



Fiche mémo

Préconisations pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux

Décembre 2015





Table des matières

Partie 1 : La problématique	3
Le contexte	3
La définition	4
La conciliation des traitements médicamenteux intégrée aux activités de pharmacie clinique	4
Partie 2 : le processus	5
La conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé et médico-social	5
La conciliation à l'admission	5
La conciliation à la sortie	7
La conciliation lors d'un transfert	8
La conciliation des traitements médicamenteux en ville	8
Le système d'information de la conciliation des traitements médicamenteux	9
Partie 3 : Les acteurs	10
Place des différents professionnels de santé dans la conciliation des traitements médicamenteux	10
1. à l'admission d'un établissement de santé ou médico-social	10
2. à la sortie d'un établissement de santé ou médico-social, ou lors d'un transfert	11
3. en ville	11
Partie 4 : Volet stratégie	12
Pour impulser la démarche en établissement	12
Pour appliquer la conciliation des traitements médicamenteux à des populations spécifiques	13
Bibliographie	14



Partie 1 : La problématique

Le contexte

La conciliation des traitements médicamenteux, également dénommée en pratique courante « conciliation » ou « conciliation médicamenteuse », est une activité émergente en France depuis 2010. Elle conforte les exigences portées par la réglementation actuelle en matière de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses, potentiellement iatrogènes, en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes des médicaments du patient entre professionnels de santé aux points de transition de son parcours de soins. Elle renforce le processus de réévaluation des traitements en cours du patient. Elle contribue à la maîtrise des dépenses de santé par la diminution des coûts associés à l'iatrogénie médicamenteuse.

La SFPC a validé une Fiche méthode en 2013 fondée sur les travaux de ses membres, de médecins, et de pharmaciens qui ont intégré l'expérimentation des High'5s lancée par l'Organisation Mondiale de la Santé, pilotée en France par la HAS [1]. Une fiche mémo synthétisant la littérature nationale et internationale a été rédigée et diffusée début 2015 [2].

Elle participe par ailleurs aux travaux de la DGOS visant à mesurer le déploiement des pratiques de conciliation des traitements médicamenteux dans les établissements de santé français, à reconnaître cette activité et à accompagner son déploiement. Plusieurs membres sont associés à l'élaboration du guide HAS sur la conciliation des traitements médicamenteux dont la publication est prévue mi-2016. Dans l'attente de ces recommandations officielles, la SFPC a souhaité actualiser sa Fiche-mémo pour proposer un cadre professionnel aux équipes pharmaceutiques, médicales et soignantes qui initient ou déploient une démarche de conciliation des traitements médicamenteux. Les formations à la conciliation des traitements médicamenteux, commandées par la DGOS, et proposées par la SFPC et RESOMEDIT au travers de FORMACONCIL® disposent ainsi d'un socle conceptuel permettant d'encadrer les dynamiques régionales de déploiement, en cohérence avec les travaux menés par HAS.

La conciliation des traitements médicamenteux est un processus pluri professionnel intervenant à plusieurs étapes du parcours de soin du patient. La Joint Commission aux Etats-Unis préconise depuis 2006 de la développer à chaque point de transition pour lequel une prescription médicamenteuse est initiée ou pour lequel les prescriptions en cours sont reconduites [3]. Très développée dans les pays anglo-saxons, la conciliation est actuellement peu pratiquée en France. Pourtant, les données de la littérature démontrent l'intérêt de sa mise en œuvre qui apparaît donc indispensable pour renforcer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) des patients.

En France, les enquêtes ENEIS en 2004 et 2009 ont montré que le médicament est une des trois causes d'événements indésirables graves évitables liés aux soins [4]. Les études ont été menées dans les secteurs de médecine et de chirurgie d'établissements de santé. Les erreurs médicamenteuses qui surviennent aux étapes de transition sont dues à des défauts de transmission d'informations entre professionnels de santé. La « continuité thérapeutique » est aujourd'hui une priorité des autorités de santé françaises. Les dispositions de la loi Hôpital Santé Territoire visent à améliorer cette « transition thérapeutique » [5] et celle-ci a été définie comme un des axes prioritaires dans la loi de santé qui sera prochainement publiée. Dans le critère 20a de la certification V2010 des établissements de santé, la Haute Autorité de Santé exige que la continuité du traitement médicamenteux soit organisée, de l'admission, jusqu'à la sortie, transferts inclus. Il s'agit d'un point d'attention pour les experts visiteurs de la certification V2014.



La définition

En cohérence avec celle proposée par la SFPC en 2013 [6], le Collège de la HAS a défini en 2015 la conciliation des traitements médicamenteux comme un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes des médicaments du patient entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts [1].

La conciliation comporte 3 étapes : la recherche active d'informations, la réalisation du bilan médicamenteux, l'actualisation de la prescription et du dossier patient. Chacune peut se décliner en sous-étapes selon le contexte et l'organisation de l'établissement qui facilite la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par les professionnels concernés.

Elle contribue à la continuité des traitements médicamenteux du patient ambulatoire, résident et hospitalisé. Elle constitue une étape essentielle du parcours de soins médicamenteux, intégrée au continuum des activités de pharmacie clinique. Elle doit être assurée aux points de transition : admission ou sortie d'hospitalisation, transfert entre services de soins ou établissements de santé, intervention de prescripteurs multiples en ambulatoire.

Au vu des données de la littérature, la conciliation doit être prodiguée à tous les points de transition du parcours de soin du patient. Même un transfert interne à l'établissement est une étape à risque de divergence [7]. Son périmètre dépend des attentes de la communauté médicale, de l'effectif dédié à l'activité et de l'organisation du service. La plupart des études se sont portées sur la conciliation des traitements médicamenteux à l'entrée, celles portant sur la sortie sont moins nombreuses. Quatre études ont étudié la conciliation à l'entrée et à la sortie [4 ; 8 ; 9 ; 10]. Parmi elles, trois ont montré un taux d'erreurs supérieur à la sortie qu'à l'entrée 38,0%/41,0%, 33,7%/71,3% et 19,0% /40,0% [11-13]. Une étude rapporte 62% d'erreurs lors des transferts [7]. La conciliation à la sortie par un pharmacien diminuerait de 43% le nombre d'erreurs à la sortie mais ne diminuerait pas le nombre de ré-hospitalisations [14].

La conciliation des traitements médicamenteux intégrée aux activités de pharmacie clinique

La conciliation des traitements médicamenteux réalisée par un pharmacien peut être considérée comme la première étape d'une prise en charge globale de pharmacie clinique. De fait, seul un socle d'information exhaustif, robuste et fiable permet d'asseoir la justesse et la pertinence des actions de pharmacie clinique auprès des acteurs professionnels (lors de la validation de la prescription et de l'élaboration d'un plan de soins) mais aussi auprès du patient et de sa représentation (lors de la négociation d'un plan de prise, de la dispensation de conseils et, le cas échéant d'un accompagnement éducatif), enfin dans la communication entre hôpital et ville.





Partie 2 : le processus

La conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé et médico-social

La conciliation à l'admission

La conciliation est dite proactive lorsque la liste des médicaments pris à domicile par le patient est établie avant rédaction de la première ordonnance à son admission en hospitalisation. Elle est dite rétroactive lorsque cette liste est établie après rédaction de cette première ordonnance. Le processus proactif est à privilégier dans la mesure du possible. A défaut, le processus rétroactif doit être engagé le plus tôt possible après l'admission du patient.

Le nombre de patients victimes d'au moins une erreur médicamenteuse entre leur traitement à l'admission et leur traitement habituel varie de 3,4% à 97% à l'admission et de 25% à 80% à la sortie [8-28]. Une étude française l'évalue à 45,7% et 60,1% à 2 périodes différentes [29]. L'analyse de 16 études – publications internationales de plus de 100 patients - sur la revue des prescriptions pharmaceutiques par un pharmacien montre que le taux d'interventions pharmaceutiques (IP) associées à la conciliation médicamenteuse varie de 0.12 à 10.3 avec une moyenne de 2.83 (6 études) contre 0.13 à 8.51 avec une moyenne de 1.84 (11 études) [30-45]. Il n'existe pas d'étude randomisée, contrôlée avec un nombre suffisant de patients justifiant le recours à la conciliation des traitements médicamenteux. Une étude comparative suédoise a montré la diminution des ré-hospitalisations et des consultations aux urgences des sujets âgés après hospitalisation dans un service associant conciliation à l'entrée et analyse pharmaceutique [46]. L'analyse pharmaceutique a porté en partie sur les médicaments inappropriés chez la personne âgée. A noter que les deux études françaises portant sur un nombre conséquent de patients (256 en médecine et 278 patients en chirurgie) évaluent à 33,2% et 34,2% respectivement le nombre de patients présentant une erreur identifiée lors de la conciliation [49;50]. Sans ce processus formalisé de conciliation, une partie des divergences se résout d'elle-même par l'équipe médicale et/ou infirmière mais les études montrent qu'il resterait environ 30% d'erreurs médicamenteuses [47-48]. Le processus proactif est plus efficace mais plus complexe dans la mise en œuvre [49,50]. La conciliation des traitements médicamenteux à l'entrée et à la sortie de l'hôpital permettraient d'après plusieurs études de diminuer les ré-hospitalisations précoces du patient, impactant de manière positive un indicateur de qualité des hôpitaux [51]. Plusieurs projets de recherche soutenus par la SFPC sont actuellement en cours pour évaluer son intérêt : REVPHIM pour évaluer l'impact de la conciliation de sortie [52], MERDREV pour mesurer l'impact de la mise en œuvre du suivi pharmaceutique collaboratif [53], DP-concil pour évaluer l'impact de l'accès au Dossier Pharmaceutique lors de la conciliation réalisée en consultation pré-anesthésique [54], ConcReHosp pour mesurer l'impact sur la ré-hospitalisation évitable. [55].

Trois étapes sont à différencier [1] :

1. la recherche active d'information sur les produits de santé du patient

La conciliation des traitements médicamenteux repose sur l'historique médicamenteux et une détection des problèmes d'adhésion médicamenteuse. La liste à établir concerne les médicaments pris par le patient qu'ils soient prescrits ou non (y compris l'automédication, les compléments alimentaires, la phytothérapie,...).

Plusieurs sources d'information peuvent être consultées, impliquant plusieurs effecteurs :

- un entretien direct avec le patient et son entourage
- un contact téléphonique avec les professionnels de santé de ville ou d'autres établissements de soins le cas échéant
- les ordonnances, les courriers des médecins, ainsi que les bases de données telles que le dossier médical partagé et le dossier pharmaceutique
- les médicaments du domicile apportés par le patient



La conciliation des traitements médicamenteux doit favoriser l'implication de la personne et promouvoir son rôle clé dans la sécurité de sa prise en charge médicamenteuse.

Dans toutes les études, la conciliation a lieu avec un entretien systématique du patient ou son entourage (absence d'étude en soins intensifs). Les autres sources d'informations utilisées sont le médecin traitant, l'officine de référence, le Dossier Pharmaceutique (DP), la feuille de transmission lors de transferts, le dossier d'anesthésie, la maison de retraite, l'infirmier libéral, la revue des ordonnances apportées par le patient ou toute autre liste élaborée par le patient, la revue du traitement apporté par le patient, les comptes-rendus d'hospitalisation ou de consultation.[56]

2. la réalisation du bilan médicamenteux

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

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

Dans toutes les études, la conciliation a lieu avec un entretien systématique du patient ou son entourage (absence d'étude en soins intensifs). Les informations recherchées lors de la conciliation dans la littérature sont les suivantes : médicaments prescrits, OTC, médecine douce, compliance, gestion à domicile, vitamines, alicaments, vaccination, nutrition, exposition à un produit de contraste et/ou radiopharmaceutique [9;48;57-60].

Deux études ont comparé les différentes sources d'information [56, 61]. Celles qui permettent d'obtenir la liste la plus exhaustive sont : la fiche de liaison de l'EHPAD, le dossier pharmaceutique, l'ordonnance, le pharmacien d'officine, et le médecin traitant. A travers la littérature, nous retrouvons les associations de sources suivantes : patient + famille + professionnel de santé extérieur + officine [62], patient + professionnel de santé + officine [57] patient + professionnel de santé + historique des hospitalisations + médicaments apportés par le patient [9], patient et/ou famille et/ou professionnel de santé extérieur [63], patient et/ou professionnel de santé extérieur + officine [48], patient ou famille + infirmière à domicile + médicaments apportés + dossier patient [58], feuille de prescription + médicaments apportés + officine [59], lettre du médecin traitant + médecin traitant + pharmacien d'officine + patient [56], médecin traitant + pharmacien d'officine + patient [56], médecin traitant + pharmacien d'officine [56].

Le bilan médicamenteux est validé par un pharmacien ou un médecin, à défaut par à un interne. Cette étape garantit le respect des étapes précédentes et lui confère un caractère officiel, permettant ensuite d'être utilisé tout au long du parcours de soins médicamenteux du patient.

Dès lors que la validation du bilan est réalisée par un pharmacien, une analyse pharmaceutique est indissociable de cette activité.

3. l'actualisation de la prescription médicamenteuse et du dossier patient

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

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



médicamenteuse. Les divergences non intentionnelles ou erreurs médicamenteuses correspondent à des modifications de traitement involontaires. Elles sont susceptibles de générer un événement indésirable pour le patient. Pour caractériser les erreurs médicamenteuses l'outil de la REMED est à privilégier [64].

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

Lorsque le pharmacien est impliqué, un échange collaboratif avec le médecin est nécessaire. En pratique courante, le pharmacien clinicien expérimenté, impliqué dans cette activité, n'intervient que sur les divergences qu'il juge non intentionnelles. Son expertise lui permet d'intégrer et extrapoler les données issues du dossier patient. Il génère ainsi une intervention pharmaceutique visant à proposer au prescripteur un correctif à cette divergence. Ce temps d'échange permet également de gérer une intervention pharmaceutique issue de l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance en cours du patient associée au bilan médicamenteux.

Le bilan médicamenteux est archivé dans le dossier médical du patient, de préférence informatisé et potentiellement dans le logiciel d'aide à la prescription. Il est réutilisé lors de la conciliation de transfert ou de sortie du patient hospitalisé. Une traçabilité des interventions pharmaceutiques est organisée avec une codification sur la plateforme ACT-IP®.

La conciliation à la sortie

La conciliation de sortie organise la transmission d'une information juste et validée relative au traitement global du patient vers :

- les professionnels de santé d'aval – médecin traitant, pharmacien d'officine, établissement de santé, EHPAD
- le patient si ses capacités cognitives et son état de conscience le permettent

Elle est complémentaire des informations communiquées par la fiche de liaison ou le courrier de sortie.

Ce processus pluri-professionnel se déroule en 3 étapes :

1. la recherche des informations sur les médicaments du patient

Elles sont collectées à la fin du séjour. Il s'agit des informations issues du bilan médicamenteux à l'admission, des traitements en cours d'hospitalisation, et éventuellement du courrier de sortie et de l'ordonnance de sortie.



2. la formalisation d'un bilan médicamenteux associé à des informations thérapeutiques

Il définit la stratégie thérapeutique médicamenteuse du patient. Il consiste à formaliser la liste exhaustive et complète des médicaments à poursuivre à la sortie du patient hospitalisé. Le bilan médicamenteux mentionne les modifications apportées au traitement pendant l'hospitalisation (ajout, arrêt, modification de posologie...). D'autres informations ou commentaires peuvent y être associés pour faciliter la compréhension du traitement en cours d'hospitalisation : indication du médicament, date de début d'un traitement particulier, prescription sur l'ordonnance de sortie...

3. la rédaction de la prescription de sortie avec transmission sécurisée de l'information

Le bilan médicamenteux facilite la rédaction de la prescription de sortie. Une étape de validation externe des informations saisies précédemment est nécessaire pour corriger des divergences éventuellement observées entre le traitement à poursuivre, la dernière ordonnance d'hospitalisation et l'ordonnance de sortie.

Le bilan est adressé au médecin traitant et au pharmacien d'officine. Il est remis au patient lors d'un entretien si ses capacités cognitives et son état de conscience le permettent. A défaut, un document lui est remis afin de le communiquer à d'autres interlocuteurs (aidants, familles, médecin spécialiste, infirmières libérales...)

La conciliation lors d'un transfert

A l'instar de la conciliation à l'admission et à la sortie, la conciliation de transfert est composée de 3 étapes. Elle s'apparente à une conciliation des traitements médicamenteux de sortie. Les données relatives aux médicaments à poursuivre à la sortie de l'unité d'hospitalisation et leurs informations associées sont communiquées aux professionnels médicaux et paramédicaux de manière à permettre une continuité du traitement médicamenteux.

La délivrance de médicaments pour les 24 heures suivant son transfert peut être associée selon les modalités conventionnelles ou contractuelles définies au sein de l'établissement.

La conciliation des traitements médicamenteux en ville

Le pharmacien d'officine du patient est au centre du parcours de soins médicamenteux. Sa connaissance du parcours de vie du patient, les données collectées au sein de son logiciel de gestion officinal (historique des dispensations, copie des ordonnances), ainsi que celles issues du Dossier pharmaceutique, lui permettent de suivre sur le long terme le parcours de soins médicamenteux du patient.

Cette nouvelle activité du pharmacien d'officine répond aux enjeux de coordination autour de la prise en charge médicamenteuse entre les professionnels de santé, expérimentée par exemple dans le cadre des projets PAERPA. Elle facilite la conciliation des patients lors d'une hospitalisation.



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

- lors de l'entrée du patient dans le parcours coordonné :
 - recherche active d'informations sur les médicaments du patient, associée ou non au bilan de médication
 - réalisation du bilan médicamenteux et analyse pharmaceutique associée
 - information du prescripteur et du patient (démarche uniquement proactive) avec traçabilité dans son projet personnalisé de santé

- à chaque nouvelle dispensation :
 - recherche active d'informations sur les modifications de traitement. Elle s'appuie en premier lieu sur la consultation du dossier pharmaceutique et du logiciel de gestion officinale, un entretien dirigé avec le patient et l'ordonnance générant la dispensation
 - entretien collaboratif éventuel avec le médecin en cas de divergences identifiées
 - actualisation de la prescription médicamenteuse et du projet personnalisé de santé
 - transmission des informations au patient avec remise du bilan médicamenteux actualisé

- lors d'une hospitalisation :
 - communication du bilan médicamenteux actualisé aux professionnels de santé hospitaliers lors de l'hospitalisation du patient

Ce projet est actuellement évalué par l'URPS pharmacien et l'ARS de Lorraine dans le cadre de l'expérimentation PAERPA menée sur le Grand Nancy.

Le système d'information de la conciliation des traitements médicamenteux

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

Différents supports peuvent être envisagés tels que :

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



L'informatisation de l'ensemble des processus de conciliation doit être recherchée, tant en ville qu'à l'hôpital. Elle évite les retranscriptions et rend le processus efficace. Dans ce cadre, l'intégration du Dossier Pharmaceutique aux logiciels métiers doit être une priorité.

Partie 3 : Les acteurs

Place des différents professionnels de santé dans la conciliation des traitements médicamenteux

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

Les contraintes médico-économiques nécessitent une coopération entre tous les acteurs de la prise en charge du patient. L'activité de conciliation sera d'autant mieux intégrée dans le parcours de soin du patient si elle est efficace. Les ressources humaines et les systèmes d'information pouvant diverger d'un établissement à l'autre, il convient de rechercher une subsidiarité dans l'organisation de cette activité.

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

1. à l'admission d'un établissement de santé ou médico-social

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



2. à la sortie d'un établissement de santé ou médico-social, ou lors d'un transfert

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

3. en ville

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



Dans la littérature, les études montrent que l'activité de conciliation est faite le plus souvent par des pharmaciens cliniciens. Quatre ont comparé les actes de réalisation de l'historique médicamenteux ou de conciliation effectués par différentes catégories de professionnels de santé [46;57;58;65;66]. Une étude prospective comparative a montré que la conciliation à l'entrée faite par des étudiants en pharmacie est plus performante que celle faite par des infirmières ou des médecins mais sur un petit nombre de patients - 52- [57]. Une étude prospective danoise, sur un nombre limité de patients (218) a montré que le pharmacien identifiait 3.6 problèmes par patient contre 0.8 pour un médecin [65]. Une étude belge (3 594 patients) a montré que 59% des patients présentaient des divergences (1.65/patient) entre le recueil pharmaceutique aux urgences et celui effectué par l'équipe médicale [66]. Une étude colombienne randomisée en double aveugle (242 patients) a montré une réduction des erreurs de prescription à l'entrée de 33% grâce à un historique médicamenteux réalisé aux urgences par un pharmacien et un médecin plutôt que par le médecin seul [58]. Enfin, une étude canadienne prospective, mais sur un faible nombre de patients (59), a montré qu'un préparateur en pharmacie était aussi performant sur la réalisation d'un historique médicamenteux que le pharmacien après une formation adéquate [59]. Pour les établissements ayant déployé la démarche de conciliation, les organisations peuvent différer d'une équipe à l'autre. Néanmoins pour tous les établissements expérimentateurs des High 5s, l'activité a été prise en charge par des pharmaciens, ou par des internes, des préparateurs ou des étudiants en pharmacie sous leur responsabilité.

Partie 4 : Volet stratégie

Pour impulser la démarche en établissement

La mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux s'appuie sur une réorganisation du processus de prise en charge médicamenteuse. Le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse ainsi que le pharmacien sont les principaux acteurs de ce changement.

Comme tout projet transversal et impliquant plusieurs services et professionnels de santé, il est indispensable d'institutionnaliser la mise en œuvre de la conciliation en la priorisant auprès de la Commission médicale d'établissement et de la direction. Il s'agit de mettre en avant le bénéfice de cette activité pour la politique et les pratiques qualité et sécurité de l'établissement vis-à-vis de la prise en charge médicamenteuse du patient.

Il doit s'appuyer sur la culture sécurité de l'établissement. Par la suite, la démarche de conciliation peut être inscrite au CPOM, dans le Programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, dans le projet de sécurité thérapeutique médicamenteuse dans le cadre de la certification HAS et de l'arrêté du 6 avril 2011. La démarche de conciliation peut être également inscrite comme une évaluation des pratiques professionnelles pérenne, valorisable lors de la certification HAS de l'établissement.

La mise en œuvre doit être portée par un chef de projet entouré d'une équipe projet pluri-professionnelle et de pharmaciens libéraux volontaires dédiés par les URPS ou les ordres professionnels pour assurer l'intégration de l'activité dans la pratique courante. Il s'agit de viser notamment l'adhésion de la communauté médicale, plus sensible aux bénéfices potentiels d'une activité de "terrain". L'activité doit être d'abord limitée, avec un service pilote test désireux de développer l'activité, puis être étendue aux autres services.

Une évolution des logiciels d'aide à la prescription hospitaliers doit accompagner le déploiement de la démarche. L'inscription d'un axe relatif au déploiement de la conciliation des traitements médicamenteux dans le schéma directeur du système d'information hospitalier est nécessaire pour inciter les éditeurs à développer ces fonctionnalités particulières.



Pour appliquer la conciliation des traitements médicamenteux à des populations spécifiques

Tous les patients sont éligibles à l'activité de conciliation. Cependant, la conciliation nécessite un temps qu'il est important d'évaluer et de mettre en relation avec les ressources actuellement disponibles. L'objectif final sera, comme certains établissements l'ont déjà réalisé, de dégager suffisamment de ressources afin de viser l'exhaustivité des patients.

Si l'objectif final reste l'exhaustivité, l'activité de conciliation peut et doit commencer à se déployer en pratique en se concentrant sur certains patients à risque et/ou certains services. Des algorithmes comme celui développé au CHU de Toulouse peuvent faciliter leur priorisation [67].

Une adaptation des outils de la conciliation des traitements médicamenteux pour la prise en charge de populations (pédiatrie, gériatrie...) ou de situations particulières (hospitalisations programmées, prises en charges ambulatoires...) doit être organisée pour prendre en compte leurs spécificités.

Le risque de divergences est lié à la prise de médicaments à visée cardio-vasculaire qui sont les plus prescrits. En proportion, ce sont néanmoins les médicaments à visée ophtalmologique, ORL, gynécologique et urologique qui sont les plus concernés. [9;10;63].

Il n'existe pas encore d'étude qui montre l'intérêt de la conciliation pour une typologie spécifique de patient (comparaison de groupe âge, sexe, nombre de médicaments, type de service et/ou mode d'entrée programmée ou non). Cependant, des facteurs de risque ont été identifiés : l'âge [9.60.48], le nombre de médicaments pris à domicile [48-60], l'hospitalisation prévue ou non [47], le mode de vie à domicile (vie à domicile v/s à domicile avec aide v/s en maison de retraite/institution [48]). Il ne semble pas y avoir de facteur prédictifs sur les critères suivants : sexe, comorbidités, une venue à l'hôpital dans les 12 derniers mois, lieu de sortie, durée du séjour [48;60].

Une seule étude randomisée mais rétrospective sur un faible nombre de patients (205) a montré un taux de divergences par patient supérieur (35% v/s 22%) en chirurgie qu'en médecine interne [68].

Une autre approche pertinente peut se baser sur certains parcours de soins estimés plus à risque. Ainsi, par exemple, les patients éligibles à la démarche de conciliation dans le projet Med'Rec des High 5's de l'Organisation mondiale de la santé sont ceux de 65 ans et plus, hospitalisés dans un service de court séjour après passage par les urgences [3].

En savoir plus

Des données plus complètes ainsi que des retours d'expérience sont à disposition sur le site de la SFPC notamment dans les volets Groupe de travail Conciliation et AVEC (accompagnement – ville/hôpital- éducation thérapeutique- coordination). www.sfpc.eu

Rédacteurs

Pr B. Allenet, CHU Grenoble
Dr A. Develay, CHU Nîmes
Dr S. Doerper, CH Lunéville
Dr J. Gravoulet, Officine Leyr
Dr D. Piney, CH Lunéville
Dr X. Pourrat, CHU Tours
Dr C. Roux CHU Nîmes

Rellecteurs

Dr M.J. Auge-Caumon, Officine Agde
Dr V. Chedru-Legros, CHU Caen
Pr B. Decaudin, CHU Lille
Dr R. Collomp, CHU Nice
Dr A.L Debryue, CH Perrens Bordeaux
Dr S. Honoré, APH Marseille
Dr M. Le Duff, CHU Rennes
Dr C. Leyrisoux, Officine Laenester
Pr R. Varin, CHU Rouen



Toutes les publications de la SFPC sont téléchargeables sur
www.sfpc.eu

Bibliographie

1. HAS. Initiative des HIGH 5s. Medication Reconciliation. Rapport d'expérimentation sur la mise en oeuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français. Septembre 2015.
2. SFPC. Fiche mémo. La conciliation médicamenteuse. MAJ Juillet 2015.
3. Joint Commission. Sentinel Event Alert Using medication reconciliation to prevent errors. Issue 35 - January 25, 2006. http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_35.PDF (5 août 2014)
4. Michel P, Lathelize M., Bru-Sonnet R, Domecq S, Kret M, Quenon JL. Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables graves liés aux Soins 2009 (ENEIS2) : description des résultats 2009. Rapport final à la DREES (Ministère du travail, de l'emploi et de la Santé) –Février 2011, Bordeaux.
5. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).
6. SFPC. Réaliser une conciliation des traitements médicamenteux à l'admission du patient hospitalisé. Guide de gestion des risques associés aux produits de santé. Novembre 2013.
7. Lee JY, Leblanc K, Fernades OA, et al. Medication reconciliation during internal hospital transfer and impact of computerized prescriber order entry. *Ann Pharmacother.* 2010; 44 : 1887-1895.
8. Coffey M, Mack L, Streitenberger K, Bishara T, De Faveri L, Matlow A. Prevalence and clinical significance of medication discrepancies at pediatric hospital admission. *Acad Pediatr.* 2009;9:360-365.e361.
9. Gleason KM, McDaniel MR, Feinglass J, et al. Results of the Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) study: an analysis of medication reconciliation errors and risk factors at hospital admission. *J Gen Intern Med.* 2010;25:441-447.
10. Pippins JR, Gandhi TK, Hamann C, et al. Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. *J Gen Intern Med.* 2008;23:1414-1422.
11. Vira T, Colquhoun M, Etchells E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Qual Saf Health Care.* 2006;15(2):122-126.
12. Knez L, Suskovic S, Rezonja R, Laaksonen R, Mrhar A. The need for medication reconciliation: a cross-sectional observational study in adult patients. *Respir Med.* 2011;105:S60-S66.
13. Salanitro AH, Osborn CY, Schnipper JL, et al. Effect of patient- and medication-related factors on inpatient medication reconciliation errors. *J Gen Intern Med.* 2012;27: 924-932.
14. Walker PC, Bernstein SJ, Jones JN, Piersma J, Kim HW, Regal RE, Kuhn L, Flanders SA. Impact of a pharmacist-facilitated hospital discharge program: a quasi-experimental study. *Arch Intern Med.* 2009 Nov 23;169(21):2003-10
15. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med.* 2005;165:424-429.
16. Manias E, Gerdz MF, Weiland TJ, Collins M. Medication use across transition points from the emergency department: identifying factors associated with medication discrepancies. *Ann Pharmacother.* 2009;43:1755-1764.
17. Bolas H, Brookes K, Scott M, McElnay J. Evaluation of a hospital-based community liaison pharmacy service in Northern Ireland. *Pharm World Sci.* 2004;26:114-120.
18. Feldman LS, Costa LL, Feroli ER Jr, et al. Nurse-pharmacist collaboration on medication reconciliation prevents potential harm. *J Hosp Med.* 2012;7:396-401.
19. Gleason KM, Groszek JM, Sullivan C, Rooney D, Barnard C, Noskin GA. Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients. *Am J Health Syst Pharm.* 2004;61:1689-1695.
20. Lessard S, DeYoung J, Vazzana N. Medication discrepancies affecting senior patients at hospital admission. *Am J Health Syst Pharm.* 2006;63:740-743.



21. Tompson AJ, Peterson GM, Jackson SL, Hughes JD, Raymond K. Utilizing community pharmacy dispensing records to disclose errors in hospital admission drug charts. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2012;50:639-646.
22. Buckley MS, Harinstein LM, Clark KB, et al. Impact of a clinical pharmacy admission medication reconciliation program on medication errors in “high-risk” patients. *Ann Pharmacother.* 2013;47:1599-1610.
23. Lee YY, Kuo LN, Chiang YC, et al. Pharmacist-conducted medication reconciliation at hospital admission using information technology in Taiwan. *Int J Med Inform.* 2013;82:522-527.
24. Quélenec B, Beretz L, Paya D, et al. Potential clinical impact of medication discrepancies at hospital admission. *Eur J Intern Med.* 2013;24:530-535.
25. Chan AHY, Garratt E, Lawrence B, Turnbull N, Pratapsingh P, Black PN. Effect of education on the recording of medicines on admission to hospital. *J Gen Intern Med.* 2010;25:537-542.
26. Vasileff HM, Whitten LE, Pink JA, Goldsworthy SJ, Angley MT. The effect on medication errors of pharmacists charting medication in an emergency department. *Pharm World Sci.* 2009;31:373-379.
27. Grimes T, Delaney T, Duggan C, Kelly JG, Graham IM. Survey of medication documentation at hospital discharge: implications for patient safety and continuity of care. *Ir J Med Sci.* 2008;177:93-97.
28. Wong JD, Bajcar JM, Wong GG, et al. Medication reconciliation at hospital discharge: evaluating discrepancies. *Ann Pharmacother.* 2008;42:1373-1379.
29. Doerper S, Morice S, Piney D, et al. La conciliation des traitements médicamenteux : logigramme d’une démarche efficace pour prévenir ou intercepter les erreurs médicamenteuses à l’admission du patient hospitalisé. *Pharm Hosp Clin.* 2013;48:153-160.
30. Aburuz SM, Bulatova NR, Yousef AM, Al-Ghazawi MA, Alawwa IA, Al-Saleh A. Comprehensive assessment of treatment related problems in hospitalized medicine patients in Jordan. *Int J Clin Pharm* 2011;33:501–11.
31. Al Salmi Z. Clinical audit of pharmaceutical care provided by a clinical pharmacist in cardiology and infectious disease inpatients at the Royal Hospital, Muscat/Oman. *Oman Med J* 2009;24:89–94.
32. Bergkvist Christensen A, Holmbjer L, Midlov P, Höglund P, Larsson L, Bondesson A et al. The process of identifying, solving and preventing drug related problems in the L IMM-study. *Int J Clin Pharm* 2011;33:1010–8.
33. Bladh L, Ottosson E, Karlsson J, Klintberg L, Wallerstedt SM. Effects of a clinical pharmacist service on health-related quality of life and prescribing of drugs: a randomised controlled trial. *BMJ Qual Saf* 2011;20:738–46.
34. Blix HS, Viktil KK, Moger TA, Reikvam A. Characteristics of drug-related problems discussed by hospital pharmacists in multidisciplinary teams. *Pharm World Sci* 2006;28:152–8.
35. Boso-Ribelles V, Montero-Hernandez M, Font-Noguera I, Hernandez-Martin J, Martin-Ciges ES, Poveda-Andres JL. Evaluation of a plan for cardiology medication reconciliation on admission, and patient information at discharge, in a teaching hospital. *EJHP Practice* 2011;17:2011–30.
36. Castelino RL, Sathvik BS, Parthasarathi G, Gurudev KC, Shetty MS, Narahari MG. Prevalence of medication-related problems among patients with renal compromise in an Indian hospital. *J Clin Pharm Ther* 2011;36:481–7.
37. Dorevitch A, Perl E. The impact of clinical pharmacy intervention in a psychiatric hospital. *J Clin Pharm Ther* 1996;21:45–8.
38. Gillespie U, Alassaad A, Henrohn D, Garmo H, Hammarlund-Udenaes M, Toss H et al. A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2009;169:894–900.
39. Khalili H, Farsaei S, Rezaee H, Dashti-Khavidaki S. Role of clinical pharmacists’ interventions in detection and prevention of medication errors in a medical ward. *Int J Clin Pharm* 2011;33:281–4.
40. Kjeldsen LJ, Olesen C, Truelshøj T, Nielsen LB. Quality assurance of medical treatment – an approach by Danish clinical pharmacists. *EJHP Practice* 2011;17:31–4.
41. Lada P, Delgado G Jr. Documentation of pharmacists’ interventions in an emergency department and associated cost avoidance. *Am J Health Syst Pharm* 2007;64:63–8.
42. Lisby M, Thomsen A, Nielsen LP, Lyhne NM, Breum-Leer C, Fredberg U et al. The effect of systematic medication review in elderly patients admitted to an acute ward of internal medicine. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2010;106:422–7.
43. Munk CL, Bendixen HK, Kjeldsen LJ. Medication review with a focus on fracture prophylaxis among patients suffering collum femoris fractures. *EJHP Practice* 2011;17:26–30.
44. O’Dell KM, Kucukarslan SN. Impact of the clinical pharmacist on readmission in patients with acute coronary syndrome. *Ann Pharmacother* 2005;39:1423–7.
45. Spinewine A, Swine C, Dhillon S, Lambert P, Nachega JB, Wilmette L et al. Effect of a collaborative approach on the quality of prescribing for geriatric inpatients: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:658–65.
46. Hellström, L., Bondesson, Å., Höglund, P., Midlöv, P., Holmdahl, L., Rickhag, E., Eriksson, T. Impact of the Lund Integrated Medicines Management (L IMM) model on medication appropriateness and drug-related hospital revisits. *European Journal of Clinical Pharmacology.* 2011 67 (7) 741-752.
47. Pourrat X, Corneau H, Floch S, et al. Communication between community and hospital pharmacists: impact on medication reconciliation at admission. *Int J Clin Pharm.* 2013;35:656-663.



48. Hellström, Lina M., et al. "Errors in medication history at hospital admission: prevalence and predicting factors." *BMC Pharmacology and Toxicology* 12.1 (2012): 9.
49. Curatolo N1, Gutermann L, Devaquet N, Roy S, Rieutord A. Reducing medication errors at admission: 3 cycles to implement, improve and sustain medication reconciliation. *Int J Clin Pharm*. 2015 Feb;37(1):113-20
50. Leguelinel-Blache G, Arnaud F, Bouvet S, Dubois F, Castelli C, Roux-Marson C, Ray V, Sotto A, Kinowski JM. Impact of admission medication reconciliation performed by clinical pharmacists on medication safety. *Eur J Intern Med*. 2014 Nov;25(9):808-14.
51. HAS. Note méthodologique et de synthèse bibliographique. « Comment réduire le risque de ré-hospitalisations évitables des personnes âgées ? ». Avril 2013.
52. Pourrat X, Roux C, Bouzige B, Garnier V, Develay A, Allenet B, Fraysse M, Halimi JM, Grassin J, Giraudeau B. Impact of drug reconciliation at discharge and communication between hospital and community pharmacists on drug-related problems: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2014 Jun 30;15:260. doi: 10.1186/1745-6215-15-260.
53. Kinowski JM. PREPS « MEDREV ». Impact de la mise en œuvre d'un suivi pharmaceutique collaboratif dans la prise en charge médicamenteuse des patients d'au moins 65 ans. Journée SFPC. Paris. Septembre 2015.
54. Bedouch P. La recherche en pharmacie clinique. PREPS « DP-CONCIL ». Congrès SFPC. Grenoble. Février 2014.
55. Pisano P. Impact d'une optimisation de la conciliation des traitements médicamenteux sur la ré-hospitalisation évitable. PREPS « ConcReHosp » n°14-0330
56. Bonhomme J, Dony A, Baum T, et al. La juste liste des médicaments à l'admission du patient hospitalisé. De la fiabilité des sources d'information. *Risque & Qualité*. 2013;10.
57. Lancaster, J. W., & Grgurich, P. E. (2014). Impact of Students Pharmacists on the Medication Reconciliation Process in High-Risk Hospitalized General Medicine Patients. *American journal of pharmaceutical education*, 78(2).
58. Jesus Becerra, Fernando Martinez, and Emilio Garcia-Jimenez. "A multicentre, double-blind, randomised, controlled, parallel-group study of the effectiveness of a pharmacist-acquired medication history in an emergency department." *BMC health services research* 13 (2013): 337.
59. Johnston, Rochelle, Lauza Saulnier, and Odette Gould. "Best possible medication history in the emergency department: comparing pharmacy technicians and pharmacists." *The Canadian journal of hospital pharmacy* 63.5 (2010): 359.
60. Climente-Martí, Mónica, et al. "Potential risk of medication discrepancies and reconciliation errors at admission and discharge from an inpatient medical service." *Annals of Pharmacotherapy* 44.11 (2010): 1747-1754.
61. Gérard M, Baudouin A, Malet Delphine, et al. Pour une conciliation optimale, soyons efficace ! Quelles sources d'informations privilégier pour réaliser la conciliation médicamenteuse ? Congrès SNPHPU. Septembre 2015
62. Meguerditchian, A. N., Krotneva, S., Reidel, K., Huang, A., & Tamblyn, R. (2013). Medication reconciliation at admission and discharge: a time and motion study. *BMC health services research*, 13(1), 485.
63. Grimes TC, Duggan CA, Delaney TP, et al. Medication details documented on hospital discharge: cross-sectional observational study of factors associated with medication non-reconciliation. *Br J Clin Pharmacol*. 2011;71:449-457.
64. SFPC. LA REMED. La revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs associés. Une méthode d'amélioration de la qualité des soins. 2014.
65. Mergenhagen, K. A., Blum, S. S., Kugler, A., Livote, E. E., Nebeker, J. R., Ott, M. C, Boockvar, K. S. (2012). Pharmacist-versus physician-initiated admission medication reconciliation: impact on adverse drug events. *The American journal of geriatric pharmacotherapy*, 10(4), 242-250.
66. De Winter, S., Spriet, I., Indevuyt, C., Vanbrabant, P., Desruelles, D., Sabbe, M., ... & Willems, L. (2010). Pharmacist-versus physician-acquired medication history: a prospective study at the emergency department. *Quality and Safety in Health Care*, 19(5), 371-375.
67. Bigot A. Cibler les activités de pharmacie clinique. Journée SFPC. Paris. Septembre 2015.
68. Unroe, Kathleen Tschantz, et al. "Inpatient medication reconciliation at admission and discharge: A retrospective cohort study of age and other risk factors for medication discrepancies." *The American journal of geriatric pharmacotherapy* 8.2 (2010): 115-126.