

Conciliation médicamenteuse



Journées régionales OMEDIT N-A
19 JUIN 2017

Pourquoi pratiquer la conciliation médicamenteuse?

- Le médicament = 2ème cause d'événements indésirables graves (EIG) évitables liés aux soins.
- Il y a seulement 40% à 70% d'informations fiables aux points de transition
- **Moins de 25%** des ordonnances médicamenteuses à l'admission sont complètes après passage aux urgences.
- La conciliation médicamenteuse permet d'intercepter et de corriger ces erreurs.
- **C'est donc un levier de sécurité et d'efficience!**

Conciliation médicamenteuse

- **Outil de conciliation**
- **Définition de la conciliation:** processus interactif et pluriprofessionnel qui garantit la continuité des soins en intégrant à une nouvelle prescription les traitements en cours et habituellement pris par le patient
- **Intérêt:** favoriser la transmission d'informations complètes et exactes des traitements du patient entre professionnels de santé
- **Référence:** outil de Luneville, CHU Nîmes, ...

les Objectifs

- **A l'entrée du patient à l'hôpital:** Connaitre des médicaments pris en ville par le patient incluant l'automédication
- **A la sortie du patient de l'hôpital:**
 - Connaissance des traitements **initiés**, substitués, **arrêtés** ou **poursuivis** en cours d'hospitalisation
 - Ordonnance de sortie **exhaustive** mentionnant notamment les traitements **ne devant pas être repris**
 - Transmission des échecs thérapeutiques et avis pharmaceutiques émis lors de l'hospitalisation
 - **Education thérapeutique** : Continuité des messages
 - **Information patients et correspondants**

Impacts de la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse

- **repérer des hospitalisations évitables** liées à un problème de iatrogénie et en corriger les causes pour éviter la reproductibilité
- **repérer les patients à risque** : difficulté de compréhension de ses traitements et par rapport à la prise
- **réévaluer les traitements** : baisse du nombre de lignes de prescriptions et médicaments inappropriés
- **garantir une bonne compréhension des traitements à la sortie et le partage des informations avec le médecin traitant** => Amélioration de la sortie

Contexte au CH de Brive

- Prescription informatisée en nov 2013 en gériatrie et long séjour en Mars 2015 (avant 2015 RAPID'EPHAD)
- DJIN manuelle pour 200 lits (MCO et long séjour)
- Participation à 2 enquêtes régionales sur prescription en service de long séjour
- livret d'aide à la prescription chez p. Âgée en 2012
- EPP formes écrasables 2016
- Formation iatrogénie médicamenteuse 2 sessions/an
- Chambre des erreurs

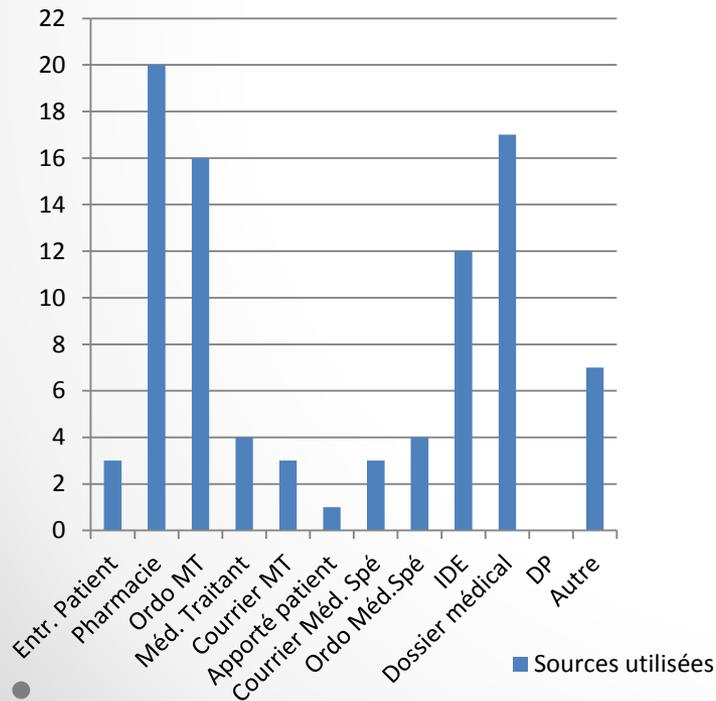
Réunion janvier 2017 avec la Pharmacie

- Choix: **conciliation médicamenteuse d'entrée pro active**
- Lieu: UHCD
- Intervenants: Médecin EMOG + 1 Pharmacien u interne
- Quand: tous les matins de la semaine (tel avant 10h30).
- Combien: au minimum 1 patient/jour
- Documents: papier (fiche de recueil et fiche de conciliation d'entrée) laissé dans le dossier patient de l'UHCD.
- Information figurant sur la page 5 du dossier EMOG informatisé.

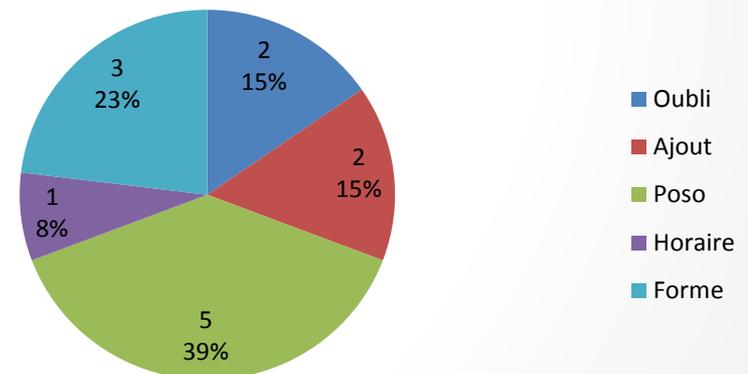


Patients conciliés	27	
Nbr de lignes	264	
Nbr moyen de lignes / patient	9,78	
Nbre moyen de sources / patient	3,37	pharmacie n = 20 ; dossier médical n = 17 ; ordo MT n = 16
Divergeances totales	84,00	soit 3,4/patient
Nbr de patients ayant au moins une divergence	15,00	0,56 des patients conciliés
Nbr de DNI	11,00	soit 0,4/patient
Nbre de patient ayant une DNI	5,00	0,19 des patients conciliés ; 0,33 des patients ayant une au moins une divergence
Nbr de DNI corrigées	6,00	0,55 des DNI identifiées
Age moyen des patients	87,8 ans	
Sexe ratio (F/tot)	0,59	
Temps moyen pour une CM	55,7 min	

Sources utilisées



DNI : type d'erreur



Projets

- Conciliation de sortie (moyens humains 45 mn/patient/recrutement assistant)
- **Transmission sécurisée des informations aux professionnels de santé d'aval** (fiche papier jointe au compte rendu d'hospitalisation, messagerie sécurisée, PAACO)
- **Fiche d'information au patient / Plan de posologie :**
Support papier où figure la juste information validée sur la prise en charge médicamenteuse globale du patient.

Entretien patient

Entretien

- Explication des modifications de traitement

Médicaments arrêtés , ajoutés

Automédication et traitement de sortie

Sensibilisation à l'observance

Information/ bon usage des médicaments –

AVK, AOD...

Lien avec le pharmacien d'officine

Pour les médicaments à statut particulier où à commander