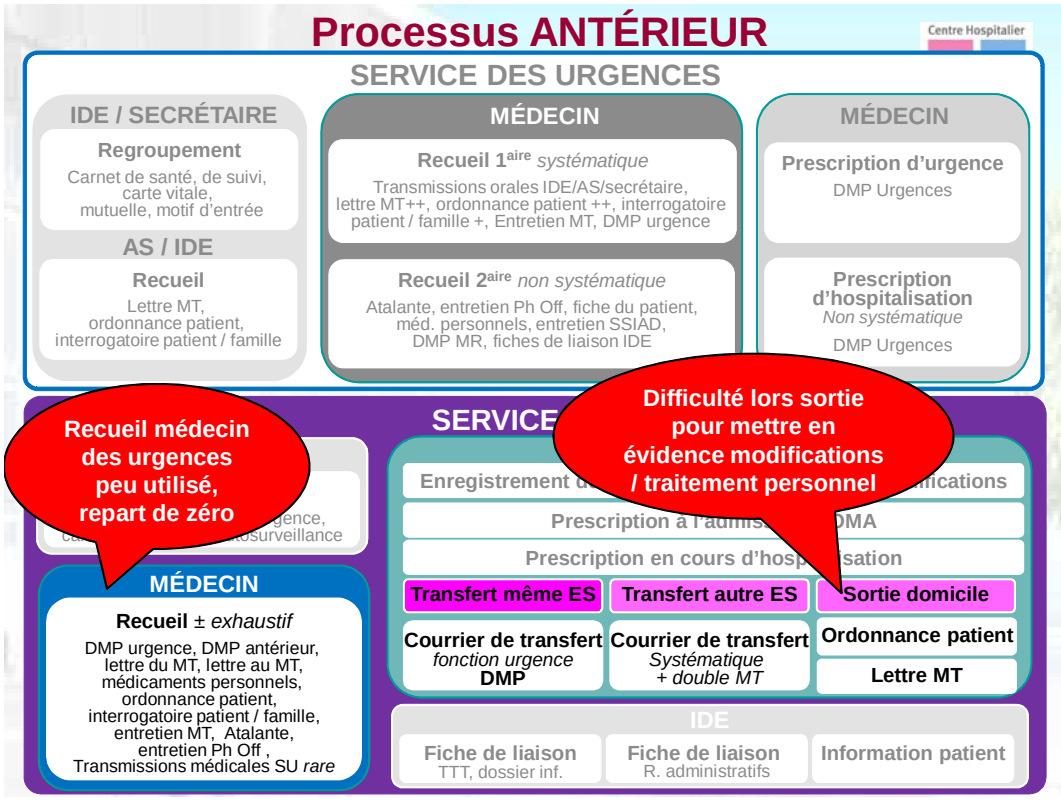
La sortie du patient du service de soins est ensuite étudiée afin de mettre en place dans un deuxième temps la conciliation lors du transfert du patient ou de sa sortie.

Pour les 3 processus identifiés, les supports et les flux d'information varient et sont décrits ci-dessous.

- Transfert vers un service du même établissement : rédaction d'un courrier de transfert, parfois *a posteriori*. La majorité des informations médicales sont communiquées par téléphone. Le traitement médicamenteux est adressé par l'IDE en complément de la fiche de liaison infirmière. Les dossiers médicaux et infirmiers suivent généralement le patient. Si le service receveur est informatisé, le médecin de ce service peut importer la dernière ordonnance du service adresseur.

- Transfert vers un autre établissement : rédaction d'un courrier de transfert médical systématique avec double au médecin traitant (MT). Celui-ci précise le traitement de sortie du patient. L'IDE ne rédige qu'une fiche de liaison avec des renseignements essentiellement administratifs. Si une convention existe entre l'établissement receveur et l'établissement de santé, un traitement de 48h accompagne le patient. La continuité du traitement est assurée. Le risque d'une prise en charge tardive est réduit : le contact médical est établi et la substitution par des médicaments équivalents est réalisée.

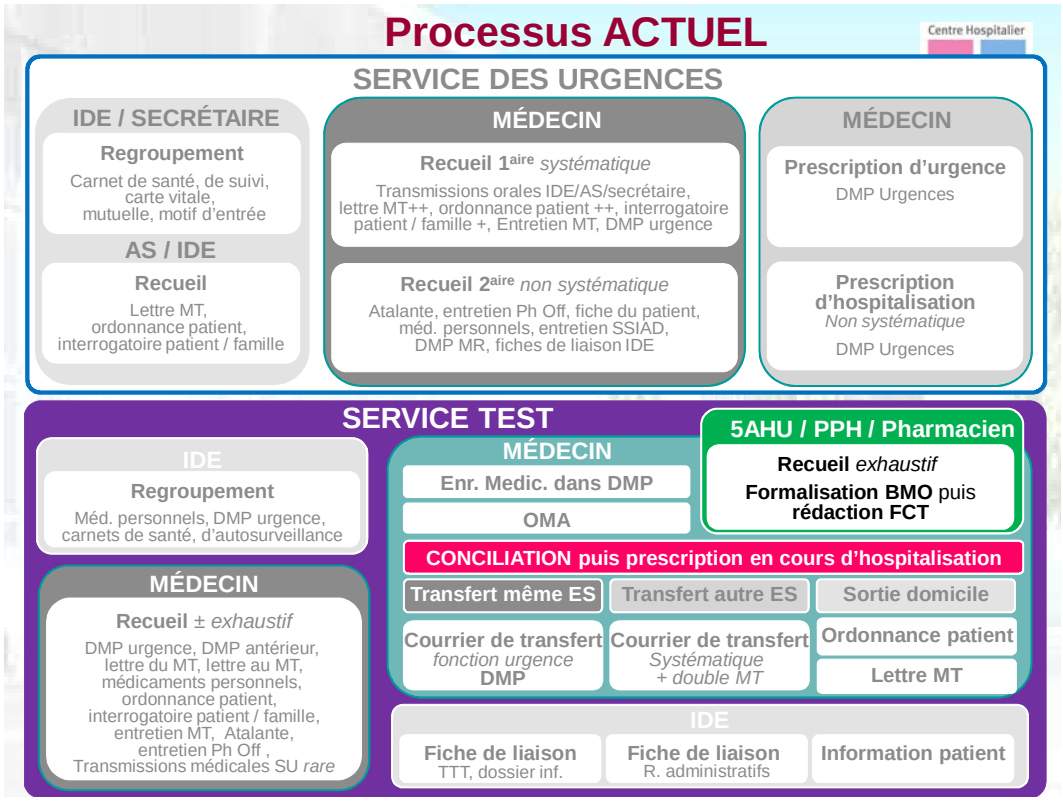
- Sortie à domicile du patient : ordonnance de sortie remise au patient. Par manque de temps, le médecin explique succinctement au patient les modifications de traitement lors de sa dernière visite dans le service. C'est généralement l'IDE qui remet l'ordonnance de sortie au patient et qui lui transmet des informations complémentaires sur son traitement. Une lettre de sortie pour le MT est rédigée mais adressée *a posteriori*. Ce courrier mentionne le traitement de sortie du patient et les modifications apportées en cours d'hospitalisation. Des recommandations pour la poursuite du traitement peuvent être ajoutées.



L'analyse de ce processus a mis en évidence 2 dysfonctionnements organisationnels majeurs :

- le travail de recherche du traitement ambulatoire réalisé par le médecin urgentiste est rarement utilisé dans le service d'hospitalisation. Le médecin repart généralement de zéro pour son recueil d'information et sa synthèse. Cela s'explique par un manque d'information sur la fiabilité des données présentes dans le DMP des urgences. Le médecin du service ne sait pas d'où viennent les informations et de quand elles datent sur le DMP des urgences, leur apportant en conséquence peu de crédit.
- lors de la sortie du patient, il est difficile pour le médecin de mettre en évidence les modifications apportées en cours d'hospitalisation qui sont à poursuivre par rapport au traitement du patient à l'entrée. Discordances entre ordonnance de sortie et lettre au médecin traitant, informations données au patient contradictoires avec documents de sortie, médicaments suspendus en cours d'hospitalisation non repris à la sortie, arrêts volontaires non documentés sur courrier ou ordonnance de sortie sont autant de conséquences délétères pour le patient.

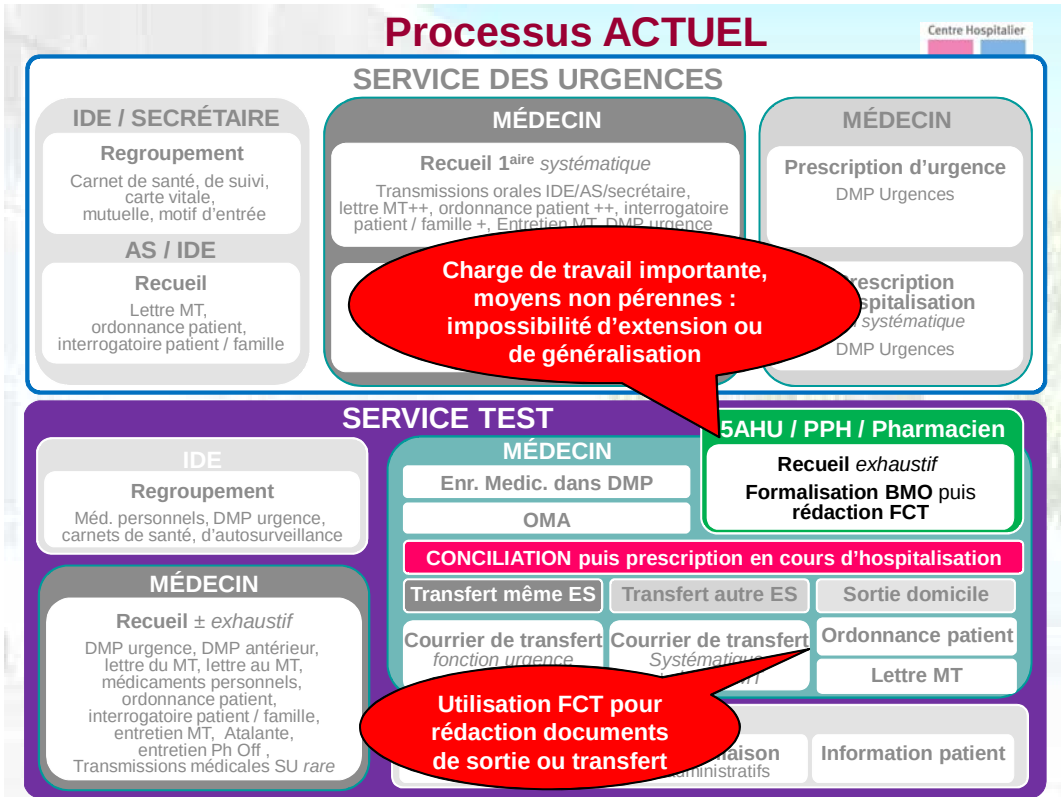
La communauté médicale est consciente du problème mais dépourvue face à l'ampleur de l'organisation à modifier.



Le schéma montre que la conciliation des traitements médicamenteux mise en place pour satisfaire au projet des *High 5's* de l'OMS s'apparente à l'ajout d'une couche organisationnelle à celle existante.

Cette nouvelle charge de travail est majoritairement supportée par l'équipe pharmaceutique pour l'étape de recueil, de formalisation du bilan médicamenteux optimisé (BMO) et de rédaction de la fiche de conciliation des traitements (FCT). Le médecin du service a intégré à sa pratique la conciliation active des traitements.

La formalisation de la démarche et des supports doit construire un climat de confiance nécessaire à toute activité pluriprofessionnelle.



L'inconvénient majeur de l'organisation de type "mille feuilles" est la difficulté de pérenniser cette organisation. Celle-ci repose de façon conséquente sur les étudiants qui ne peuvent être là constamment (cours, congés, durée de stage non annualisée, examens…).

Par contre, les praticiens ont vu évoluer leur pratique. Ils trouvent un bénéfice à utiliser la fiche de conciliation des traitements (FCT) à la sortie : ils ont un document clair et exhaustif à leur disposition pour reprendre les traitements à la sortie. L'informatisation de la prescription médicale dans l'établissement de santé est un atout supplémentaire car l'historique médicamenteux est disponible en même temps que la FCT.

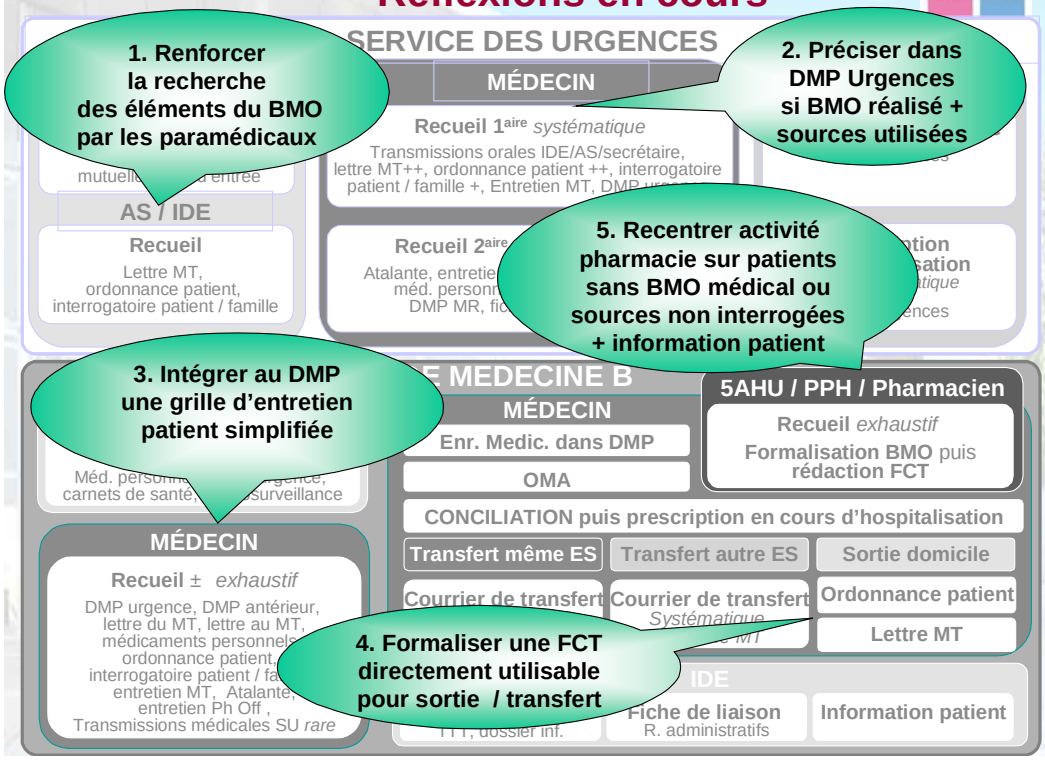
Mesures d'amélioration

Centre Hospitalier Lunéville

Réorganiser le processus de prise en charge à l'admission pour une intégration dans les pratiques au sein de l'ES

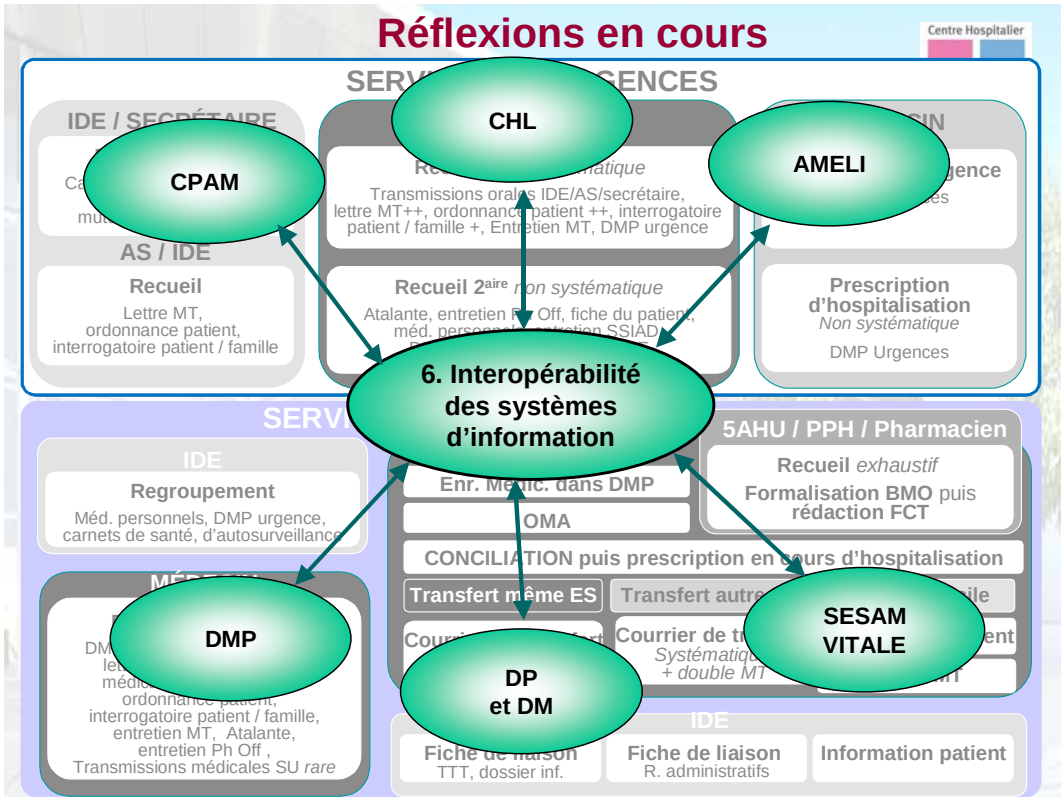
- **Renforcer la recherche du BMO par les paramédicaux**
- **Enrichir le DMP des urgences d'informations nouvelles**
  sources utilisées et degré de fiabilité => niveau de confiance
- **Intégrer au DMP une grille d'entretien patient simplifiée**
- **Cibler implication pharmaceutique sur patients restant non conciliés**
- **Adapter SIH de l'établissement pour prise en compte problématique**
- **Formaliser une FCT directement utilisable pour transfert et sortie**

Réflexions en cours



Six mesures d'amélioration ont été identifiées :

- le renforcement de la recherche des éléments du BMO par les paramédicaux au service des urgences pour soulager le médecin urgentiste
- l'indication dans le dossier des urgences du degré d'exactitude du traitement indiqué : indication des sources utilisées avec datation et signature de la personne qui note l'information
- l'évolution de l'interrogatoire médical avec intégration de questions clés par le médecin du service (exemple : demande au patient s'il utilise des collyres). Un guide d'entretien du patient peut être réalisé à cette occasion
- la formalisation d'une FCT à la sortie du patient. Elle est directement utilisable pour faciliter la rédaction de la lettre et de l'ordonnance de sortie. Ainsi, en tirant bénéfice de l'investissement initial, sa valeur ajoutée est confortée par l'efficience engendrée. De surcroît, elle est destinée au patient, au médecin traitant et au pharmacien traitant
- le recentrage des ressources pharmaceutiques sur les patients n'ayant pu bénéficier d'une conciliation lors de leur entrée.



- La sixième mesure d'amélioration concerne l'interopérabilité des systèmes d'information. La consultation des différentes sources de données disponibles permettra aux professionnels de santé de croiser les informations afin d'optimiser la réalisation du BMO.

La mise en place de ces 6 mesures sera évaluée dans le cadre de la conduite de projet de l'établissement. Prenant en compte l'extension du processus *de conciliation* au transfert et à la sortie, l'étape suivante sera la généralisation à d'autres services de soins si les moyens le permettent.

Le plan de communication est à destination de plusieurs groupes et structures professionnels. Les supports sont habituels. Ce plan doit être complété par des publications à différents niveaux ainsi qu'une médiatisation positive de la démarche.

- Fin de la **Partie I** -

Partie II

L'expérience *Med'Rec* au centre hospitalier de Lunéville

Thomas BAUM

Partie II – Chapitre 1

La démarche internationale du projet *Med'Rec* et la participation de la France

Partie II

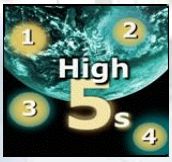
Chapitre 1

La démarche internationale du projet *Med'Rec* et la participation de la France

La mission des *High 5s*

Maîtriser de manière significative pérenne et mesurable
5 grands problèmes de sécurité pour le patient

- ✓ **Mettre en oeuvre 5 protocoles standardisés et les évaluer durant 5 ans**
- ✓ **Dans le cadre d'un réseau d'apprentissage mondial**



D'après présentation HAS et EVALOR – 10/12/2009

La mission des *High 5s* :

Initiés par l'OMS en 2006, les *High 5s* ont pour mission de faciliter la mise en œuvre et l'évaluation de protocoles standardisés. L'initiative des *High 5s* s'appuie sur la mise en œuvre, au sein d'établissements de santé des différents pays participants, de 5 protocoles standardisés développés par les meilleures équipes internationales. Ces équipes sont coordonnées par l'OMS. Ces 5 protocoles sont dénommés en anglais *Standard Operating Protocols* abrégés *SOP*.

Afin de maîtriser de manière significative, pérenne et mesurable 5 grands problèmes de sécurité pour le patient hospitalisé, cette mission s'inscrit dans le cadre d'un réseau d'apprentissage mondial.

Les objectifs des *High 5s* :

- tester la **faisabilité** de l'implantation de processus standardisés

- démontrer l'**efficacité** de cette standardisation.

La France s'engage dans ce projet, coordonné par la Haute Autorité de Santé avec l'appui du Ministère de la Santé, à évaluer la mise en œuvre et l'impact de deux de ces protocoles correspondants à des priorités nationales :

- **la sécurité de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse aux points de transition du patient hospitalisé.** C'est le protocole qui nous intéresse, il est communément appelé *SOP Med'Rec* pour *Medication Reconciliation*

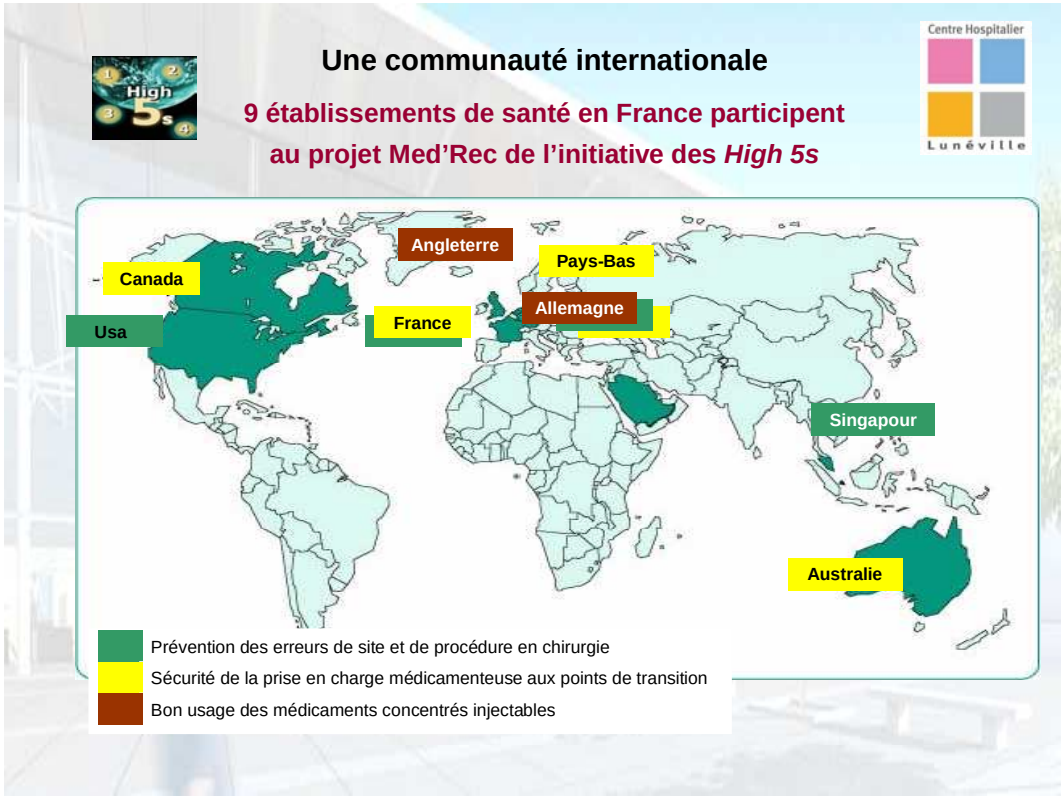
- la prévention des erreurs de site et de procédure en chirurgie dénommé *SOP CSS* pour *Correct Site Surgery*.

High 5s is an initiative that has come out of the solutions programme. [14]

- It is about seeing some solutions become standardised operating protocols (SOP). It is about achieving a measurable reduction in the occurrence of 5 patient safety problems over 5 years by several countries.

- It is about evaluating the impact of these protocols.

- It is to build an international platform for sharing knowledge and experience from implementing these standardised protocols.



Le Canada est le pays désigné par l'OMS pour être chef de file du ***SOP Med'Rec***. Ses équipes ont formalisé la démarche projet, le processus cible, ainsi que quelques outils qui soutiennent le *SOP Med'Rec*. Les autres pays investigateurs qui ont rejoint le Canada contribuent par leur expertise à l'enrichissement de la démarche pour en faciliter le développement, l'implantation dans les établissements de santé et l'évaluation.

Concernant le *SOP Correct Site Surgery*, les Etats Unis d'Amérique en sont le chef de file.

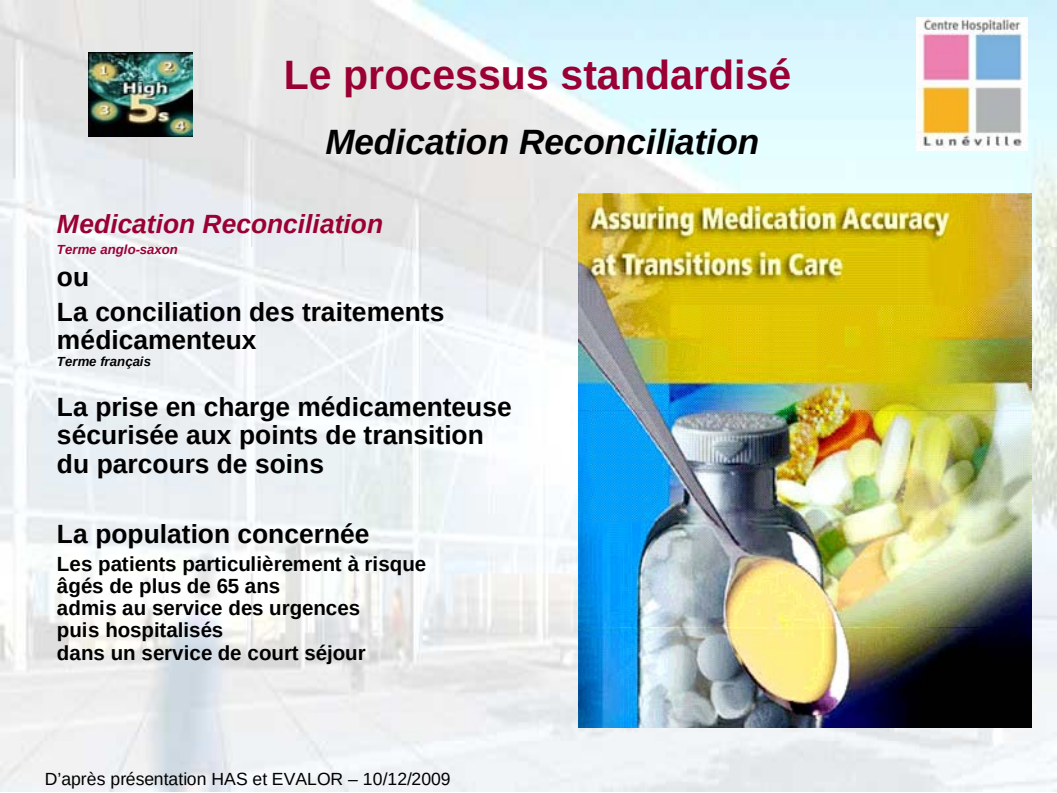
Concernant le *SOP Concentrated Injectables*, le Royaume Uni en est le chef de file.

Les deux derniers *SOP* ne bénéficient pas d'une mise en œuvre pour le moment.

Le CHL et le Centre de Lutte contre le Cancer de Lyon ont été pressentis dès juin 2009 pour participer à la réflexion conduite par la Haute Autorité de Santé sur l'initiative des *High 5s* dans les 2 processus retenus. Les 2 structures régionales d'évaluation - Evalor de Nancy et le Ceppral de Lyon - accompagnent respectivement les projets *Med'Rec* et *Body Site*.
Une aide financière d'un montant de 50 000 € est allouée à Evalor et au Ceppral par la HAS.

Les établissements investigateurs ne bénéficient par contre d'aucun accompagnement financier.

La date du 07 juillet 2009 est la date de lancement par la HAS avec les 2 établissements de santé Test, confiant à chacun un projet et une feuille de route.
Après appel à candidature lancé par la Haute Autorité de Santé fin 2009, 20 établissements de santé ont répondu favorablement au projet *Med'Rec*. Après contact avec la structure régionale d'évaluation Evalor, 8 établissements de santé ont souhaité rejoindre le CHL site Test.



Un protocole opérationnel standardisé (*SOP*) consiste en une série d'instructions pour mettre en œuvre, par plusieurs professionnels de santé, un processus de soins déterminé et cela de façon cohérente et mesurable. Dans le cadre du projet des *High 5s*, chaque *SOP* vise un problème spécifique lié à la sécurité du patient. Il consiste en une réponse appropriée au problème. Il s'appuie en particulier sur une démarche d'analyse et des mesures d'amélioration adéquates. Les *SOP* du projet des *High 5s* sont appliqués au sein d'un groupe d'établissements de santé sélectionnés dans chaque pays participant.

Le *SOP Med'Rec* s'intéresse à la prévention des erreurs médicamenteuses résultant d'informations incomplètes ou mal communiquées aux étapes de transition de la prise en charge médicamenteuse du patient hospitalisé.

Le processus *Med'Rec* vise à prévenir ces erreurs :

- par l'obtention, au moment de l'admission, d'une liste complète et précise des médicaments pris en routine par le patient à son domicile (bilan médicamenteux optimisé – BMO)
- par la prise en compte de la liste lors de la prescription de médicaments à l'admission, lors des transferts et à la sortie du patient
- par l'intégration - voire la comparaison - de la liste aux prescriptions établies lors de ces mêmes étapes
- par l'identification et la notification aux prescripteurs de toute divergence pouvant induire une modification des prescriptions.

Les patients âgés de 65 ans ou plus, hospitalisés en court séjour après passage dans le service des urgences, seront les premiers concernés par le processus. Des phases ultérieures incluront tous les patients à toutes les étapes de transition.

La qualité de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient hospitalisé ou résident est une priorité nationale en France.

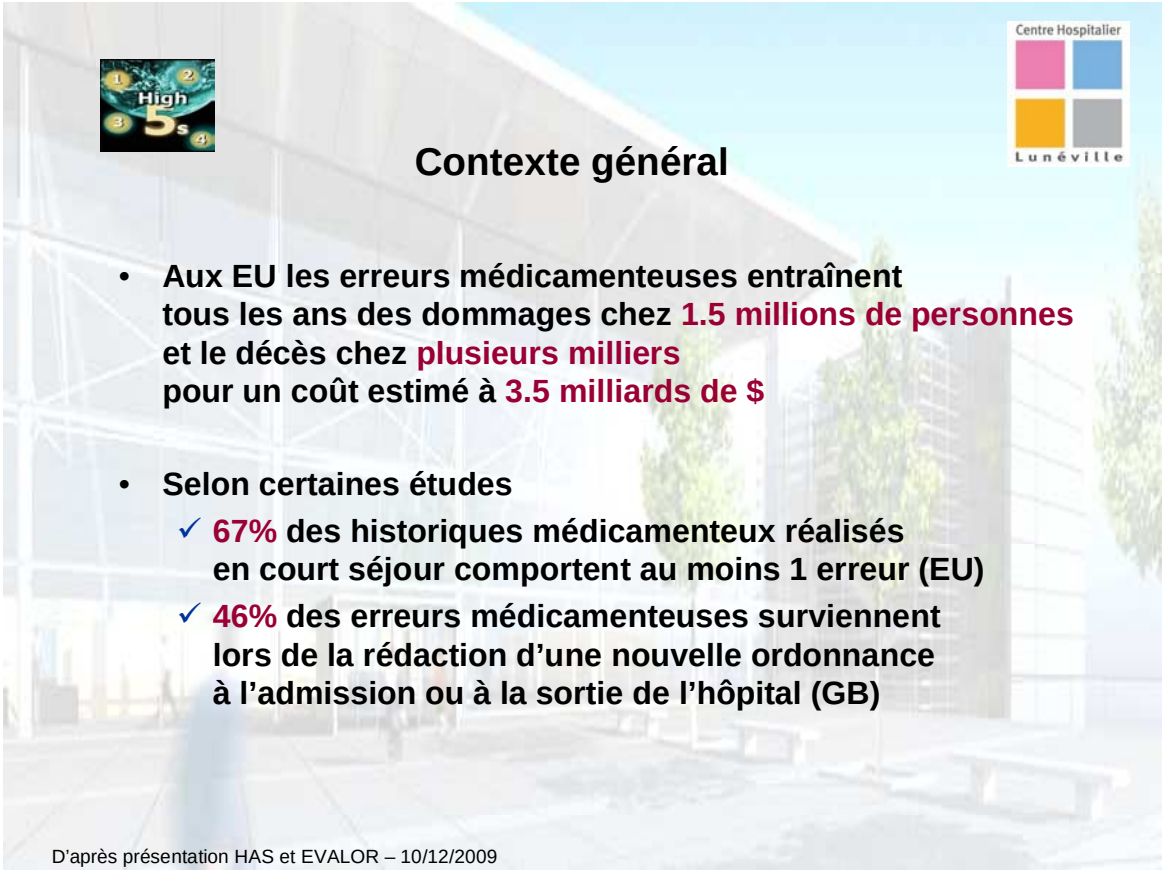
Manuel de certification 2010 de la HAS - Critère 20a [18]

La prise en charge médicamenteuse en établissement de santé doit assurer au bon patient, l'apport du bon médicament, à la bonne posologie, selon la bonne voie, dans les bonnes conditions et au meilleur coût. Elle s'appuie sur la maîtrise de la prescription, de la dispensation, de l'administration et sur la surveillance thérapeutique du patient. Sa continuité nécessite de prendre en compte le traitement personnel du patient à l'admission, de documenter l'exhaustivité du traitement médicamenteux lors des transferts et de la sortie et d'établir une coordination efficace avec les professionnels de ville.

La mise en place d'une démarche qualité concertée de ce processus systémique complexe, pluri-professionnel, présentant de nombreuses interfaces concourt à la prévention de la iatrogénie médicamenteuse évitable.

La **Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM) d'un patient** est un processus formalisé au cours duquel s'établit une forte collaboration entre les professionnels de santé et le patient. Le but est d'obtenir une information sûre et exhaustive sur ses traitements afin de garantir la continuité des soins au patient aux points de transition. La CTM impose de systématiser l'obtention d'un bilan médicamenteux optimisé (BMO) et de l'intégrer à l'ordonnance des médicaments rédigée à l'admission (OMA) du patient dans l'établissement. L'objectif est de détecter et clarifier les divergences observées afin de prévenir les erreurs et les événements indésirables médicamenteux.

La clef de la réussite de la CTM consiste avant tout à mettre en œuvre un processus efficace au moment de l'admission du patient dans l'établissement de soins. Une conciliation adéquate des traitements à ce moment-là constitue un préalable pour conduire les conciliations suivantes d'une façon tout aussi adéquate voire efficace lors des transferts et lors de la sortie du patient.



Les événements indésirables médicamenteux représentent actuellement l'une des principales causes de préjudice ou de décès dans les systèmes de santé. Aux États-Unis, il est estimé que 1.5 millions de patients subissent un préjudice d'origine médicamenteuse chaque année, plusieurs milliers en meurent, le tout pour un coût annuel d'au moins 3.5 milliards de dollars.

A l'origine de ces événements indésirables, on retrouve fréquemment les erreurs médicamenteuses. Celles-ci surviennent souvent aux étapes de prescription et d'administration. En milieu hospitalier, les problèmes de communication entre les services jouent un rôle important dans la survenue de ces erreurs.

Plus de 67 % des bilans médicamenteux des patients comportent une ou plusieurs erreurs (EU) et plus de 46% des erreurs médicamenteuses surviennent au moment de la rédaction d'une nouvelle ordonnance à l'entrée ou la sortie du patient de l'hôpital (GB). *"Les informations sur les traitements du patient ne sont pas toujours communiquées à tous les prestataires de soins en temps voulu… il se peut donc que le patient ne reçoive pas le traitement le plus approprié à son état et aux circonstances."*

Les diapositives suivantes présentent les résultats de différentes études dont ceux de la phase Test du CHL.

L'impact des divergences médicamenteuses

Divergence intentionnelle non documentée = manque d'information écrite
Divergence non intentionnelle = erreur médicamenteuse

Cornish *et al.*, *Arch Intern Med*. 2005;165:424-429

– 54% des patients admis dans une unité de médecine présentent au moins une divergence non intentionnelle - N = 151 patients

– 39% des divergences sont susceptibles de provoquer un inconfort ou une aggravation clinique de modéré à grave

Vira *et al.*, *Qual Saf Healthcare*. 2006;15:122-126

– 60% des patients présentent au moins une divergence non intentionnelle à l'admission aux urgences dans un hôpital communautaire - N = 60 patients

– 18% des patients présentent au moins un risque clinique potentiellement important

L'impact des divergences médicamenteuses

Divergence intentionnelle non documentée = manque d'information écrite
Divergence non intentionnelle = erreur médicamenteuse

Kwan *et al.*, *Arch Intern Med*. 2007;167:1034-1040

– Étude contrôlée randomisée dans un établissement universitaire incluant 464 patients chirurgicaux bénéficiant à leur admission d'une conciliation des traitements médicamenteux selon un processus pluriprofessionnel

– Réduction de 50% du nombre de patients avec divergences au regard des médicaments pris à domicile - 40% à 20% $p < 0.001$

– Réduction de plus de 50% du nombre de patients avec des divergences significatives sur le plan clinique et susceptibles de provoquer un dommage 29.9% à 12.9% $p < 0.001$

L'impact des divergences médicamenteuses

Divergence intentionnelle non documentée = manque d'information écrite
Divergence non intentionnelle = erreur médicamenteuse

Doerper *et al.*, Rencontres Prescrire. 2010 mai 28-29; Bruxelles, Belgique.

– Étude sur 45 patients de plus de 65 ans accueillis aux urgences du centre hospitalier de Lunéville - France - et hospitalisés dans un service de médecine de court séjour, dont 44 ont bénéficié d'une conciliation à leur admission selon un processus pluriprofessionnel

– 67 divergences intentionnelles non documentées ont été interceptées et corrigées pour 44 patients conciliés sur une période de 6 semaines

– 28 divergences non intentionnelles ont été interceptées et corrigées

pour 44 patients conciliés sur la même période

– 36% des patients présentaient au moins une divergence non intentionnelle soit 16 patients pour 44 patients conciliés

L'impact du processus

Karnon *et al.*, *J Eval Clin Pract*. 2009;14(2):299-306

- Analyse coût-efficacité

- Objectif
Evaluer les coûts et les effets mesurés en années de vie qualité, de plusieurs interventions de conciliation des traitements médicamenteux à l'admission à l'hôpital

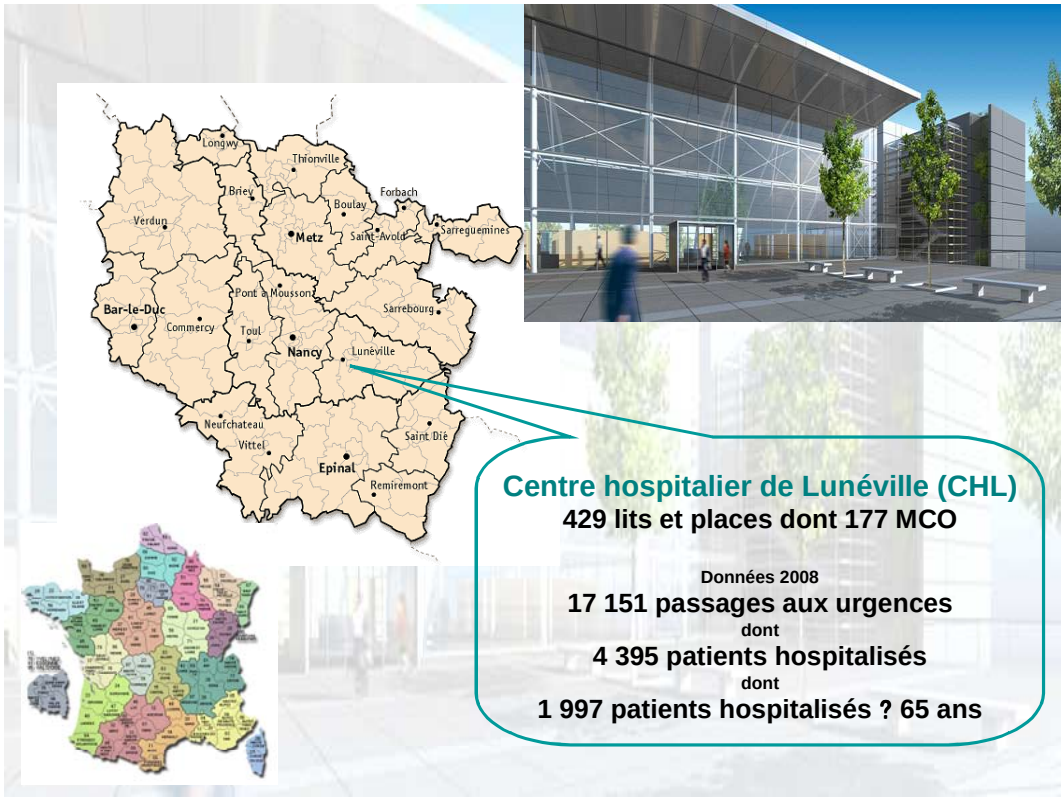
- Résultat
Toutes les conciliations se sont avérées coût efficaces par rapport au scénario de base

Partie II – Chapitre 2

Les travaux du centre hospitalier de Lunéville et les premiers résultats

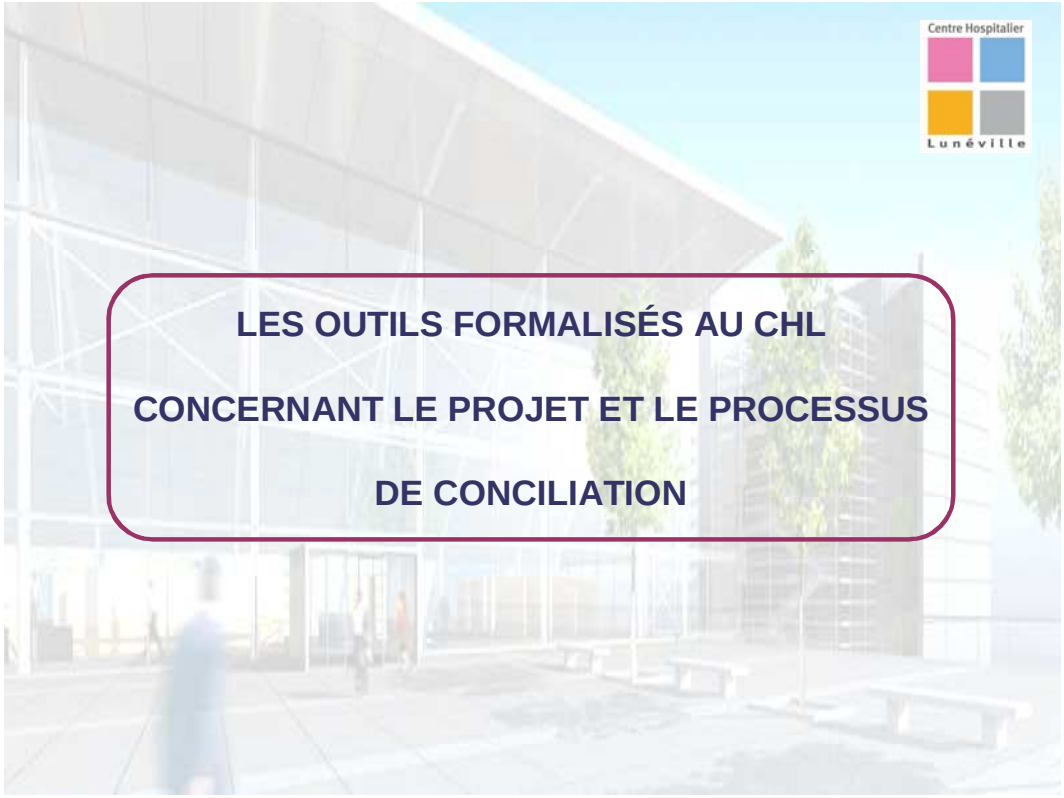
Les résultats de l'expérience de conciliation au centre hospitalier de Lunéville (CHL) sont présentés sur une période du 1er février 2010 au 19 septembre 2010.

Les outils conçus durant cette période et ayant contribué au recueil des données y sont également détaillés.



Le centre hospitalier de Lunéville (CHL) est un établissement de santé public. Il dispose d'une activité MCO avec 167 lits et 10 places. Il dispose également d'une USLD de 30 lits. Deux EHPAD – la maison de retraite Saint Charles et la maison de retraite Stanislas – comprennent à eux deux 222 lits.

Plus de 10 000 patients sont hospitalisés par an au CHL dont plus de 4 000 après passage aux urgences.



Un ensemble de 6 outils ont été formalisés par l'équipe projet du CHL pour rendre opérationnelle la conciliation des traitements. Ils sont listés ci-après et figurent en intégralité en annexes. L'ensemble des documents et des bases est informatisé sous Excel® avec un maximum de "menus déroulants" afin de minimiser les saisies informatiques. C'est la construction de ce système qui a conduit l'équipe projet à envisage une informatisation propre à la démarche de conciliation mais néanmoins intégrée au Dossier Médical Patient du CHL.

Les outils de l'information

Centre Hospitalier Lunéville

Fiche de conciliation des traitements médicamenteux
à chaque admission d'un patient

Fiche de repérage des événements sentinelles par les IDE
en cours et à la fin du séjour dans le service de soins

Fiche de conciliation des traitements médicamenteux (FCT)
à chaque transfert ou sortie d'un patient

Mode opératoire relatif aux modalités de conciliation des traitements
appliqué à chaque démarche de conciliation par l'équipe pharmaceutique
et l'équipe médicale

La fiche de conciliation des traitements

Centre Hospitalier Lunéville

Centre hospitalier de Lunéville – *Med'Rec*

Fiche de conciliation des traitements

Patient N° - né(e) le – Conciliation faite le /2010 par
Reprendre le n° des patients éligibles

BMO du /2010 Bilan Médicamenteux Optimisé		Statut	OMA du /2010 Ordonnance des Médicaments à l'Admission		Correct / Divergent	Intentionnel / Non Intentionnel I / NI	Processus CTM Proactif / Rétroactif A documenter / A corriger	Rétroactif Commentaires	Gravité (0 / 1)
Médicament/dosage/forme	Posologie/voie		Médicament/dosage/forme	Posologie/voie					
AVANDIA 8mg cp	1 – 0 – 0	suspendu	AVANDIA 4mg cp	2 – 0 – 0	Correct				0
BIPRETERAX 4mg/1,25mg cp	0 – 1 – 0	suspendu	BIPRETERAX 4mg/1,25mg cp	0 – 1 – 0	Correct				0
GLIBENCLAMIDE 5mg cp	1 – 1 – 1	suspendu	GLIBENCLAMIDE 5mg cp	1 – 1 – 1	Correct				0
TAHOR 40mg cp	0 – 0 – 1	suspendu	TAHOR 40mg cp	0 – 0 – 1	Correct				0
KENZEN 8mg cp	0 – 1 – 0	arrêté non documenté			Divergent	I	KENZEN 8mg cp suspendu		1
		ajouté	PARACETAMOL 1g inj	1 – 1 – 1	Correct				0
		ajouté	NaCl 0,9% 500mL inj	1 – 0 – 0	Correct				0
		ajouté						TTT ou automédication antérieurs	
								Patient opéré de la cataracte à l'oeil G en février : EXOCINE 0,3% + INDOCOLLYRE 0,1% (traitement terminé ce jour confirmé par Clinique St André à Nancy).	
								Une seule prise hier de Une seule prise hier de **GLIFANAN 200 mg cp** (arrêt de commercialisation en 1992).	

ajouté
poursuivi
modifié
modifié non documenté
ajouté
ajouté non documenté
arrêté
arrêté non documenté
suspendu

Proactif
Rétroactif

Nbre de lignes du BMO	5	Nbre de lignes de l'OMA	6
Temps BMO	1H00		
Temps conciliation médicale (CM)	0h05		

Nbre type 1	6
Nbre type 2	1
Total types 1-2	0
	1

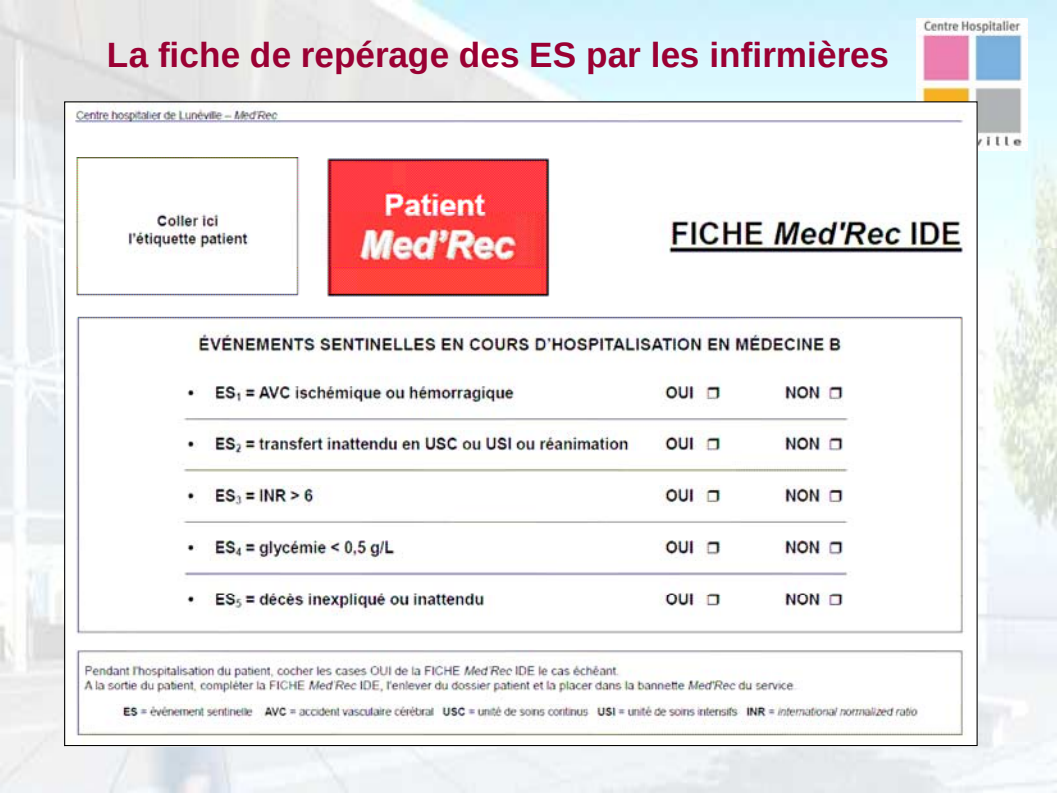
Sources d'information

DMP en cours	oui	SIH-Image Pharma	oui	Lettre au MT	non	Pharmacien officine	non
DMP urgences	oui	SIH-Atalante	non	Lettre du MT	oui	IDE libéral(e)	non
DMP antérieur	non	Pharmacie personnelle	oui	Médecin traitant	non	Patient	oui
				Médecin spécialiste	oui	Famille	non
						Autres	non

La fiche de conciliation des traitements médicamenteux ou FCT est l'outil de base de la conciliation. Elle permet la comparaison entre le bilan médicamenteux et les premières ordonnances d'hospitalisation. Le moment de réalisation de la FCT est pour l'instant conditionné par le moment de réalisation du Bilan Médicamenteux Optimisé qui, le plus souvent, est réalisé *a posteriori* des prescriptions.

Parce que la conciliation est majoritairement rétroactive, la FCT sert principalement à la détection, l'interception et la correction des divergences.

La fiche de conciliation ci-dessus a été remplie à partir du cas d'un patient hospitalisé éligible dans l'étude Med'Rec. On distingue la partie relative au BMO, la prescription médicale à l'admission et la partie relative à l'identification des divergences et leur correction. Pour information complémentaire figurent sur cette fiche les temps de réalisation de la conciliation, les sources documentaires consultées ainsi qu'un complément d'information sur les traitements pris en automédication ou antérieurs ou pris ponctuellement.


La fiche de repérage des ES par les infirmières

Centre Hospitalier de Lunéville – *Med'Rec*

Coller ici l'étiquette patient

Patient *Med'Rec*

FICHE *Med'Rec* IDE

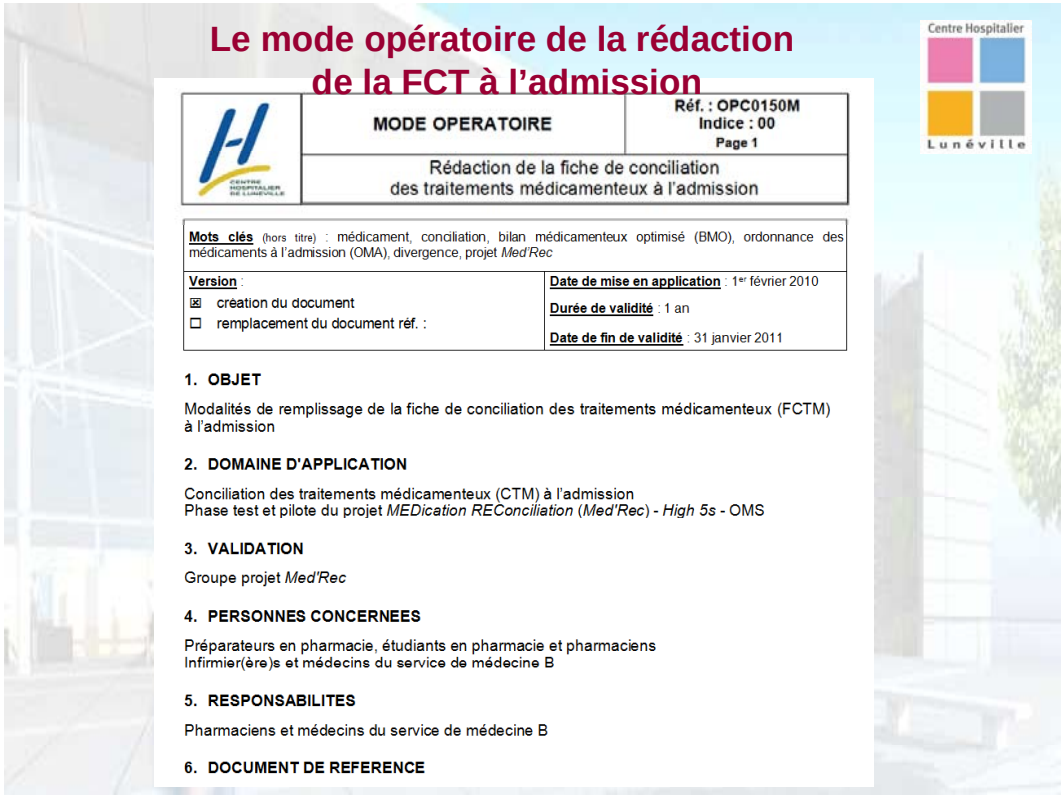
ÉVÉNEMENTS SENTINELLES EN COURS D'HOSPITALISATION EN MÉDECINE B

• ES_1 = AVC ischémique ou hémorragique	OUI ❒	NON ❒
• ES_2 = transfert inattendu en USC ou USI ou réanimation	OUI ❒	NON ❒
• ES_3 = INR > 6	OUI ❒	NON ❒
• ES_4 = glycémie < 0,5 g/L	OUI ❒	NON ❒
• ES_5 = décès inexpliqué ou inattendu	OUI ❒	NON ❒

Pendant l'hospitalisation du patient, cocher les cases OUI de la FICHE *Med'Rec* IDE le cas échéant.
A la sortie du patient, compléter la FICHE *Med'Rec* IDE, l'enlever du dossier patient et la placer dans la bannette *Med'Rec* du service.

ES = événement sentinelle **AVC** = accident vasculaire cérébral **USC** = unité de soins continus **USI** = unité de soins intensifs **INR** = *international normalized ratio*

Les infirmières du service de Médecine B s'investissent dans la conciliation en aidant à la détection des ES pendant toute la durée d'hospitalisation du patient concilié. Le document en fin de séjour est transmis au service de la GREQ qui procède à son exploitation.



Le mode opératoire de la rédaction de la FCT à l'admission

Centre Hospitalier Lunéville

MODE OPERATOIRE	Réf. : OPC0150M Indice : 00 Page 1
Rédaction de la fiche de conciliation des traitements médicamenteux à l'admission	

Mots clés (hors titre) : médicament, conciliation, bilan médicamenteux optimisé (BMO), ordonnance des médicaments à l'admission (OMA), divergence, projet *Med'Rec*

Version :	Date de mise en application : 1er février 2010
☒ création du document ☐ remplacement du document réf. :	Durée de validité : 1 an Date de fin de validité : 31 janvier 2011

1. OBJET

Modalités de remplissage de la fiche de conciliation des traitements médicamenteux (FCTM) à l'admission

2. DOMAINE D'APPLICATION

Conciliation des traitements médicamenteux (CTM) à l'admission
Phase test et pilote du projet *MEDication REConciliation* (*Med'Rec*) - *High 5s* - OMS

3. VALIDATION

Groupe projet *Med'Rec*

4. PERSONNES CONCERNEES

Préparateurs en pharmacie, étudiants en pharmacie et pharmaciens
Infirmier(ère)s et médecins du service de médecine B

5. RESPONSABILITES

Pharmaciens et médecins du service de médecine B

6. DOCUMENT DE REFERENCE

Pour standardiser la pratique professionnelle de conciliation, pour s'assurer un exercice homogène entre les différents membres de l'équipe projet et plus particulièrement de l'équipe pharmaceutique, un mode opératoire relatif aux modalités d'utilisation de la FCT a été élaboré. Il explique de façon détaillée le raisonnement de la conciliation et le remplissage de la FCT. (cf. Partie 1 – Chapitre 1)

Les outils de l'information

Centre Hospitalier Lunéville

Base de données relative aux patients conciliés avec notamment le calcul des indicateurs MR

renseignée en continu avec synthèse hebdomadaire et mensuelle

Base de données relative aux erreurs médicamenteuses à partir de la FCT

renseignée en continu

Ordonnances des médicaments

en cours d'hospitalisation, de l'admission à la sortie

La base de données des FCT

Centre Hospitalier

* Remplir la cellule par :
0 = NON
1 = OUI

Mois de : Avril 2010

Numéro patient éligible	Identification patient	Date admission	Heure admission	Entrée week-end	Conciliation des traitements *					Divergences				Nbre de lignes de médicaments			Durée				
					Pas de conci-liation	Dans les 24 1ère heures	Entre 24 et 48 h	Aprèes 48 h	Proactif	Nbre de DVG I ND (type 1)	Nbre de DVG NI (type 2)	Patient avec au moins une DVG NI (type 2) *	Patient sans divergence de type 1 et 2 *	BMO	OMA	TTT	BMO	Conciliation médicale (CM)	DMP en cours	DMP antérieur	DMP urgend
66	[redacted]	01/04/10	4:34	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	6	7	7	1:00	0:05	1	0	1
68	[redacted]	01/04/10	11:01	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	5	6	7	1:00	0:05	1	0	1
69	[redacted]	05/04/10	21:05	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	8	7	9	1:30	0:02	1	0	1
70	[redacted]	06/04/10	9:50	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	10	12	12	0:50	0:00	1	0	1
71	[redacted]	06/04/10	10:54	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	5	5	5	1:00	0:00	1	0	1
72	[redacted]	06/04/10	20:59	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	11	13	13	1:00	0:00	1	0	1
73	[redacted]	08/04/10	14:11	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	16	8	16	1:00	0:00	1	0	1
74	[redacted]	12/04/10	12:33	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	3	4	4	0:50	0:00	1	0	1
75	[redacted]	14/04/10	15:31	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	6	6	7	0:35	0:01	1	0	1
76	[redacted]	19/04/10	10:02	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	9	8	9	0:50	0:00	1	0	1
77	[redacted]	19/04/10	12:32	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	6	6	7	0:35	0:00	1	0	1
78	[redacted]	19/04/10	14:27	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	10	14	15	1:00	0:02	1	0	1
79	[redacted]	19/04/10	20:28	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	10	11	14	1:00	0:03	1	0	1
80	[redacted]	21/04/10	10:28	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	3	4	4	0:30	0:00	1	0	1
81	[redacted]	22/04/10	13:24	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	9	9	9	0:50	0:00	1	1	1
82	[redacted]	22/04/10	7:47	0	0	0	1	0	0	4	0	0	0	7	6	11	0:45	0:05	1	0	1
83	[redacted]	25/04/10	6:57	1	0	0	1	0	0	7	2	1	0	15	9	17	1:30	0:15	1	1	1
84	[redacted]	24/04/10	10:47	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	8	8	8	0:50	0:02	1	0	1
Total	18			2	0	11	6	1	2	20	2	1	10	147	143	174	16h35	00h40	18	2	18
							18														
								7													

MR1 =	61.11	
MR2 =	1.11	
MR3 =	0.11	
MR4 =	5.56	
MR5 =	55.56	

	Durée moyenne	Ecart type
BMO	0:55	0:15
CM	0:02	0:03

DVG I ND : divergence intentionnelle non documentée
DVG NI : divergence non intentionnelle

Une base de données relative aux patients conciliés est renseignée en continu à partir des FCT et des fiches de repérage des ES. Elle permet de calculer, entre autres, les indicateurs MR, les durées de réalisation des BMO, le nombre d'ES.

La base de données des FCT a été conçue à partir d'un modèle fourni par l'OMS dans le cadre du projet *Med'Rec*. Cette base du CHL a considérablement été complétée pour permettre un traitement plus détaillé et automatique des données patient.

Elle a la particularité étant structurée sur Excel® de nous permettre un suivi en continu et en temps réel des résultats et une formalisation de ces derniers sous forme de graphiques. Résultats et graphiques seront présentés plus loin dans le document.

La base de données des erreurs médicamenteuses

Centre Hospitalier

Analyse des DVG NI - Type 2 = erreurs médicamenteuses => corrections des prescriptions

Phase Test du 1er février au 12 mars 2010

Type 2 DVG NI n° patient - n° DVG	BMO	ATC	Classe	OMA	Statut	Décision médicale (renseigner par menu déroulant si arrêté non documenté)	
4 – 1	Lasilix 20mg cpr 1-0-0	C03	Diurétique		arrêté non documenté	arrêté	
5 – 1	Trusopt Collyre1-0-1	S01	Médicaments ophtalmologiques		arrêté non documenté	ajouté ou repris	
5 – 2	Xalatan collyre 0-1-0	S01	Médicaments ophtalmologiques		arrêté non documenté	ajouté ou repris	
5 – 3	Tadénan 50mg cap 1-0-1	G04	Médicaments urologiques		arrêté non documenté	ajouté ou repris	
8 – 1	Anafranil 75 mg cpr 0-0-1	N06	Psychoanaleptiques, médicaments anti-obésité exclus		arrêté non documenté	ajouté ou repris	
8 – 2		L02	Thérapeutique endocrine	Anandron 150 mg cpr ½-0-0	ajouté non documenté	Confusion avec Anafranil - Arrêt	
9 – 1	Structum 500 mg gél	M01	Antiinflammatoire et antirhumatismaux		arrêté non documenté	suspendu	
12 – 1	Inipomp 20 mg cp 0-0-1	A02	Médicaments pour les troubles de l'acidité	Inipomp 40 mg cp 0-0-1	modifié non	Corrigé	
20 – 1	Lasilix 20mg cpr 1-0-0	C03	Diurétique		arrêté non documenté	suspendu	
20 – 2	Diffu-K gél 1/j	A12	Suppléments minéraux		arrêté non documenté	suspendu	
23 – 1	Symbicort Turbuhaler 400/12µg 2-2-	R03	Médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes	Symbicort Turbuhaler 200/6µg 2-2-	modifié non	Dosage corrigé	
24 – 1	Atacand 8mg cp 0-1-0	C09	Médicaments agissant sur le système rénine angiotensine	Atacand 8mg cp (+ 0-1-0)	modifié non	Corrigé	
25 – 1	Laroxyl 4% gouttes 0-0-5	N06	Psychoanaleptiques, médicaments anti-obésité exclus		arrêté non documenté	ajouté ou repris	
25 – 2	Forlax sachet 1-0-0	A06	Laxatif		arrêté non documenté	à réévaluer	
26 – 1	Modopar 125mg cp 1-1-1-1	N04	Antiparkinsonien	Modopar 125mg cp 1-1-1-1-1	modifié non	Correction de la posologie	
26 – 2	Coversyl 4 mg cp 1-0-0	C09	Médicaments agissant sur le système rénine angiotensine	Coversyl 2 mg cp 1-0-0	modifié non	Modifier dans le DMP	
30 – 1	Kayexalate 15g/dose pdr ½ /2j	V03	Tous autres médicaments		arrêté non documenté	arrêté	
33 – 1	Plavix 75 mg cp 0-1-0	B01	Antithrombotiques		arrêté non documenté	arrêté	
33 – 2	Ixprim 37,5 mg + 325 mg 1-1-1	N02	Analgésiques		arrêté non documenté	arrêté	
33 – 3	Omix LP 0,4 mg 0-0-1	G04	Médicaments urologiques		arrêté non documenté	arrêté	
33 – 4	Crestor 5 mg 0-0-1	C10	Agents modifiant lipides		arrêté non documenté	arrêté	
33 – 5	Pariet 10 mg cp 0-0-1	A02	Médicaments pour les troubles de l'acidité		arrêté non documenté	arrêté	
33 – 6	Temerit 5 mg cp 1-0-0	C07	Bétabloquants		arrêté non documenté	arrêté	
38 – 1	Monosept 0,025% collyre 1gtte 4x/j	S01	Médicaments ophtalmologiques		arrêté non documenté	ajouté ou repris	Tr
38 – 2	Opatanol 1mg/mL collyre 1gtte 2x/j	S01	Médicaments ophtalmologiques		arrêté non documenté	ajouté ou repris	Tr
41 – 1	Orocal D3 sachet 1/j	A12	Suppléments minéraux		arrêté non documenté	ajouté ou repris	
41 – 2	Seroplex 10 mg cpr 1-0-0	N06	Psychoanaleptiques, médicaments anti-obésité exclus	Paroxetine 20 mg cpr 1-0-0	modifié non	Corrigé	
43 – 1	Travatan collyre 0,004% (1)-0-(1)	S01	Médicaments ophtalmologiques	Travatan collyre 0,004% 1-0-1	modifié non		

DVG NI : divergence non intentionnelle

Une deuxième base de données est conçue, relative aux erreurs médicamenteuses. Leur caractérisation selon la typologie énoncée dans la classification des erreurs médicamenteuses de la Société Française de Pharmacie Clinique et l'analyse de leur gravité potentielle devraient permettre de mieux cerner et comprendre la nature du risque médicamenteux. Elle peut également contribuer à identifier un profil de patient à risque à travers ses pathologies et ses traitements.

La FCT de transfert ou de sortie

Centre Hospitalier de Lunéville

Fiche de conciliation des traitements médicamenteux de transfert ou de sortie

Lunéville, le « date »

Patient(e) : Mme Aspirine
Né(e) le : 18/02/1937
Hospitalisée(e) : du « date » au « date »

Docteur « médecin traitant »,

Votre patient(e) a été hospitalisé(e) dans le service de médecine B. Nous avons établi à l'entrée un bilan de ses traitements pris en routine à son domicile. Vous trouverez ci-dessous le bilan réalisé ainsi que son traitement de sortie et un éventuel complément d'informations dans la rubrique « Commentaires ».

Bilan des médicaments à l'entrée		Statut	Ordonnance de sortie		Commentaires
Mdt/dosage/forme	Posologie/voie		Mdt/dosage/forme	Posologie/voie	
AVANDIA 4mg cp	1-0-0	Suspendu			A hospitaliser le « date »
DIPRETERAX 4mg/1,25mg cp	0-1-0	A poursuivre	DIPRETERAX 4mg/1,25mg cp	0-1-0	
GLIBENCLAMIDE 5mg cp	1-1-1	Arrêté			
TAHOR 40mg cp	0-0-1	A poursuivre	TAHOR 40mg cp	0-0-1	
KENZEN 5mg cp	0-1-0	Modifié	KENZEN 5mg cp	2-0-0	
		Ajouté	GLUCOPHAGE 1000mg cp	1-1-1	

Les sources documentaires suivantes ont été utilisées :

Dossier patient en cours — Dossier patient antérieur — Dossier patient urgences — Lettre du médecin traitant

Les entretiens suivants ont été conduits :

Patient — Pharmacien traitant — Médecin spécialiste

Vous trouverez également ci-dessous les interventions pharmaceutiques du pharmacien clinicien hospitalier qui pourraient vous être utiles :

Signature du médecin hospitalier

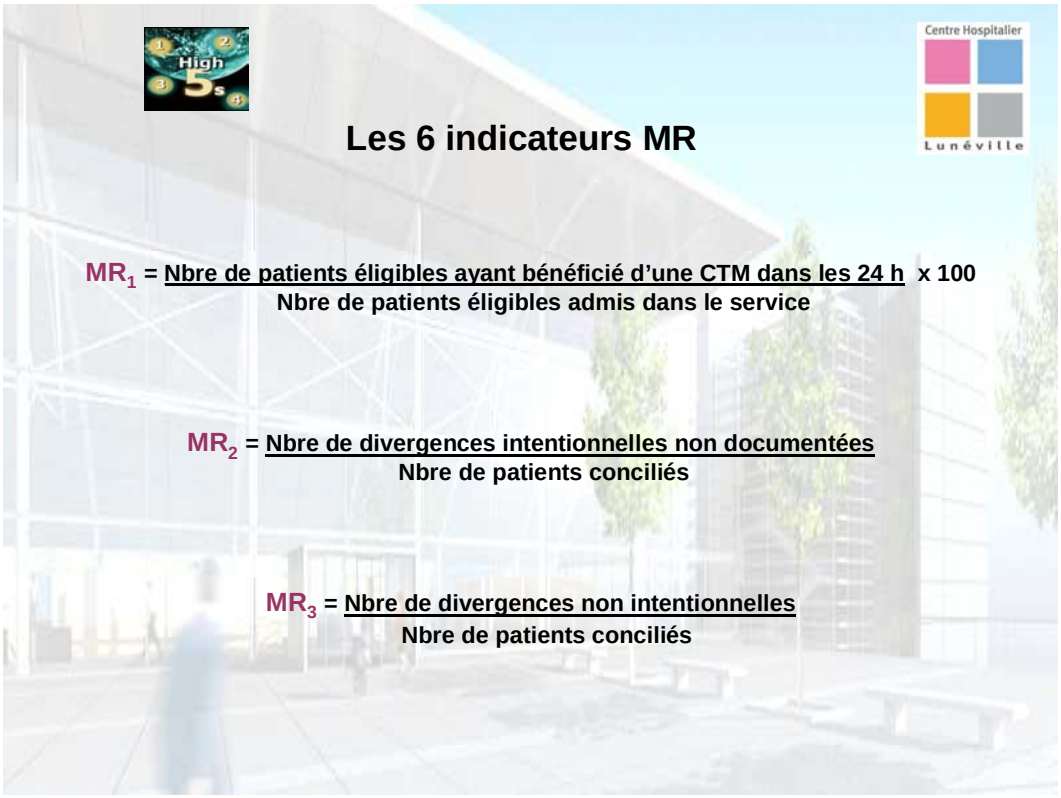
Dr « médecin hospitalier »

Copie au pharmacien traitant
Dr « pharmacien officine »

Centre Hospitalier de Lunéville • 2 rue Level • B.P. 50206 • 54300 Lunéville Cedex
Tél. : 03.83.76.12.12 • Fax : 03.83.74.38.97 • e.mail : direction@ch-luneville.fr

Le 6ème outil est la fiche de conciliation des traitements à la sortie. Il a été conçu pour transmettre l'information des traitements et des décisions médicales durant l'hospitalisation aux médecins de ville et aux pharmaciens d'officine qui assurent le relais et la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient, qui devient ambulatoire.

Ce document est en phase de finalisation.



Six indicateurs *Med'Rec* -abrégés MR- qui sont des indicateurs standardisés de performance ont été élaborés. Ils sont calculés en continu au CHL sur la période étudiée :

MR_1 = nombre de patients conciliés en 24h / nombre de patients inclus. Cet indicateur de processus montre le degré de performance dans la réalisation de la conciliation

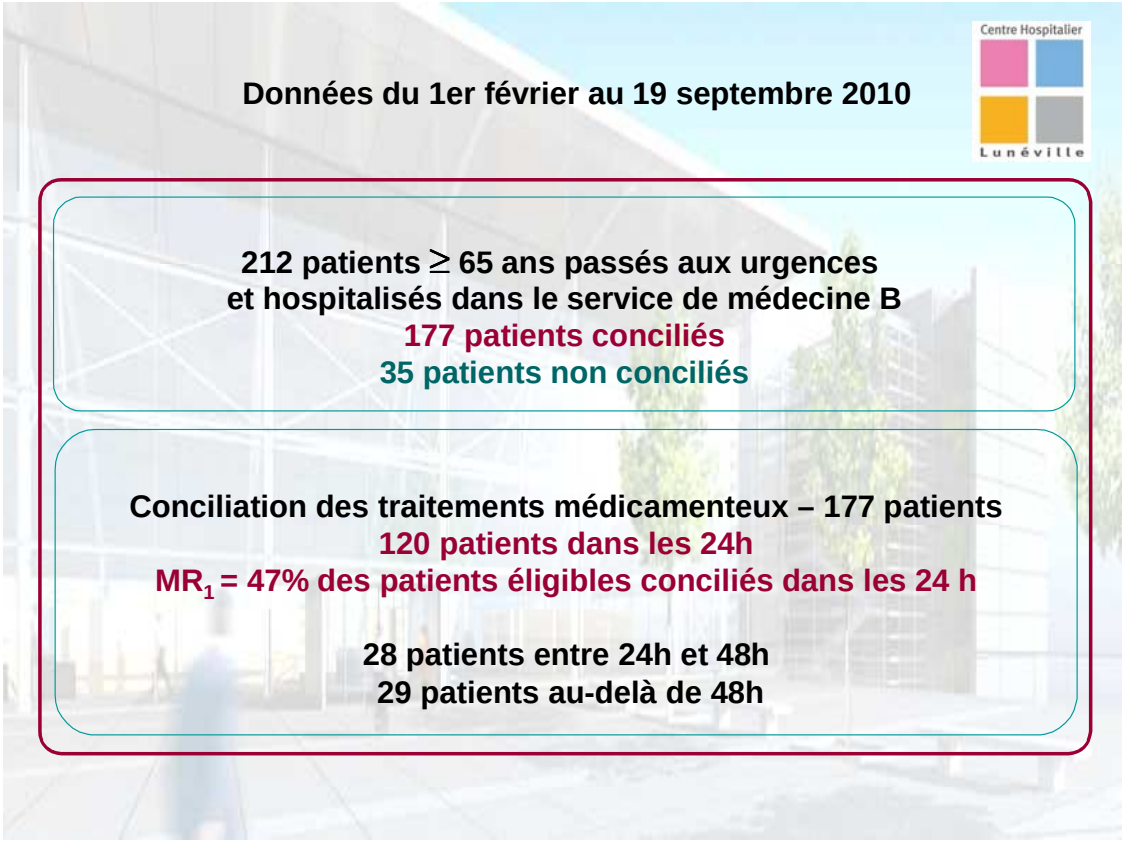
MR_2 = nombre de DVG NDI détectées / patient concilié. Cet indicateur mesure le caractère explicite de la prescription

MR_3 = nombre de DVG NI détectées / patient concilié. Cet indicateur évalue une cible qui est le nombre d'erreurs médicamenteuses à corriger

MR_4 = nombre de patients ayant au moins 1 DVG NI corrigées / nombre de patients conciliés (en %) . Il s'agit d'un indicateur de pratique clinique pour les pharmaciens et les médecins.

MR_5 = nombre de patients sans divergence / nombre de patients conciliés (en %). Cet indicateur montre l'importance du risque au sein de la population des personnes de 65 ans et plus

MR_6 = nombre de patients conciliés en proactif / nombre de patients conciliés du service. Cet indicateur de processus montre le degré d'implantation des systèmes d'information inter-opérables au sein du CHL et en liaison avec la ville.



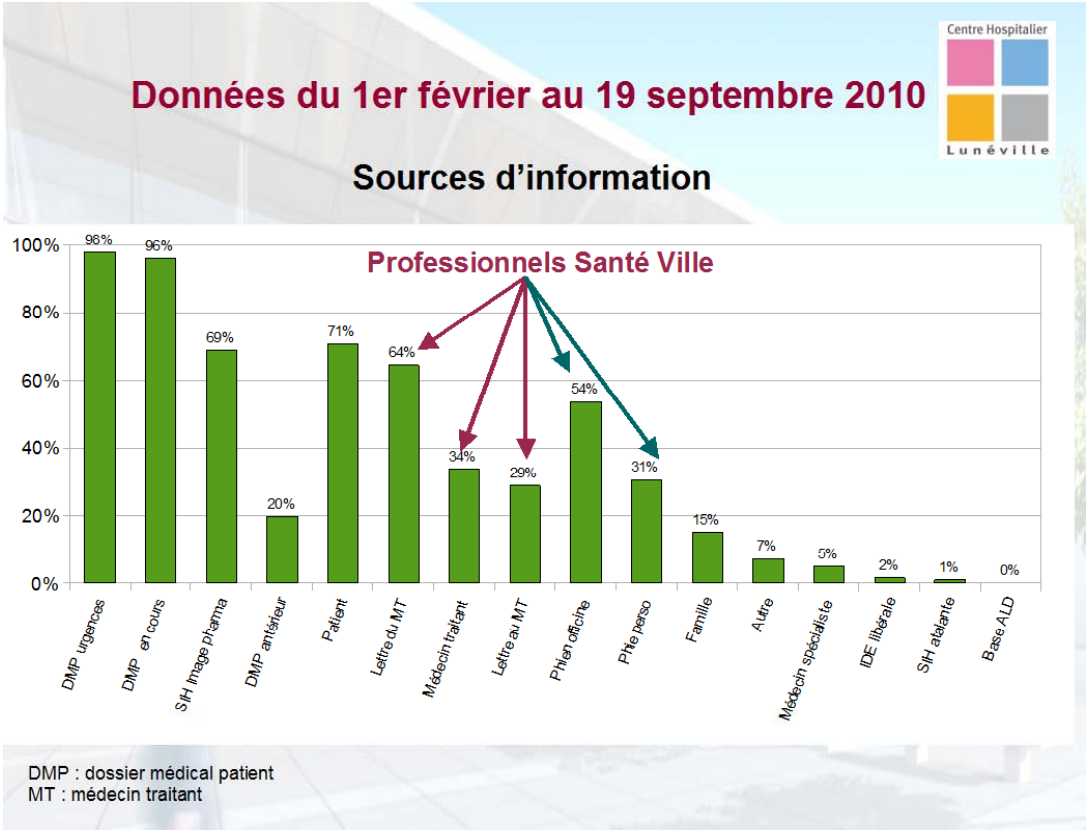
212 patients sont éligibles pour bénéficier du processus de conciliation. Il s'agit de patients de 65 ans et plus, hospitalisés après passage aux urgences dans le service de médecine B.

35 patients sont non conciliés. Cela s'explique par le manque de disponibilité des étudiants en pharmacie chargés de la réalisation du BMO, absents pour le concours de l'internat.

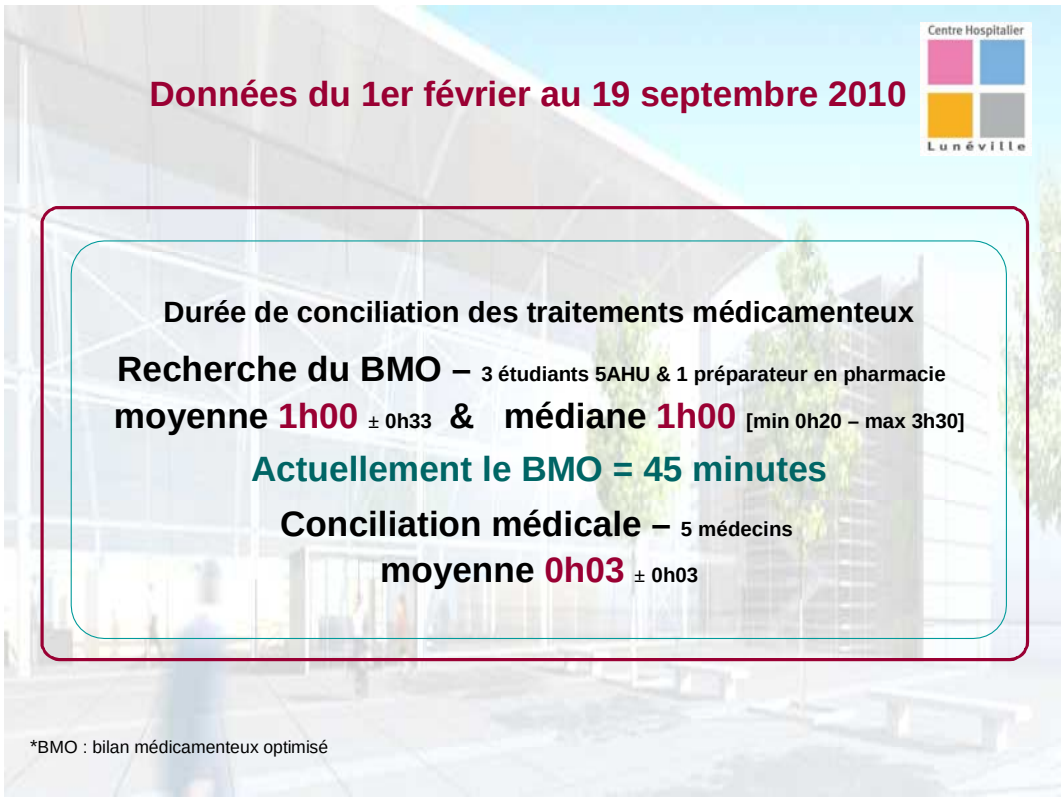
Les patients qui ne sont pas conciliés dans les 24h, mais au-delà, le sont :

- soit parce qu'ils sont hospitalisés le week-end

- soit parce que la recherche de leur BMO est particulièrement complexe



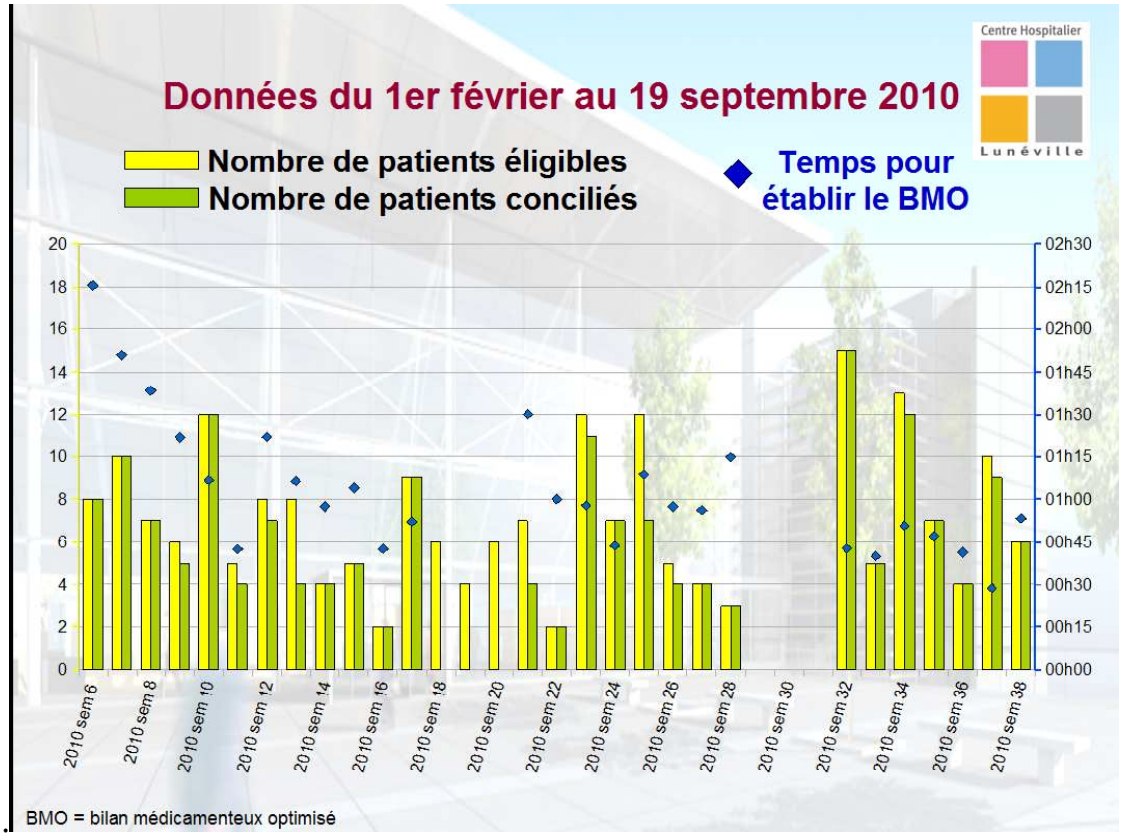
Le nombre de sources d'informations et leur fréquence de consultation expliquent la durée de réalisation et la qualité des BMO obtenus.



Au CHL, la formalisation du BMO est confiée à 3 étudiants en pharmacie et un préparateur en pharmacie hospitalière. Après validation par un pharmacien, le BMO est communiqué au médecin hospitalier qui assure dans la foulée la conciliation médicale. Si la conciliation médicale est de courte durée sans grande variabilité, le BMO consomme un temps certain. Ce temps est très variable, de 20 minutes à 3h30. Il dépend de la complexité du traitement du patient mais aussi de la qualité des sources d'information consultées.

La difficulté de réalisation du BMO prouve quelque part la nécessité de le faire. Plus le BMO prend de temps, plus le traitement du patient a des chances d'être complexe. Et moins le traitement global de ce patient peut être pris en compte par les prescripteurs s'ils ne disposent pas du BMO.

Pour autant l'exercice quotidien de la conciliation amène les professionnels à une réalisation du BMO en 45 minutes en moyenne à la fin de la période étudiée.



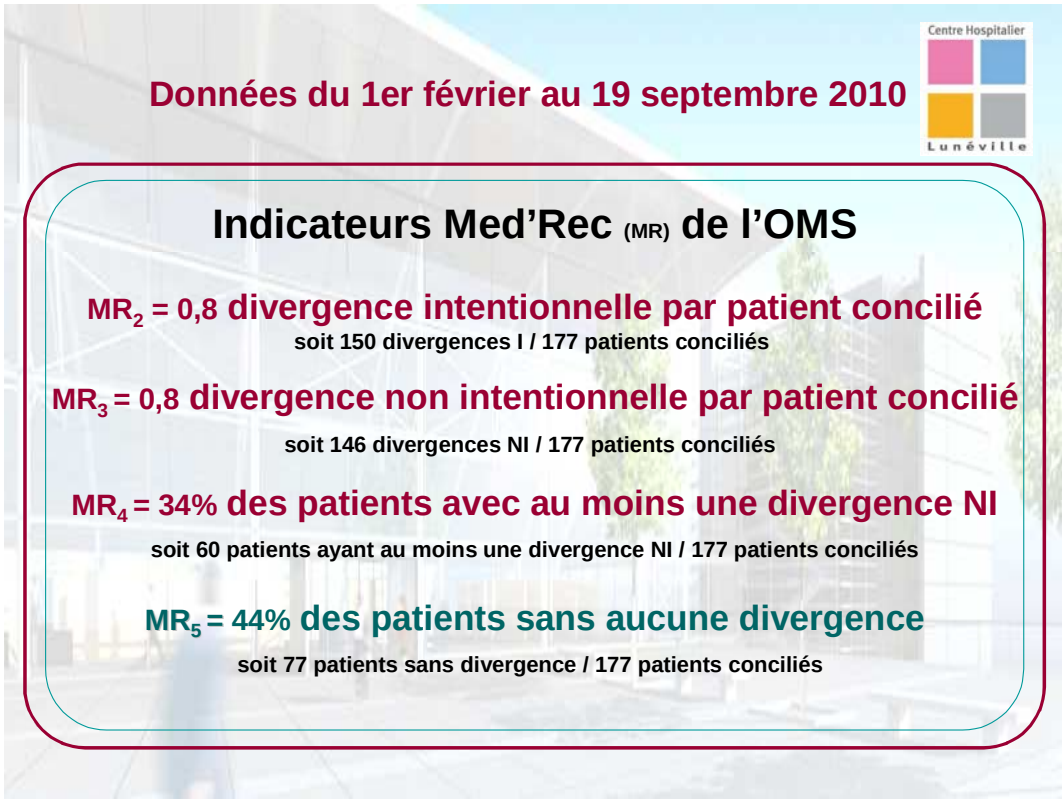
La figure est riche d'informations. Elle montre l'évolution de plusieurs variables par semaine

- le nombre de patients éligibles à la conciliation selon les critères précédemment définis (couleur jaune)
- le nombre de patients conciliés (couleur verte)

- la durée médiane hebdomadaire des BMO (couleur bleue)

La durée de réalisation du BMO diminue au fil du temps faisant apparaître une courbe d'apprentissage. Ce phénomène est mis en évidence durant les 6 semaines de la phase Test. Durant cette même période, il est intéressant de regarder si pour autant le nombre de divergences ne diminue pas. L'absence de diminution laisse supposer une maîtrise du processus de conciliation et non pas un phénomène de lassitude.

Après ces 14 semaines, la durée de réalisation du BMO se stabilise. Concomitamment, on observe une diminution du nombre de divergences attribuable probablement à la formulation explicite des prescriptions.



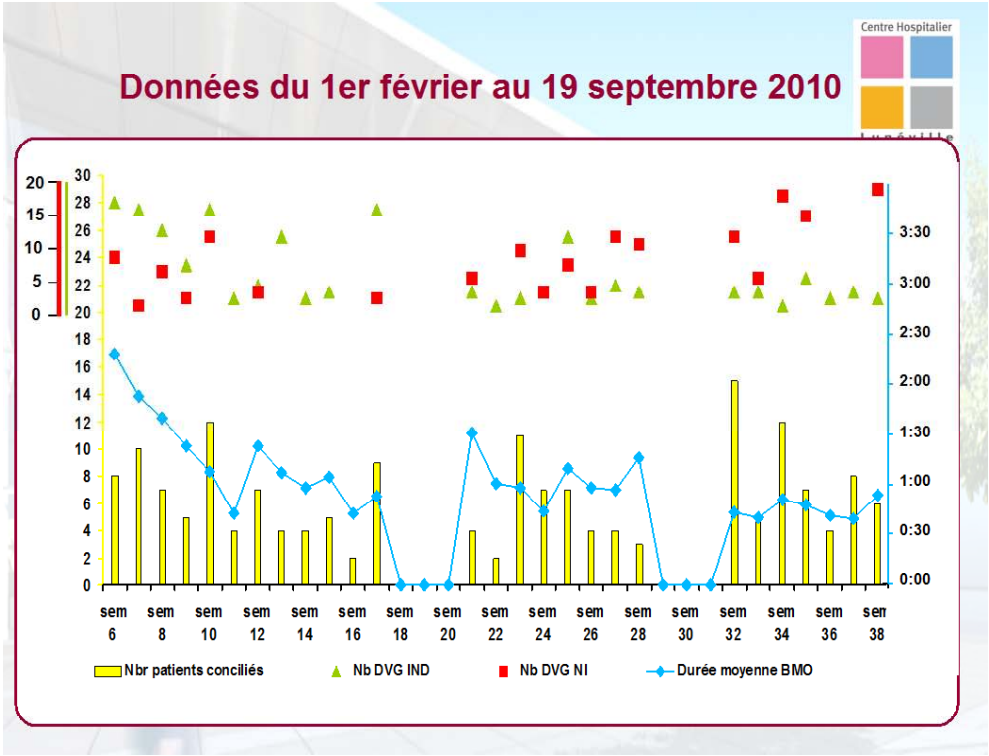
Les 4 indicateurs MR1, 2, 3 et 4 sont à renseigner et à communiquer mensuellement à l'OMS dans le cadre du projet des *High 5's*.

Le 5ème indicateur MR_5 a été formalisé par l'équipe projet du CHL. Il correspond à un indicateur de qualité qui exprime le pourcentage de patients conciliés ne présentant aucune divergence, c'est-à-dire ce vers quoi il faut tendre. C'est un élément positif de

communication. Pour autant, cet indicateur montre l'importance du risque au sein de la population des personnes de 65 ans et plus.

Concernant les résultats des indicateurs MR :

- près de la moitié des patients sont conciliés dans les 24h (MR_1). C'est un résultat à améliorer : plus tôt les informations sur le traitement du patient sont disponibles, mieux sécurisée est sa prise en charge médicamenteuse
- un tiers des patients présentent **au moins une erreur médicamenteuse** c'est-à-dire au moins une divergence non intentionnelle (MR_4) qui sont interceptées grâce à la conciliation
- pour près de la moitié des patients conciliés il n'y a pas d'écart entre le BMO et l'OMA (MR_5) ou s'il y a un écart, il est documenté.



La figure est construite sur le même principe que la précédente. La différence réside dans le rajout des 2 types de divergences :

-le nombre de divergences intentionnelles non documentées par patient concilié (couleur verte)

-le nombre de divergences non intentionnelles par patient concilié (couleur rouge).

Pour les premières il existe une tendance à la baisse qui est liée à l'information systématique des médecins et notamment des nouveaux internes du service qui sont sensibilisés à la rédaction explicite de leur prescription dans le DMP.

Tant qu'il n'y aura pas d'interopérabilité entre les systèmes d'information ville/hôpital, les DVG NI existeront. La conciliation a pour objectif leur interception et leur correction en tant que de besoin.

Notre expérience nous permet de proposer de relibeller les indicateurs MR2, 3 et 4 ; le numérateur doit être complété par les termes 'interceptées et corrigées'.

MR_2 = nombre de DVG NDI détectées, **interceptées et corrigées** / patient concilié

MR_3 = nombre de DVG NI détectées**, interceptées et corrigées** / patient concilié

MR_4 = nombre de patients ayant au moins 1 DVG NI **interceptée et corrigée** / nombre de patients conciliés (en %)

Comparaison aux données internationales

Centre Hospitalier Lunéville

La conciliation en quelques chiffres…

Indicateurs	France E Dufay & al 2011	Belgique S Steurbaut & al 2010	Canada T Vira & al 2006	Canada P Cornish & al 2005
Nbre d'EM / patient concilié	**0.89** 251 / 281	**1.9** 379 / 197	**1.2** 69 / 60	**0.93** 140 / 151
% de patient ayant au moins 1 EM	**39.1%** 110 / 281	**60.4%** 119 / 197	**38.3%** 23 / 60	**53.6%** 81 / 151

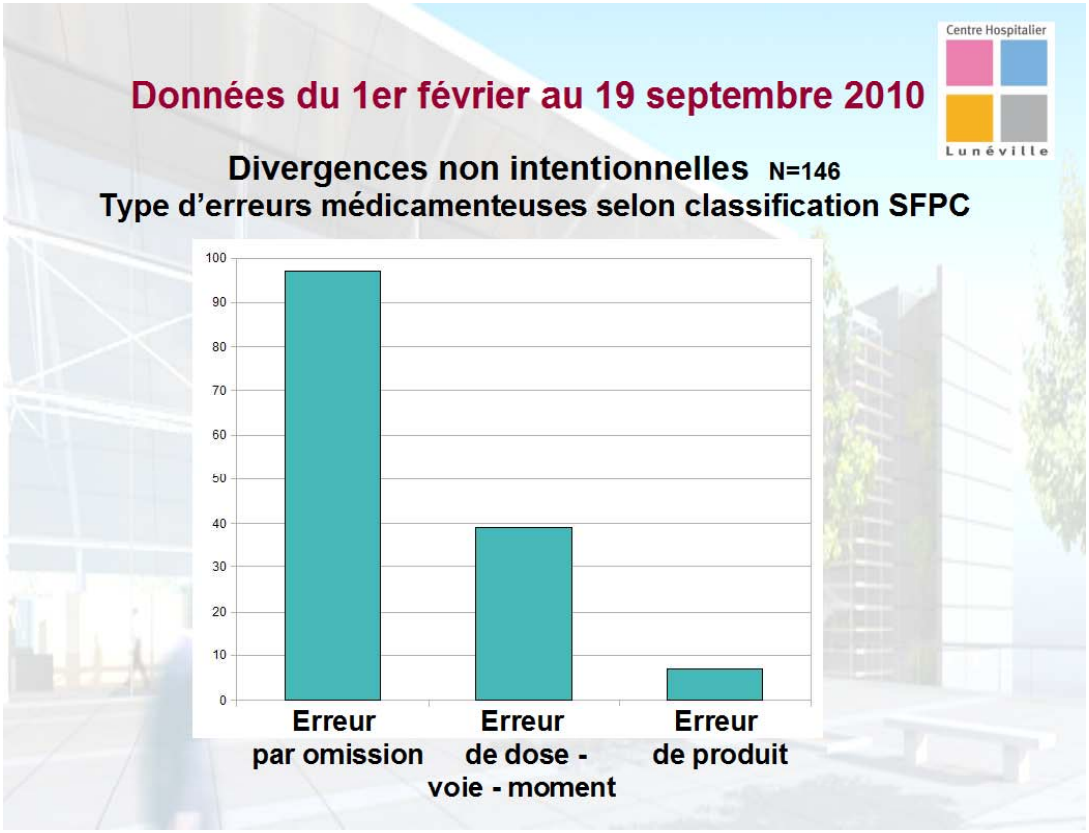
EM = Erreurs Médicamenteuses

Les résultats du CHL comparés à ceux publiés par nos confrères nous placent dans un constat proche sur l'importance du problème puisque plus d'un tiers des patients hospitalisés à

l'admission présente au moins une erreur médicamenteuse dans son traitement. Leurs travaux ne font pas état de données relatives aux DVG NDI, vraisemblablement car il n'y a pas de consensus établi quant à la définition du caractère "non documenté" d'une divergence. Au centre hospitalier de Lunéville, les termes *" arrêté, suspendu avec date de reprise, poursuivi en l'état, poursuivi avec modification ou ajouté"* doivent être retrouvés dans le dossier du patient pour considérer la DVG comme documentée.

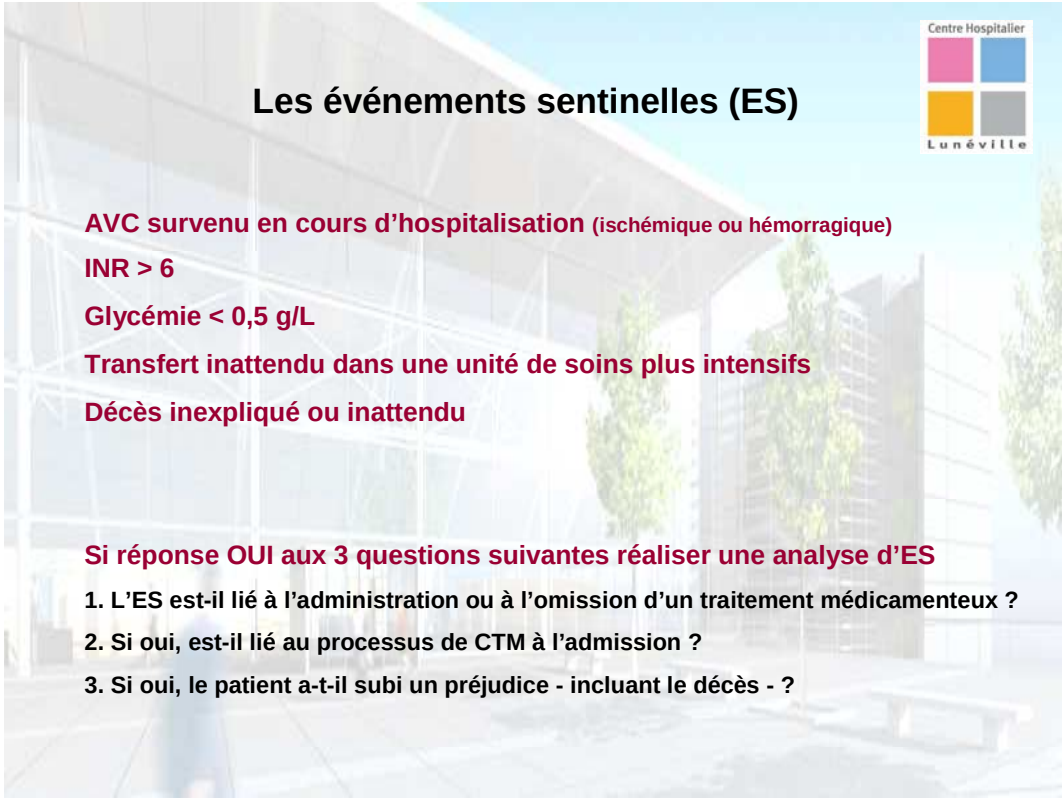
La classe thérapeutique la plus fréquente, mise en cause dans les divergences, est la classe des médicaments ophtalmologiques. Les médicaments ophtalmologiques représentent 9.0% des DVG NI. Les prescripteurs omettent de les prescrire à l'admission dans le service des urgences comme dans le service d'hospitalisation.

Les médicaments à haut niveau de risque, tels les bétabloquants, les anticoagulants, les antidiabétiques oraux et les insulines sont peu représentés mais existent néanmoins. 29 des DVG NI (11.6%) concernent ces médicaments pour lesquels une interruption de traitement expose le patient à un risque grave. Cela souligne l'intérêt de la conciliation qui est une méthode d'interception des divergences.



L'omission des traitements, c'est à dire la non reconduction du traitement pris à domicile au moment de l'admission du patient est le principal problème rencontré : elle concerne 60.9% des DVG NI rencontrées. La situation est sans surprise. L'OMS a d'emblée signalé la problématique de l'omission des traitements lors de l'hospitalisation du patient.

34.3% des autres erreurs sont des erreurs de dose ou de moment d'administration. L'erreur de médicament (4%) est faiblement représentée. Lors de la conciliation des traitements, les erreurs de patient, de durée de traitement et de suivi thérapeutique n'ont pas lieu d'être. La gravité potentielle des erreurs médicamenteuses interceptées et corrigées n'a pas été évaluée.



Cinq événements sentinelles (ES) ont été prédéterminés. Il convient de les analyser s'ils répondent à trois questions prédéfinies. Ces ES en lien avec la conciliation prennent le nom d'événements indésirables (EI) en tant que dommages pour le patient.

Conformément à la définition de l'ANAES (2003) et du Dictionnaire d'analyse et de gestion des risques d'Alain Desroches (2006), un événement sentinelle est un fait, une situation qui déclenche systématiquement une investigation et une analyse plus poussée.

Il existe 5 événements prédéterminés à suivre tout au long de l'hospitalisation du patient. *S*i un de ces événements prédéterminés est détecté, il convient :

- de rechercher s'il est en lien avec la conciliation des traitements
- et si oui de réaliser, en cas de préjudice, une analyse des causes de l'événement indésirable (EI).

Pour cette raison, les 5 événements prédéterminés sont dénommés événements sentinelles (ES) dans notre établissement.

Le repérage de ces ES se fait par tirage au sort sur un échantillon de 30 DMP sur le mois en cours et par la déclaration spontanée en interne. Actuellement au CHL, tous les dossiers sont étudiés grâce aux infirmier(ère)s qui remplissent la fiche de repérage des ES pour chaque patient.

En cas d'EI, un ensemble de données doit être recueilli sur des formulaires d'enquête de l'OMS. Ils sont adressés à la structure régionale d'évaluation Evalor de Nancy dans les 3 mois qui suivent la survenue de l'EI.

Au CHL, durant la période de l'étude, 3 ES ont été détectés. Comme il n'y a pas eu de lien établi entre ces 3 ES et les conciliations, aucun EI n'est enregistré.

Suite à ces 6 premiers mois d'études dans notre établissement il en ressort 3 orientations principales qui devraient permettre d'améliorer la prise en charge médicamenteuse du patient hospitalisé :

- développer les relations ville/hôpital autour d'une problématique de santé publique commune

- expérimenter le DP lors de la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission

- renforcer l'évaluation des pratiques professionnelles au sein de l'établissement

Pour pouvoir développer au mieux les relations ville/hôpital dans le cadre d'une amélioration commune de la prise en charge de la santé des patients hospitalisés, il est nécessaire de :

- communiquer auprès des professionnels de santé du territoire : la conciliation concerne la ville comme l'hôpital. Pour cette raison une réunion d'information a été organisée au sein de l'établissement le 30 septembre 2010 en présence des pharmaciens d'officine de la ville et des médecins libéraux ainsi que de l'ARS de Lorraine. Les professionnels manifestent un réel intérêt pour le concept.
- poursuivre la gestion de projet en intégrant des représentants de ville : un groupe de travail sera structuré pluriprofessionnel et pluridisciplinaire pour renforcer le parcours de soin du patient et sécuriser ses traitements.
- Formaliser des supports d'information communs : les pharmaciens d'officine et les médecins libéraux doivent pouvoir bénéficier de la FCT de sortie qui explique les modifications de traitement survenues en cours d'hospitalisation ainsi que les décisions thérapeutiques figurant dans l'ordonnance de sortie
- structurer les flux d'information sécurisés entre professionnels de santé : la transmission d'information à l'extérieur de l'établissement doit être réfléchie de concert pour garantir la confidentialité des données sur la prise en charge médicamenteuse du patient.

Si le CHL se donne les moyens d'expérimenter le DP lors de la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission, c'est que les professionnels y trouvent plusieurs intérêts :

- sécuriser le transfert d'information : le DP est certainement un moyen sécurisé de transmission des informations sur les médicaments. Depuis 2007, 80% des officines sont équipées du système d'information ad hoc et 12 millions de français ce jour sont dotés d'un Dossier Pharmaceutique
- limiter les interruptions de tâche des professionnels de santé de ville dont les pharmaciens d'officine : à l'heure actuelle pour concilier, le contact avec le pharmacien d'officine est une excellente source d'information. Néanmoins elle entraîne une interruption dans la relation du professionnel avec les patients ambulatoires pris en charge.
- rendre accessible l'information 24h/24, 7j/7 : le DP est entré dans une nouvelle phase. Au delà de la possibilité de créer un DP dans les PUI des établissements de santé, le projet concernant l'accès au DP à partir des services de soin d'un ES est en cours. Dès à présent les médecins des urgences et des services de soin sont intéressés à l'accès de l'information contenue dans le DP.
- identifier, intercepter et corriger les principales divergences non intentionnelles : c'est la conséquence directe de l'item précédent

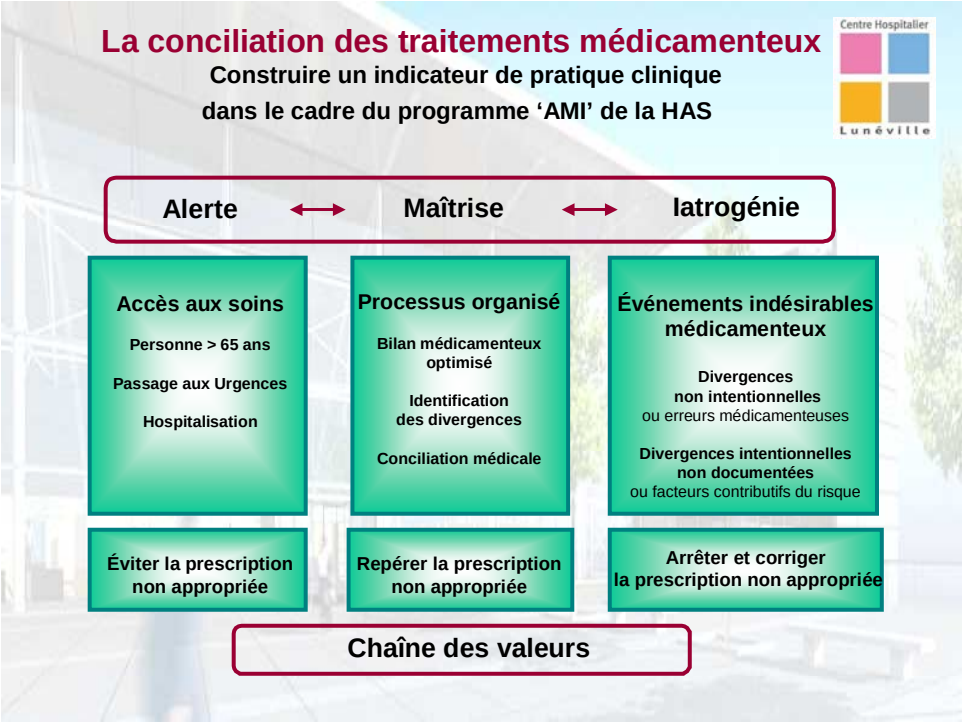
- renforcer la sécurité thérapeutique de la prise en charge médicamenteuse globale du patient au cours de son parcours de soin : c'est l'objectif ultime de la démarche.

L'évaluation des pratiques professionnelles dans un établissement de santé est une obligation dans le cadre de la certification par la HAS. La conciliation comme EPP doit être aboutie et communiquée aux différents acteurs concernés. Pour y arriver il faut :

- Procéder à l'extension de la démarche de conciliation aux points de transition que sont le transfert et la sortie du patient : notre expérimentation a concerné l'étape d'admission. Pour une sécurité globale le transfert et la sortie doivent bénéficier de la conciliation.
- Inscrire la conciliation des traitements médicamenteux dans le programme annuel des EPP de l'établissement : un établissement doit disposer d'une politique relative à l'évaluation. La conciliation étant considérée comme une méthode d'EPP par la HAS, l'établissement doit valoriser cette activité en l'inscrivant dans son programme.
- Structurer un tableau de bord des indicateurs de la conciliation : la mesure est un excellent moyen de sensibiliser et de mobiliser les communautés médicale et pharmaceutique. D'où l'intérêt de communiquer les résultats.
- Restituer l'information sur la thématique aux professionnels de santé et aux institutions dans le cadre de la démarche de Certification par la HAS : au delà de la communication interne, il

paraît important de structurer une communication aux ARS ainsi qu'aux différentes institutions que sont la DGOS, la DGS et l'AFSSaPS.

- Construire un indicateur de pratique clinique dans le cadre du programme 'AMI' de la HAS : un indicateur de pratique clinique (IPC) est un indicateur qui mesure les pratiques cliniques avec pour objectif de les améliorer et de les suivre dans le temps. Les indicateurs MR objectivent bien un niveau de risque potentiel mais traduisent également la gestion du risque, la qualité des pratiques cliniques et son évolution.



Pourquoi des indicateurs d'alerte et de maîtrise ? Les indicateurs de pratique clinique Alerte et Maîtrise - **IPC AMI** - permettent de repérer les situations à risque (Alerte) et de mettre en oeuvre les actions d'amélioration (Maîtrise). Ce couple Alerte / Maîtrise fournit une information de haute pertinence médicale, synthétique et référencée sur les enjeux (alerte) et sur la qualité de la prise en charge au bénéfice du patient (maîtrise et iatrogénie).

Un IPC AMI comporte 2 mesures : une mesure d'Alerte et une mesure de Maîtrise.

La mesure d'Alerte (indicateur d'Alerte) est mesurable par tout professionnel de santé. Elle objective un niveau de risque potentiel mais ne peut être interprétée qu'avec la mesure de maîtrise.

La mesure de Maîtrise (indicateur de Maîtrise) est réalisée par le professionnel dont la pratique clinique est ciblée. C'est une mesure dynamique et prospective qui traduit la gestion du risque, la qualité des pratiques cliniques et son évolution.
D'après HAS – *Les Indicateurs d'Alerte et de Maîtrise du programme AMI – Alzheimer* – Octobre 2010

Comme indicateur d'alerte nous pouvons faire évoluer MR1 en modifiant le numérateur qui ne prendrait plus en compte le délai, et le dénominateur qui concernerait la population éligible de l'ensemble de l'établissement. MR1 deviendrait: nombre de patients conciliés / nombre de patients éligibles du CHL. Cet indicateur de processus montrerait le degré d'implantation de la conciliation dans l'établissement et donc l'accès aux soins.
Comme indicateurs de maîtrise les indicateurs MR2, 3 et 4 garantissent l'existence d'un processus organisé puisqu'ils mesurent le degré de correction des DVG observées.
Ces quatre mesures sont nécessaires pour une analyse du risque et de sa prévention. Dans notre étude nous avons pu constater l'absence d'événements indésirables médicamenteux au cours de l'hospitalisation des 177 patients conciliés.

En conclusion, avoir fait partie de l'équipe projet lors de la phase Test du projet *Med'Rec* des *High 5's* de l'OMS au CHL a constitué une opportunité pour comprendre ce qu'est une méthode, ce qu'est la démarche d'EPP et ce qu'est une mesure de la qualité.
Toute dimension pragmatique et opérationnelle d'une activité -en l'occurrence la conciliation- permet à un professionnel d'acquérir et de consolider ses connaissances et d'asseoir son expertise.

- Fin de la **Partie II** -

Les 10 Commandements pour concilier dans son établissement

1

Il faut une implication du pharmacien et de son équipe à l'étape de construction du bilan comparatif des médicaments. Quand on parle du médicament, on doit aussi parler du pharmacien.

2

Il faut pouvoir concilier de façon sélective en raison de la charge de travail. Pour cela, identifier la population à risques –patients confus, âgés, présentant des pathologies cardio-vasculaires (bétabloquants, anticoagulants), endocrinologiques (sulfamides hypoglycémiants, insulines), des pathologies respiratoires (antiasthmatiques) et neurologiques (antiépileptiques). En effet le principal type d'erreur médicamenteuse rencontré lors de la conciliation est l'omission de traitement.

3

Il faut pouvoir concilier les patients à l'admission et à la sortie car c'est sécuriser les interfaces et le relais thérapeutique ville-hôpital. Le Professeur Jean Calop parlerait de prise en charge médicamenteuse globale du patient. Cela a du sens et les médecins adhèrent !

4

Il faut s'appuyer sur les outils de la conciliation. Cela établit une forte relation de confiance dans le travail réalisé et renforce le lien pharmacien-médecin cliniciens au bénéfice du patient.

5

Il faut arriver à concilier aussi vite que possible, c'est à dire dans les 24 heures. Mais concilier en plus de temps c'est bien aussi, parce que quel que soit le délai de réalisation de la conciliation, elle est utile jusqu'à la sortie du patient.

6

Il faut pouvoir inscrire l'implantation de la conciliation des traitements médicamenteux dans le programme de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse de l'établissement et lui attribuer une gestion de projet institutionnelle.

7

Il faut intégrer le système d'information de la conciliation au dossier médical du patient et mieux encore au système d'information hospitalier. Et si le SIH de l'établissement est immature, ne pas oublier celui de la conciliation le moment venu.

8

Il faut former le personnel impliqué de près ou de loin à la démarche de conciliation des traitements.

9

Il faut penser à la certification de l'établissement et à la référence 28 sur les évaluations de pratiques professionnelles.

La conciliation des traitements médicamenteux est une EPP dont la méthodologie est une approche par indicateurs. De préférence, utiliser l'indicateur nombre de patients conciliés / nombre de patients éligibles dans l'établissement, il montre le degré d'implantation de la conciliation dans l'établissement. Et aussi l'indicateur nombre de patients ayant au moins une divergence non intentionnelle corrigé / nombre de patients conciliés, c'est un indicateur de pratique clinique.

10

Il faut communiquer en interne, pourquoi pas en externe pour renforcer la culture de sécurité des soins.

Annexes

Annexe 1 : La Fiche de Conciliation des Traitements

Centre hospitalier de Lunéville

Mai 2011

Fiche de conciliation des traitements

Patient N° = né le – Conciliation faite le entre et
Reprendre le n° des patients éligibles

BMO du /2011 Bilan Médicamenteux Optimisé		Statut	OMA du /2011 Ordonnance des Médicaments à l'Admission		Validée/ Divergente	Intentionnel / Non Intentionnel I / NI	Processus CTM A documenter / A corriger	Rétroactif Commentaires	Classement (0 à 2)	Divergences Corrigées
Mdt/dosage/forme	Posologie/voie		Mdt/dosage/forme	Posologie/voie						
								TTT ou automédication antérieurs		
Nbre de lignes du BMO	0	0	Nbre de lignes de l'OMA	0		Nombre de divergence détectées 0	Centre Hospitalier Lunéville	Nbre type 0	0	Nombre de divergence corrigées 0
Temps BMO								Nbre type 1	0	
Temps CTM								Nbre type 2	0	
								Total types 1,2	0	
Sources d'information		SIH-Atalante	Médecin traitant			Patient		Signature Pharmacien		Taux de Convergence #DIV/0!
DMP en cours		SIH-Image Pharma.	Médecin spécialiste			Famille				
DMP antérieur		Lettre au MT	Pharmacien officine			Base ALD				
DMP urgences		Lettre du MT	IDE libérale			Autres				
Pharmacie personnelle										

Annexe 2 : La fiche de repérage des Evènements Sentinelles par les Infirmiers

Centre hospitalier de Lunéville – *Med'Rec*

Coller ici
l'étiquette patient

Patient
Med'Rec

FICHE *Med'Rec* IDE

ÉVÉNEMENTS SENTINELLES EN COURS D'HOSPITALISATION EN MÉDECINE B

- **ES_1 = Transfert inattendu dans une unité de soins plus intensifs** **OUI ❒** **NON ❒**

- **ES_2 = décès inexpliqué ou inattendu** **OUI ❒** **NON ❒**

Pendant l'hospitalisation du patient, cocher les cases OUI de la FICHE *Med'Rec* IDE le cas échéant.
A la sortie du patient, compléter la FICHE *Med'Rec* IDE, l'enlever du dossier patient et la placer dans la bannette *Med'Rec* du service.

ES = événement sentinelle

Annexe 3 : Le mode opératoire de remplissage de la FCT

CENTRE HOSPITALIER DE LUNÉVILLE	**MODE OPERATOIRE**	**Réf. : OPC0150M** **Indice : 00** **Page 1/1**
	Rédaction de la fiche de conciliation des traitements médicamenteux à l'admission	

Mots clés (hors titre) : médicament, conciliation, bilan médicamenteux optimisé (BMO), ordonnance des médicaments à l'admission (OMA), divergence, projet *Med'Rec*	
Version : ☒ création du document ☐ remplacement du document réf. :	**Date de mise en application** : 1er février 2010 **Durée de validité** : 1 an **Date de fin de validité** : 31 janvier 2011

1. OBJET

Modalités de remplissage de la fiche de conciliation des traitements médicamenteux (FCTM) à l'admission

2. DOMAINE D'APPLICATION

Conciliation des traitements médicamenteux (CTM) à l'admission
Projet *MEDication REConciliation* (*Med'Rec*) - *High 5s* - OMS

3. VALIDATION

Groupe projet *Med'Rec*

4. PERSONNES CONCERNEES

Préparateurs en pharmacie, étudiants en pharmacie et pharmaciens
Infirmier(ère)s et médecins du service de médecine B

5. RESPONSABILITES

Pharmaciens et médecins du service de médecine B

6. DOCUMENT DE REFERENCE

Standard Operating Protocol for assuring Medication Accuracy at Transitions in Care: Medication Reconciliation. OMS - High5s Steering Group Meeting, 6-7 novembre 2008. Paris, France. 10 pages.

REDACTEURS	VERIFICATEUR	APPROBATEUR
Date : Noms : M. T. BAUM, Mlle E. CONRARD et M. S. DOERPER Fonctions : Etudiants en pharmacie (contributeurs) Signatures :	Date : Nom : Mme D. JELSKI Fonction : Représentant des préparateurs en pharmacie (groupe projet) Signature :	Date : Nom : Mme E. DUFAY Fonction : Facilitateur (groupe projet) Signature :

7. ABREVIATIONS ET DEFINITIONS

- ***High 5s*** : projet coordonné par l'OMS sur l'amélioration de la sécurité des patients
- ***Med'Rec*** : *MEDication REConciliation*, un des cinq *Standard Operating Protocols (SOP)* de *High 5s*
- **OMA** : Ordonnance des Médicaments à l'Admission d'un patient hospitalisé dans un service de soins d'un établissement de santé

  Cette première ordonnance comprend les médicaments pris par le patient à domicile et poursuivis avec ou sans modification, et les médicaments ajoutés par le médecin urgentiste, le médecin de garde ou le médecin du service d'admission
- **BMO** : Bilan Médicamenteux Optimisé d'un patient hospitalisé dans un service de soins d'un établissement de santé.

  C'est un document qui comprend les médicaments pris en routine avant l'hospitalisation du patient :
  - soit prescrits par le médecin traitant ou spécialiste
  - soit pris en automédication

  Il est réalisé de préférence dans les 24 premières heures de l'hospitalisation
- **CTM** : Conciliation des Traitements Médicamenteux entre la ville et l'hôpital est un processus pluri-professionnel et interactif qui garantit la continuité des soins en intégrant à une nouvelle prescription les traitements en cours du patient.
- **CM** : Conciliation Médicale : étape particulière de la CTM qui consiste en l'analyse et la résolution des divergences détectées suite à la comparaison du BMO et de l'OMA
- **FCTM** : Fiche de Conciliation des Traitements Médicamenteux. Document qui mentionne : le BMO et les médicaments de l'OMA, le statut de chaque médicament, la nature des divergences observées, la décision médicale qui leur est consécutive, la durée de réalisation du BMO et de la CM, ainsi que les sources documentaires utilisées. Elle existe sous forme papier et/ou électronique. Elle est archivée dans le DMP
- **DMP** : Dossier Médical Patient
- **Divergence entre le BMO et l'OMA** : écart non documenté[1], intentionnel[2] ou non

  [1]**non documenté** : absence de trace manuscrite ou électronique de la prescription dans un document quel qu'il soit figurant dans le DMP (argumentation ou justification de la prescription non recherchée)

  [2]**intentionnel** : décision médicale exprimée de façon orale, manuscrite ou électronique

  La divergence concerne les éléments suivants :
  - le principe actif parce qu'il n'est pas identique sauf si l'équivalence est validée en COMEDIMS
  - la dose ou la posologie sauf si une correspondance est validée en COMEDIMS, ainsi que le moment de l'administration
  - la forme galénique ou la voie d'administration lorsqu'un passage est prescrit d'une voie simple vers une voie invasive

L'écart lié à une modification, ajout et arrêt d'un médicament est considéré comme une divergence potentielle. Il est étiqueté « divergent »

La poursuite et la suspension d'un médicament ne sont pas considérées comme une divergence. Elles sont étiquetées d'emblée « correct »

8. DESCRIPTIF

8.1. Critères d'inclusion des patients

Patient de plus de 65 ans hospitalisé dans le service de médecine B, après passage au service des urgences

8.2. Première étape

8.2.1. Acteur

Préparateur en pharmacie le lundi et étudiant en pharmacie du mardi au vendredi

8.2.2. Démarche de rédaction

Tableau I : Démarche générale, adaptée au cas par cas

Etapes de la démarche	Documents	
Contact infirmier(ère) (*précautions à prendre*)		
Contact patient (*autorisation, ordonnance, traitement personnel, famille, pharmacien d'officine, médecin traitant et spécialistes…*)	BMO	
Consultation de la prescription à J1		OMA
Consultation du dossier patient (*prescription urgentiste, lettre médecin traitant*)	BMO	
Consultation du dossier antérieur (*prescription urgentiste, lettre et prescription du ou au médecin traitant*)	BMO	
Entretien avec le pharmacien d'officine	BMO	
Entretien avec le médecin du service de soins		OMA
Entretien avec le médecin traitant	BMO	
Entretien avec le médecin spécialiste	BMO	
Entretien avec le patient	BMO	
Entretien avec la famille du patient	BMO	

8.2.3. Rédaction (version papier et électronique)

En-tête de la FCT
Compléter le numéro du patient (correspond au numéro de l'étude *Med'Rec*), ses nom, prénom et date de naissance et le type de processus proactif ou rétroactif (menu déroulant)

BMO
Compléter la date du BMO et lister les médicaments :

- 1ère colonne : nom commercial, dosage, forme galénique
- 2ème colonne : posologie, voie

Liste des médicaments pris en routine la plus exhaustive et complète possible :

- exhaustive : identification de tous les médicaments prescrits ou pris en automédication
- complète : précision pour chaque médicament du nom, du dosage, de la forme, de la posologie et de la voie

Liste des médicaments établie après confrontation d'au moins deux sources d'information :

- entretien avec le patient, son entourage, le pharmacien d'officine, le médecin traitant…
- analyse des DMP, des courriers médicaux
- traitement personnel apporté par le patient
- …

Inscrire le nombre de lignes du BMO et le temps consacré à sa réalisation

Statut (menu déroulant)
Pour préciser si le médicament est :

- poursuivi
- modifié
- modifié non documenté
- ajouté
- ajouté non documenté
- arrêté
- arrêté non documenté
- suspendu

OMA
Compléter la date de l'OMA et lister les médicaments :

- 1ère colonne : nom commercial, dosage, forme galénique
- 2ème colonne : posologie, voie

Inscrire le nombre de lignes de l'OMA

Correct / Divergent (menu déroulant)

- correct : aucune divergence = absence d'écart ou écart documenté
- divergent : divergence non documentée

Sources d'information pour le BMO (listées en bas de la FCTM)
Renseigner chaque source par « oui » ou « non »

Traitements ou automédication antérieurs
Mentionner éventuellement pour information les médicaments des traitements ou de l'automédication antérieurs pris de façon soit prolongée, soit ponctuelle, soit récurrente

Remarque : validation de la première étape par un pharmacien

8.3. Deuxième étape

8.3.1. Acteurs

Médecin du service de médecine B - Préparateur ou étudiant en pharmacie

8.3.2. Rédaction

En-tête de la FCT
Compléter la date de la conciliation médicale ainsi que les noms des conciliateurs (médecin et préparateur ou étudiant en pharmacie)

Intentionnel / Non intentionnel (menu déroulant)
A renseigner par le médecin

- I : intentionnel
- NI : non intentionnel

A documenter / A corriger

- A documenter : si la divergence est intentionnelle, il y a enregistrement par le médecin dans le DMP de la modification, de l'ajout ou de l'arrêt du médicament
- A corriger : si la divergence est non intentionnelle, il y a correction de la prescription par le médecin ce qui correspond à une nouvelle prescription rectificative de l'OMA.

8.4. Troisième étape

8.4.1. Acteurs

Préparateur ou étudiant en pharmacie

8.4.2. Rédaction

Commentaires
Mentionner :

- justificatifs de la pratique
- difficultés rencontrées lors de la CTM
- raisons pour lesquelles la CTM n'a pas été réalisée
- ...

Classement en type (menu déroulant)

- 0 : absence de divergence = absence d'écart ou écart documenté
- 1 : présence d'une divergence non documentée intentionnelle
- 2 : présence d'une divergence non documentée non intentionnelle

Tableau II : Règles de caractérisation des divergences

Statut du médicament	Correct / Divergent	Intentionnel / Non Intentionnel	Classement en type
Poursuivi	Correct		0
Modifié documenté	Correct		0
Modifié non documenté	Divergent	I	1
		NI	2
Ajouté documenté	Correct		0
Ajouté non documenté	Divergent	I	1
		NI	2
Arrêté documenté	Correct		0
Arrêté non documenté	Divergent	I	1
		NI	2
Suspendu	Correct		0

Inscrire le chiffre du type - 0, 1, 2 - et le nombre total des types 1 et 2

Inscrire le temps consacré à la réalisation de la CM

8.5. Devenir de la FCT

- une version électronique pour traitement des données et calcul des indicateurs de performance par le service de pharmacie est disponible dans :

  Y:\AAA - HIGH 5s - Med Rec\A- PROJET Med'Rec\1- Projet Med'Rec au CHL\Résultats Med'Rec du CHL

- une version papier est archivée dans le DMP

Annexe 4 : La fiche de sortie

Centre Hospitalier de Lunéville

Fiche de conciliation des traitements médicamenteux de transfert ou de sortie

Lunéville, le « date »

Patient(e) : Mme Aspirine
Né(e) le : 18/02/1937
Hospitalisée(e) : du « date » au « date »

Docteur « médecin traitant »,

Votre patient(e) a été hospitalisé(e) dans le service de médecine B. Nous avons établi à l'entrée un bilan de ses traitements pris en routine à son domicile. Vous trouverez ci-dessous le bilan réalisé ainsi que son traitement de sortie et un éventuel complément d'informations dans la rubrique « Commentaires ».

Bilan des médicaments à l'entrée		Statut	Ordonnance de sortie		Commentaires
Mdt/dosage/forme	Posologie/voie		Mdt/dosage/forme	Posologie/voie	
AVANDIA 8mg cp	1-0-0	Suspendu			A reprendre le « date »
BIPRETERAX 4mg/1,25mg cp	0-1-0	A poursuivre	BIPRETERAX 4mg/1,25mg cp	0-1-0	
GLIBENCLAMIDE 5mg cp	1-1-1	Arrêté			
TAHOR 40mg cp	0-0-1	A poursuivre	TAHOR 40mg cp	0-0-1	
KENZEN 8mg cp	0-1-0	Modifié	KENZEN 8mg cp	2-0-0	
		Ajouté	GLUCOPHAGE 1000mg cp	1-1-1	

Les sources documentaires suivantes ont été utilisées :

Dossier patient en cours Dossier patient antérieur Dossier patient urgences Lettre du médecin traitant

Les entretiens suivants ont été conduits :

Patient Pharmacien traitant Médecin spécialiste

Vous trouverez également ci-dessous les interventions pharmaceutiques du pharmacien clinicien hospitalier qui pourraient vous être utiles :

Signature du médecin hospitalier

Dr « médecin hospitalier »

Copie au pharmacien traitant
Dr « pharmacien officine »

Centre Hospitalier de Lunéville - 2 rue Level - B.P. 30206 - 54300 Lunéville Cedex
Tél. : 03.83.76.12.12 - Fax : 03.83.74.38.97 - e.mail : direction@ch-luneville.fr

Document de travail

Annexe 5 : La base de données des indicateurs MR

non = 0 oui = 1

Bilan total — **Patients éligibles**

Numéro patient éligible		Identification patient Nom Prénom	Date d'admission				Heure d'admission	Entré week end	Conciliation des traitements					Divergences			
			Année	Mois	Semaine	Date			Non	Oui dans les 24 1ères heures	Oui entre 24 et 48h	Oui après 48h	Proactif	Nb de DVG I ND Type 1	Nb de DVG NI Type 2	Patient ayant au moins 1 Type 2 = DVG NI	Patient sa divergenc
124	1	[redacted]	2010	6	24	09/06/10	2:16	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0
125	1		2010	6	24	10/06/10	9:43	0	0	0	1	0	0	0	2	1	0
126	1		2010	6	25	14/06/10	22:51	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1
127	1		2010	6	24	12/06/10	14:26	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1
128	1		2010	6	24	13/06/10	15:39	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0
129	1		2010	6	24	13/06/10	20:45	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0
130	1		2010	6	25	14/06/10	9:08	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
131	1		2010	6	25	14/06/10	16:13	0	0	1	0	0	0	8	4	1	0
132	1		2010	6	25	17/06/10	1:25	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1
133	1		2010	6	25	17/06/10	16:32	0	0	1	0	0	0	0	2	1	0
134	1		2010	6	26	21/06/10	14:24	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
135	1		2010	6	26	21/06/10	18:49	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
136	1		2010	6	25	20/06/10	7:07	1	0	0	0	1	0	2	1	1	0
137	1		2010	6	25	20/06/10	18:34	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1
138	1		2010	6	25	18/06/10		0	1								
139	1		2010	6	25	18/06/10		0	1								
140	1		2010	6	25	19/06/10		1	1								
141	1		2010	6	25	19/06/10		1	1								
142	1		2010	6	25	19/06/10		1	1								
143	1		2010	6	26	24/06/10	16:18	0	0	1	0	0	0	0	2	1	0
144	1		2010	6	26	27/06/10	19:14	1	1								
145	1		2010	6	26	25/06/10	10:40	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0
146	1		2010	6	27	28/06/10	10:28	0	0	0	1	0	0	3	1	1	0
147	1		2010	6	27	29/06/10	4:49	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0
148	1		2010	6	27	29/06/10	21:02	0	0	1	0	0	0	1	6	1	0
149	1		2010	6	27	29/06/10	19:25	0	0	1	0	0	0	0	2	1	0

Bilan / Annuel / Mensuel / Hebdomadaire / Définition des indicateurs / Diagrammes mensuels / Diagrammes hebdomadaires

Bilan total

Numéro patient éligible		Identification patient Nom Prénom	Patient sans divergences	Nbre lignes médicaments BMO	Nbre lignes médicaments OMA	Nbre lignes médicaments Total	Durée BMO	Durée Conciliation	Sources d'information (non = 0, oui = 1) DMP en cours	DMP antérieur	DMP urgences	Phie perso	SIH atalante	SIH Image pharma	Lettre au MT	Lettre du MT	Médecin traitant	Médecin spécialiste	Phien officine
124	1	[redacted]	0	4	3	4	0:30	0:05	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1
125	1		0	4	7	7	1:15	0:05	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0
126	1		1	7	0	7	0:45	0:00	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1
127	1		1	0	1	1	0:05	0:01	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
128	1		0	4	6	8	1:00	0:05	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1
129	1		0	12	12	13	1:00	0:05	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0
130	1		1	7	7	7	0:45	0:00	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0
131	1		0	16	10	20	2:00	0:05	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1
132	1		1	5	0	5	0:45	0:00	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1
133	1		0	7	5	7	1:00	0:01	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1
134	1		0	11	8	14	1:30	0:01	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1
135	1		1	4	6	6	0:40	0:00	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1
136	1		0	7	8	10	1:45	0:03	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1
137	1		1	7	9	9	1:00	0:01	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1
138	1																		
139	1																		
140	1																		
141	1																		
142	1																		
143	1		0	5	9	9	1:00	0:05	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1
144	1																		
145	1		0	12	10	12	0:40	0:02	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0
146	1		0	9	10	11	1:20	0:05	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1
147	1		0	7	8	9	0:40	0:00	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0
148	1		0	11	7	14	1:00	0:10	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1
149	1	[redacted]	0	4	1	4	0:45	0:01	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1

Bilan / Annuel / Mensuel / Hebdomadaire / Définition des indicateurs / Diagrammes mensuels / Diagrammes hebdomadaires

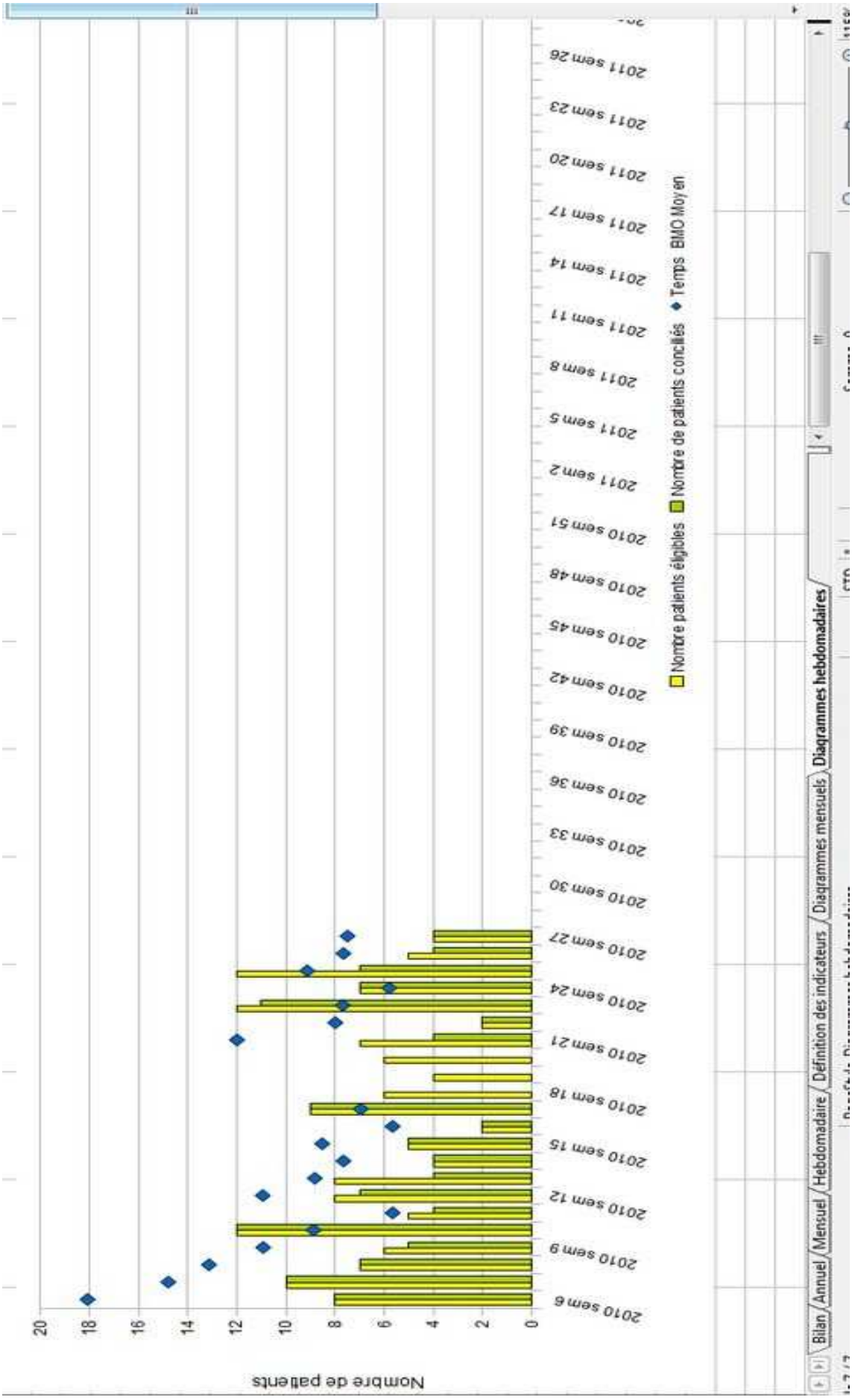
Bilan total

Numéro patient éligible		Identification patient Nom Prénom	Sources d'information non = 0 oui = 1													ES				
			Phie perso	SIH atalante	SIH Image pharma	Lettre au MT	Lettre du MT	Médecin traitant	Médecin spécialiste	Phien officine	IDE libérale	Patient	Famille	Base ALD	Autre	ES1 AVC	ES2 Transf USC	ES3 INR > 6	ES4 Gly<0,5g/l	ES5 Décès
124	1	[redacted]	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0					
125	1		0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0					
126	1		0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0					
127	1		0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
128	1		0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0					
129	1		1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0					
130	1		0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0					
131	1		0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0					
132	1		0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0					
133	1		0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0					
134	1		1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0					
135	1		0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0					
136	1		0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0					
137	1		0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0					
138	1																			
139	1																			
140	1																			
141	1																			
142	1																			
143	1		0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0					
144	1																			
145	1		1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1					
146	1		0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0					
147	1		0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0					
148	1		0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0					
149	1		0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0					

Bilan / Annuel / Mensuel / Hebdomadaire / Définition des indicateurs / Diagrammes mensuels / Diagrammes hebdomadaires

Bilan hebdomadaire				Patients éligibles												
Semaine	Nombre patients éligibles	Entré Week end	Conciliation des traitements					Divergences				Nbre lignes médicaments			Durée	
			Non	Oui dans les 24 1ères heures	Oui entre 24 et 48h	Oui après 48h	Proactif	Nb de DVG I ND Type 1	Nb de DVG NI Type 2	Patient ayant au moins 1 Type 2 = DVG NI	Patient sans divergences	BMO	OMA	Total	BMO	Conciliation
2010 sem 8	7	0	0	4	1	2	0	12	6	4	2	58	57	0	11h30	00h26
2010 sem 9	6	4	1	2	1	2	0	7	2	2	2	53	57	33	06h50	00h29
2010 sem 10	12	1	0	9	3	0	0	15	11	4	5	108	119	141	13h20	00h35
2010 sem 11	5	3	1	1	1	2	0	2	0	0	3	28	31	37	02h50	00h02
2010 sem 12	8	2	1	5	2	0	0	4	3	3	3	37	46	57	09h35	00h34
2010 sem 13	8	2	4	2	0	2	0	11	0	0	1	47	45	56	04h25	00h11
2010 sem 14	4	0	0	4	0	0	0	2	0	0	2	23	29	31	03h50	00h15
2010 sem 15	5	0	0	4	1	0	1	3	0	0	3	50	45	55	05h20	00h02
2010 sem 16	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	9	10	11	01h25	00h01
2010 sem 17	9	2	0	3	5	1	1	15	2	1	5	77	75	94	07h50	00h27
2010 sem 18	6	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00h00	00h00

Bilan / Annuel / Mensuel / Hebdomadaire / Définition des indicateurs / Diagrammes mensuels / Diagrammes hebdomadaires


Nombre de patients
20
18
16
14
12
10
8
6
4
2
0
2010 sem 6
2010 sem 9
2010 sem 12
2010 sem 15
2010 sem 18
2010 sem 21
2010 sem 24
2010 sem 27
2010 sem 30
2010 sem 33
2010 sem 36
2010 sem 39
2010 sem 42
2010 sem 45
2010 sem 48
2010 sem 51
2011 sem 2
2011 sem 5
2011 sem 8
2011 sem 11
2011 sem 14
2011 sem 17
2011 sem 20
2011 sem 23
2011 sem 26
Nombre patients éligibles
Nombre de patients conciliés
Temps BMO Moyen
Bilan
Annuel
Mensuel
Hebdomadaire
Définition des indicateurs
Diagrammes mensuels
Diagrammes hebdomadaires

Annexe 6 : La base de données des Divergences non intentionnelles

Analyse des DVG NI = erreur médicamenteuse = corrections des prescriptions

Type 2 Divergences non intentionnelles (n°patient+n° divergence)	**BMO**	**ATC**	**Code ATC à surveillance particulière**	**Classe**	**OMA**	**Statut**
4 – 1	Lasilix 20mg cpr 1-0-0	C03		Diurétique		arrêté non documenté
5 – 1	Trusopt Collyre1-0-1	S01		Médicaments		arrêté non documenté
5 – 2	Xalatan collyre 0-1-0	S01		Médicaments		arrêté non documenté
5 – 3	Tadénan 50mg cap 1-0-1	G04		Médicaments urologiques		arrêté non documenté
8 – 1	Anafranil 75 mg cpr 0-0-1	N06		Psychoanaleptiques,		arrêté non documenté
8 – 2		L02		Thérapeutique endocrine	Anandron 150 mg cpr ½-0-0	ajouté non documenté
9 – 1	Structum 500 mg gél	M01		Antiinflammatoire et		arrêté non documenté
12 – 1	Inipomp 20 mg cp 0-0-1	A02		Médicaments pour les troubles de l'acidité	Inipomp 40 mg cp 0-0-1	modifié non documenté
20 – 1	Lasilix 20mg cpr 1-0-0	C03		Diurétique		arrêté non documenté
20 – 2	Diffu-K gél 1/j	A12		Suppléments minéraux		arrêté non documenté
23 – 1	Symbicort Turbuhaler 400/12µg 2-2-	R03		Médicaments pour les	Symbicort Turbuhaler 200/6µg 2-2-	modifié non documenté
24 – 1	Atacand 8mg cp 0-1-0	C09		Médicaments agissants	Atacand 8mg cp (+ 0-1-0)	modifié non documenté
25 – 1	Laroxyl 4% gouttes 0-0-5	N06		Psychoanaleptiques,		arrêté non documenté
25 – 2	Forlax sachet 1-0-0	A06		Laxatif		arrêté non documenté
26 – 1	Modopar 125mg cp 1-1-1-1	N04		Antiparkinsonien	Modopar 125mg cp 1-1-1-1-1	modifié non documenté
26 – 2	Coversyl 4 mg cp 1-0-0	C09		Médicaments agissants	Coversyl 2 mg cp 1-0-0	modifié non documenté
30 – 1	Kayexalate 15g/dose pdr ½ /2j	V03		Tous autres médicaments		arrêté non documenté

Décision médicale (renseigner par menu déroulant si arrêté non documenté)	**Commentaire**	**Code SFPC PTM**	**Code SFPC OP**	**Balance B/R**
arrêté	Noté dans le DMP	2-indication non traitée	1 - ajout (prescription nouvelle)	1 - amélioration clinique
ajouté ou repris		2-indication non traitée	1 - ajout (prescription nouvelle)	1 - amélioration clinique
ajouté ou repris		2-indication non traitée	1 - ajout (prescription nouvelle)	1 - amélioration clinique
ajouté ou repris		2-indication non traitée	1 - ajout (prescription nouvelle)	1 - amélioration clinique
ajouté ou repris	Confusion avec Anandron	2-indication non traitée	1 - ajout (prescription nouvelle)	1 - amélioration clinique
Reprise Anafranil, confusion avec		5-médicament non indiqué	2 - arrêt	3- prévention nouvelle pathologie
suspendu	Noté dans le DMP	2-indication non traitée	2 - arrêt	6 - autres
Corrigé		4-surdosage	7 - adaptation posologique	3- prévention nouvelle pathologie
suspendu	Noté dans le DMP	2-indication non traitée	1 - ajout (prescription nouvelle)	1 - amélioration clinique
suspendu	Noté dans le DMP	2-indication non traitée	1 - ajout (prescription nouvelle)	1 - amélioration clinique
Dosage corrigé		3-sous dosage	7 - adaptation posologique	1 - amélioration clinique
Corrigé	Erreur ergonomie logiciel	2-indication non traitée	7 - adaptation posologique	1 - amélioration clinique
ajouté ou repris		2-indication non traitée	1 - ajout (prescription nouvelle)	1 - amélioration clinique
à réévaluer		2-indication non traitée	1 - ajout (prescription nouvelle)	1 - amélioration clinique
Correction de la posologie		4-surdosage	7 - adaptation posologique	3- prévention nouvelle pathologie
Modifier dans le DMP		3-sous dosage	7 - adaptation posologique	1 - amélioration clinique
arrêté		2-indication non traitée	1 - ajout (prescription nouvelle)	1 - amélioration clinique

Annexe 7 : Le poster présenté aux Rencontres Prescrire à Bruxelles les 28 et 29 mai 2010

Erreurs médicamenteuses liées à l'interface ville/hôpital dans un établissement de santé français

S.DOERPER, E.CONRARD, T. BAUM, D. JELSKI, E. PIERRE-RASQUIN, C. COLLARD, M.F. RASPILLER, D. PINEY et E. DUFAY

Centre Hospitalier de Lunéville, 2 rue Level, F-54300 Lunéville
Email : edufay@ch-luneville.fr

CONTEXTE

En 2005, l'étude Française ENEIS démontre qu'1,32 Erreur Médicamenteuse Grave liée au Médicament (EIGM) survient pour 1000 journées d'hospitalisation en Médecine Chirurgie Obstétrique. Près de la moitié (42%) de ces EIGM sont évitables. Sachant qu'il existe plus de 130 millions de journées d'hospitalisation en France les erreurs médicamenteuses émergent comme un problème majeur de santé publique. Le Centre Hospitalier de Lunéville (CHL) a défini et mis en œuvre une politique relative à la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient. Elle s'appuie sur un programme de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse. Dans ce cadre, le CHL s'est proposé d'être site test pour le projet *Med'Rec* (Medication Reconciliation) de l'Organisation Mondiale de la Santé dont le promoteur en France est la Haute Autorité de Santé.

OBJECTIFS

Au cours du projet *Med'Rec*, pharmaciens et médecins sont amenés à évaluer l'organisation de la prise en charge médicamenteuse du patient. L'intégration d'un bilan optimisé des médicaments pris à domicile lors de l'admission est un processus interactif dénommé conciliation des traitements médicamenteux (Medication Reconciliation).

L'objectif de l'étude est de rechercher les mesures qui concourent à prévenir les Erreurs Médicamenteuses (EM) détectées à l'admission. Ces EM avérées, analysées en terme de fréquence et caractéristiques sont interceptées lors de l'admission en hospitalisation du patient - *traitements ambulatoires non poursuivis, erreurs de dénomination, de dose, de voie…* - grâce à la mise en œuvre de la pratique de conciliation au CHL.

METHODE

L'étude réalisée par le CHL est effectuée dans le service de médecine B (médecine polyvalente à orientation diabétologie) sur une période allant du 1er février au 12 mars 2010, soit 6 semaines. Les patients sélectionnés pour cette étude ont plus de 65 ans, sont hospitalisés dans le service de médecine B après passage au service des urgences : il s'agit de patients à haut niveau de risque.

L'équipe médicale *(médecins et internes)* établit dans l'urgence l'**Ordonnance des Médicaments à l'Admission** (OMA) à partir des éléments mis à leur disposition. L'équipe pharmaceutique *(pharmaciens, étudiants et préparateurs en pharmacie)* établit le **Bilan Médicamenteux Optimisé** (BMO) en réalisant une recherche exhaustive de tous les médicaments que prend le patient en routine - incluant nom, dosage, posologie, voie d'administration… L'**OMA** est alors comparée au **BMO**. Les divergences sont identifiées et portées à l'attention du prescripteur qui les corrige en tant que de besoin. Les divergences non intentionnelles identifiées correspondent à la définition même de l'EM.

RESULTATS

Sur les 6 semaines de l'étude, 109 patients sont hospitalisés dans le service de médecine B. Sur les 45 patients de plus de 65 ans qui sont passés aux urgences et hospitalisés, **44 patients** sont conciliés.

28 EM sont découvertes pour les 44 patients

=> 0,6 EM par patient

16 patients ayant au moins une EM sont identifiés sur les 44 patients

=> 36% des patients ont au moins une EM

La figure 1 représente le nombre de patients conciliés par semaine ainsi que le nombre moyen d'EM mesuré par patient. Le nombre maximum observé d'EM pour un patient est de 7.

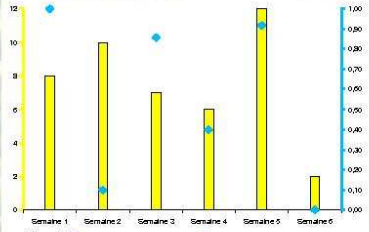


Figure 1 : Nombre patients conciliés/semaine ; Nombre d'erreurs médicamenteuses/patient

Figure 2 : Répartition des EM selon la classification de la SFPC des Problèmes Thérapeutiques Médicamenteux

Selon la classification de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) des EM, le type d'EM est majoritairement **l'erreur d'omission (20 sur 28)**, suivi de l'erreur de posologie (7 sur 28) et de l'erreur de médicament (1 sur 28).

La figure 2 représente la répartition des EM utilisant une autre classification de la SFPC, celle des Problèmes Thérapeutiques liés aux Médicaments (PTM). **L'indication non traitée** est le principal PTM (74%).

Les classes thérapeutiques en cause sont variées. La principale concerne les **médicaments ophtalmologiques** (**18%** des cas) suivie des médicaments psychoanaleptiques (11%). Les ß-bloquants, qui présentent un risque majeur en cas d'arrêt brutal, représentent 4% des médicaments impliqués dans la survenue des EM lors de notre étude.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Au cours de ces 6 semaines d'étude, il n'y a eu aucun cas d'événement indésirable lié à l'OMA conciliée avec le BMO en cours d'hospitalisation, car les EM ont été interceptées. Ce constat présage de l'intérêt de la conciliation. Cette étude montre par ailleurs qu'un patient sur 3 présente au moins une EM suite à son admission, que le principal risque de survenue d'EM est l'omission d'un médicament et que la principale classe thérapeutique mise en cause concerne les médicaments ophtalmologiques. Ces constats ont amené les médecins, en concertation avec les pharmaciens, à renforcer l'entretien avec le patient à l'admission afin de cibler l'omission de traitement. La mesure de remédiation consiste en l'élaboration d'un entretien adapté et systématisé avec le patient qui prend en compte les problèmes rencontrés lors de l'étude. La démarche est d'autant plus utile qu'elle permettra d'éviter l'omission de médicaments tels que les anti-vitamines K et les anti-diabétiques oraux qui, à l'instar des ß-bloquants sont des médicaments à haut niveau de risque en cas d'arrêt brutal.

Il existe une démarche nationale sur l'accessibilité du Dossier Pharmaceutique du patient ambulatoire à l'hôpital : à travers cette étude, on en pressent tout l'intérêt.

Rencontres Prescrire, Bruxelles, 28-29 mai 2010

Bibliographie

[1] **Organisation Mondiale de la Santé.** High 5s Project : Action on patient safety https://www.high5s.org/bin/view/Manual/AssuringMedicationAccuracyAtTransitionsInCare *consulté le 02 mars 2011*

[2] **France.** Loi 2004 – 806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique publiée au *Journal Officiel n°185 du 11 août 2004, rectificatif du Journal Officiel n°186 du 12 août 2004, rectificatif du Journal Officiel n°276 du 27 novembre 2004*

[3] **Académie de Médecine.** De la sanction à la prévention de l'erreur médicale – Propositions pour une réduction des événements indésirables lies aux soins. *Editions Médicales internationales, Cachan, 2006 ; 137 pages*

[4] **Michel et al**. Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé. *DREES 2010 ;17 : 17 pages*

[5] **Welfringer MA., Thilly N., Rey F., Dufay E.** Prévenir l'iatrogénie médicamenteuse dans une unité de soins de longue durée : une démarche qualité appliquée au circuit du médicament. *La revue de Gériatrie 1999 ; 24 :767-776*

[6] **Schmitt E., Antier D., Bernheim B., Husson MC., Tissot E., Dufay E.** Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse. *SFPC 2006; 64 pages*

[7] **Schmitt E.** Le risque médicamenteux nosocomial – Circuit hospitalier du médicament et qualité des soins. *Editions Masson, Paris, 1999; 287 pages*

[8] **Dufay E et al.** Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et aux Dispositifs associés. Une méthode d'amélioration de la qualité, *SFPC Novembre 2008; 76 pages*

[9] **Michel P et al.** Etude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins, analyse approfondie de 45 événements indésirables graves liés aux soins. *DREES Série études, juillet 2007; 6: 60 pages*

[10] **Reason J.** Understanding adverse events : human factors. *Quality in Health Care 1995; 4: 80-89*

[11] **Haute Autorité de Santé.** Le projet international des High5s ; mobilisation internationale en faveur de la sécurité des patients. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_857696/le-projet-international-high-5s *consulté le 02 mars 2011*

[12] **Dufay E.** La conciliation des traitements médicamenteux. *Dialog 2011*

[13] **Doerper S., Conrard E., Baum T., Jelski D., Pierre Rasquin E., Collard C., Raspiller MF., Piney D., Dufay E.** Erreurs médicamenteuses liées à l'interface ville/hôpital dans un établissement de santé français. *Rencontres Prescrire, Bruxelles 28- 29 mai 2010*

[14] **Joint Commission Ressources.** Medication reconciliation handbook – *2nd edition 2009 ; 278 pages*

[15] **Pippins JR. et al.** Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. *J Gen Intern Med 2008 ; 23(9) : 1414-22*

[16] **Vira T., Colquhoun M., Etchells EE.** Reconcilable differences : correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Qual Saf Health Care 2006; 15: 122-126*

[17] **Cornish PL., Knowles SR., Marcheso R., Tam V., Shadowitz S., Juurlink DN., Etchells EE.** Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med 2005; 165: 424-429*

[18] **Haute Autorité de Santé**. Manuel de certification des établissements de santé V2010 – *Novembre 2008 ; 83 pages*

[19] **Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé.** Guichet Erreurs Médicamenteuses. Présentation et bilan depuis la mise en place en 2005. *Juin 2009 :22 pages*

[20] **Steurbaut S., Leemans L., Leysen T., De Baere E., Cornu P., Mets T., Dupont AG.,** Medication history reconciliation by clinical pharmacists in elderly inpatients admitted from home or nursing home. *Annn Pharmacother 2010 ; 44 : 1596-603*

Centre Hospitalier

Lunéville

N/Réf. - JML/AM - n° 446/11

ATTESTATION D'AUTORISATION

Je soussigné, Jean Marc LALLEMAND, Directeur du Centre Hospitalier de Lunéville, autorise Messieurs Thomas BAUM et Sébastien DOERPER, étudiants à la Faculté des Sciences Pharmaceutiques de Nancy, à exploiter l'ensemble des documents conçus dans l'établissement pour mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux.
Ces documents bénéficient d'un Copyright France -n° 37CV1A6 du 30 juin 2010- et d'un dépôt de la propriété intellectuelle à l'Institut National de la Propriété Industrielle -n° 388871 du 05 juillet 2010-.

L'investissement de Messieurs Thomas BAUM et Sébastien DOERPER au projet d'amélioration de la sécurité thérapeutique médicamenteuse de nos patients hospitalisés par la conciliation de leur traitement, trouve dans la présente la reconnaissance de leur participation à ce projet.

Fait à Lunéville, le 5 mai 2011

Le Directeur,

CENTRE HOSPITALIER DE LUNEVILLE DIRECTION

Monsieur LALLEMAND

Toute correspondance est à adresser de manière impersonnelle à Monsieur le Directeur
CENTRE HOSPITALIER DE LUNEVILLE
6 rue Girardet - B.P. 30206 54301 LUNEVILLE CEDEX - TEL. 03 83 76 12 12 FAX 03 83 74 38 97 E. Mail direction@ch-luneville.fr

Centre Hospitalier
Lunéville
Pôle de Logistique Médicale

CENTRE HOSPITALIER DE LUNEVILLE

ATTESTATION D'AUTORISATION

Chef de pôle
Mme Edith DUFAY
edufay@ch-luneville.fr
☎ : poste 1200

Collaborateur de pôle
Mme Dominique JELSKI
djelski@ch-luneville
☎ : DECT 1113

♦♦♦♦♦

Service de pharmacie
Mme Edith DUFAY
edufay@ch-luneville.fr
☎ : poste 1200

Service des Archives & Information Médicale
Dr Isabelle BERQUAND
iberquand@ch-luneville.fr
☎ : poste 1807

Service d'hygiène
Dr Ariane VIDAL
avidal@ch-luneville.fr
☎ : poste 1420

Service de la GREQ
Dr MFrançoise RASPILLER
mfraspiller @ch-luneville.fr
☎ : DECT 3455

Nous soussignés, Edith DUFAY Chef du Pôle de Logistique Médicale, Dominique JELSKI Cadre de santé, David PINEY Président de la Commission Médicale d'Établissement du centre hospitalier de Lunéville, autorisent Messieurs Thomas BAUM et Sébastien DOERPER étudiants à la Faculté des Sciences Pharmaceutiques de Nancy, à exploiter l'ensemble des documents conçus dans l'établissement pour mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux.

Ces documents bénéficient d'un Copyright France -n° 37CV1A6 du 30 juin 2010- et d'un dépôt de la propriété intellectuelle à l'Institut National de la Propriété Industrielle -n° 388871 du 05 juillet 2010-.

Fait à Lunéville, le 5 mai 2011

Edith DUFAY	Dominique JELSKI	David PINEY
Chef du Pôle LM	Cadre de santé	Président de CME

FACULTE DE PHARMACIE **UNIVERSITE HENRI POINCARE - NANCY 1**

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : 24 juin 2011

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présenté par Thomas BAUM et Sébastien DOERPER

Sujet : La conciliation des traitements médicamenteux des patients hospitalisés. Comprendre, s'initier et mettre en œuvre la démarche dans un établissement de santé.

Jury :

Président : Mme Francine PAULUS, maître de conférences
Directeur : Mme Edith DUFAY, pharmacien, praticien hospitalier

Juges : Mme Monique DURAND, présidente du Conseil Régional de l'Ordre des pharmaciens de Lorraine
Mme Emmanuelle PIERRE RASQUIN, médecin
Mr Stéphane GIBAUD, maître de conférences

Vu,

Nancy, le 12 mai 2011

Le Président du Jury — Le Directeur de Thèse

Mme Francine PAULUS — **Mme Edith DUFAY**

Vu et approuvé,

Nancy, le 26 mai 2011

Doyen de la Faculté de Pharmacie de l'Université Henri Poincaré - Nancy 1,

UNIVERSITE HENRI POINCARE - NANCY 1 - FACULTE de PHARMACIE

Francine PAULUS

Vu,

Nancy, le 6 . 6 . 2011

Le Président de l'Université Henri Poincaré - Nancy 1,

Pour le Président et par Délégation, La Vice-Présidente du Conseil des Etudes et de la Vie Universitaire,

Jean-Pierre FINANCE

C. CARDEVILLE-ATKINSON

N° d'enregistrement : 3639.

N° d'identification : 3639

TITRE

La conciliation des traitements médicamenteux des patients hospitalisés.
Comprendre, s'initier et mettre en œuvre la démarche dans un établissement de santé.

Thèse soutenue le vendredi 24 juin 2011

Par Thomas BAUM et Sébastien DOERPER

RESUME :

La pratique de conciliation devrait être inhérente à toute prise en charge médicamenteuse du patient. Elle consiste à intégrer à toute nouvelle prescription les traitements en cours du patient. Dans un établissement de santé, la conciliation des traitements médicamenteux s'effectue aux points de transition que sont l'admission, le transfert et la sortie du patient hospitalisé. Le processus formalisé permet la détection, l'interception et la correction des écarts observés entre la prescription des médicaments rédigée aux points de transition et le traitement de ville du patient. Certains de ces écarts sont intentionnels. D'autres écarts sont non intentionnels, il s'agit d'erreurs médicamenteuses qui doivent être corrigées. L'objectif de cette thèse est de présenter la réflexion et l'expérience d'une équipe de médecins et de pharmaciens sur le concept de conciliation. Dans le cadre de la participation du centre hospitalier de Lunéville au projet OMS des *High 5s*, 212 patients âgés de 65 ans et plus, hospitalisés en service de médecine polyvalente à orientation diabétologie après passage aux urgences, ont été inclus en 7 mois. 177 de ces patients ont bénéficié d'une conciliation de leur traitement à l'admission. 150 divergences intentionnelles mais non documentées sont interceptées; celles-ci sont potentiellement source d'erreurs. Egalement 146 divergences non intentionnelles sont observées. 34% des patients présentent au moins une erreur médicamenteuse interceptée et corrigée. L'analyse des résultats a permis d'identifier les facteurs favorisant l'implantation de la conciliation dans notre pratique quotidienne mais aussi les freins à sa mise en œuvre.

MOTS CLES :

Conciliation des traitements médicamenteux, continuité des soins, erreurs médicamenteuses, établissements de santé, sécurité thérapeutique du patient

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
Mme Édith DUFAY pharmacien, praticien hospitalier	Service de Pharmacie Centre Hospitalier de Lunéville	**Expérimentale** ☒ **Bibliographique** ☐ **Thèmes** 3-6

Thèmes
1 – Sciences fondamentales
2 – Hygiène/Environnement
3 – Médicament
4 – Alimentation – Nutrition
5 - Biologie
6 – Pratique professionnelle