

Intérêts de la conciliation médicamenteuse dans la prise en charge de la personne âgée

D Bonnet-Zamponi, gériatre OMEDIT IDF

M Cabagnols, pharmacienne, Hôpital Saint Joseph, Paris

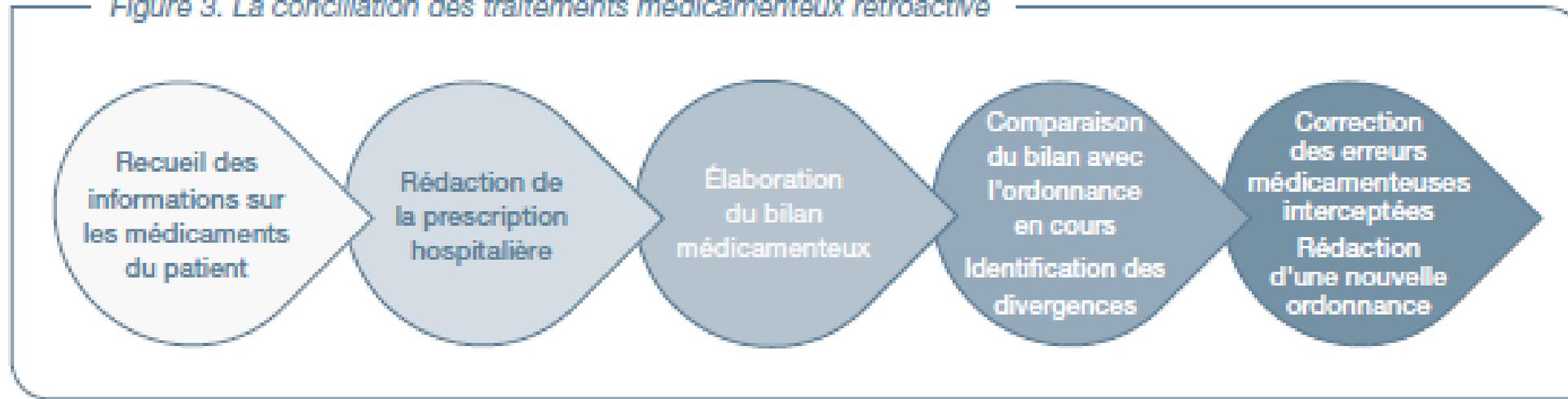


Qu'est ce que la conciliation médicamenteuse?

- « **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 pluriprofessionnelle.
- Elle **prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses** en favorisant la **transmission d'informations complètes et exactes** sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé **aux points de transition** que sont l'admission, la sortie et les transferts. »

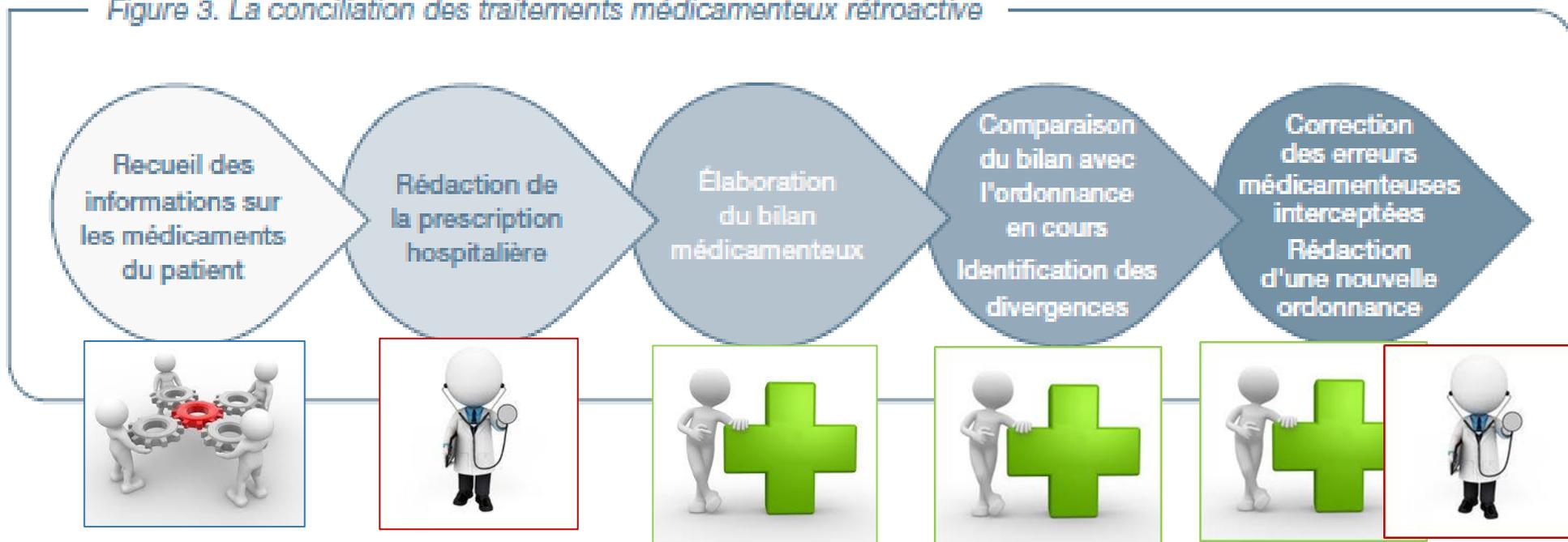
Mars 2015, Collège de la

Figure 3. La conciliation des traitements médicamenteux rétroactive



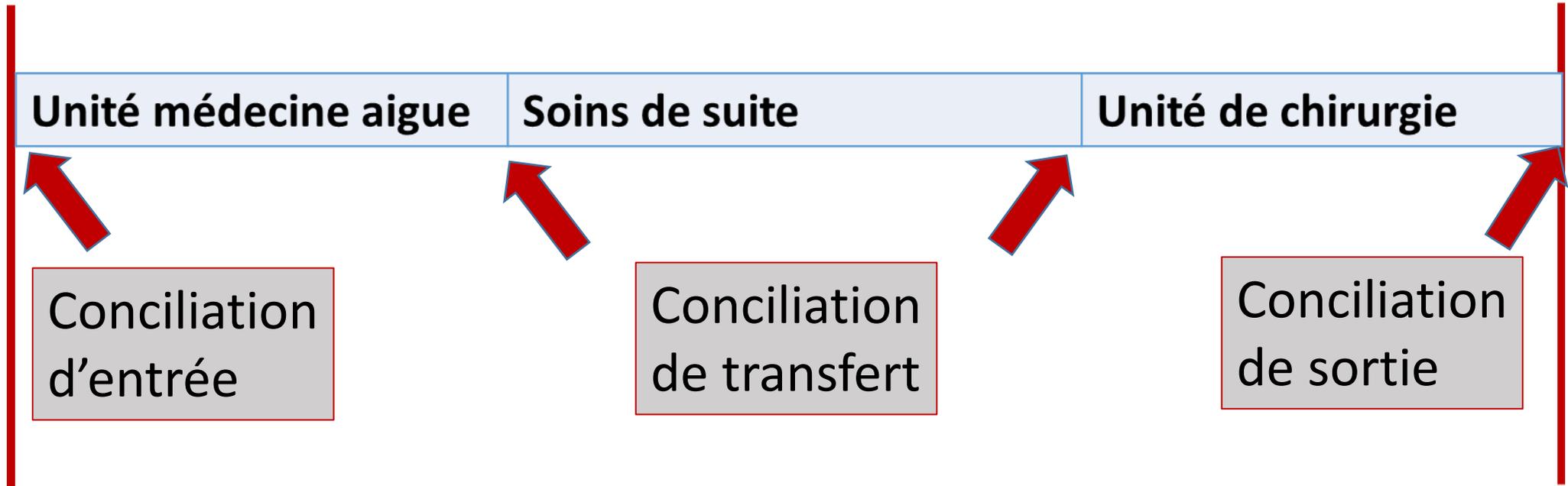
La conciliation, ce sont des étapes.....

Figure 3. La conciliation des traitements médicamenteux rétroactive



Des acteurs...

A des moments de rupture du parcours..



Ne pas réduire la conciliation à

- La seule réalisation **d'une des séquences de la démarche**
Ex: historique médicamenteux seul
- **L'évaluation de l'adhésion** thérapeutique du patient
- **La gestion du traitement personnel** du patient
- **L'utilisation d'un outil** de la conciliation,
Ex: le tableau médicament de la lettre de liaison

Séjour hospitalier : du / / au / /

NOM (de naissance) :
NOM (marital) :
Prénom(s) :
Sexe :
Date de naissance : / /
IPP :

Motif d'hospitalisation :

Nom du médecin hospitalier :
Nom du service hospitalier :
Téléphone :
Nom du pharmacien hospitalier :
Téléphone pharmacie hospitalière :

Médecin traitant :
Pharmacien d'officine :
IDE domicile :

Traitement médicamenteux pris avant hospitalisation ou bilan médicamenteux			Traitement médicamenteux à la sortie		Commentaires <small>(motif de changement entre bilan médicamenteux et traitement de sortie, cible thérapeutique et surveillance associée, durée de traitement calculée à partir de la date de rédaction du traitement de sortie)</small>
Nom/dosage/forme	Posologie	Devenir du traitement	Nom/dosage/forme	Posologie	
		<input type="radio"/>			
		<input type="radio"/>			
		<input type="radio"/>			
		<input type="radio"/>			
		<input type="radio"/>			
		<input type="radio"/>			
		<input type="radio"/>			
		<input type="radio"/>			
		<input type="radio"/>			
		<input type="radio"/>			
		<input type="radio"/>			

Date :

Validation
(nom, fonction,
signature)

- **Le support est le même qu'il y ait eu conciliation ou pas**
 - Pas de conciliation: « volet médicamenteux de la lettre de liaison »
 - Conciliation : « fiche de conciliation de sortie » (intégrée à lettre de liaison)
- **C'est la démarche pour le remplir qui est différente**
 - plus approfondie et forcément pluri-professionnelle en cas de conciliation

Ne pas confondre la conciliation avec

- L'analyse pharmaceutique
- La révision globale des traitements
- L'éducation thérapeutique
- Les RMM, REMED et CREX

Quel intérêt chez la personne âgée?

La conciliation a un intérêt si les erreurs médicamenteuses :

- Liées à un défaut de transmission de l'information sur le médicament
- Au moment de rupture du parcours
- Avec un impact clinique

sont fréquentes chez la personne âgée

Erreurs médicamenteuses chez 65 ans et plus à l'admission après passage aux urgences

- **En moyenne, une erreur médicamenteuse /patient**

- Leur mise en évidence par la conciliation permet:

1) de prévenir un accident iatrogène et/ou décompensation d'une maladie par sous-traitement:

- Ex: repérage d'une automédication par aspirine permettant de prévenir un accident hémorragique
- Ex: repérage d'un traitement ophtalmo nécessaire pour prévenir une baisse d'acuité visuelle

2) d'optimiser le diagnostic ayant causé l'hospitalisation (25% des H en urgence sont liées en tout ou partie à un médicament chez 85+)

Ex: repérage d'un cumul de psychotropes en cause dans une chute

Gravité potentielle de ces erreurs

Tableau 12 : Gravité potentielle des erreurs médicamenteuses interceptées par la conciliation
n= 70 patients

	Gravité majeure, critique ou catastrophique	
	Évaluée sur la durée de l'hospitalisation	Évaluée sans considération de période
% de patients concernés	17 % (12 patients/70)	57 % (40 patients/70)

Erreurs médicamenteuses à la sortie d'hôpital (patients tout âge)

- % avec ≥ 1 erreur dans médicaments et/ou bilan diagnostic et/ou surveillance ?



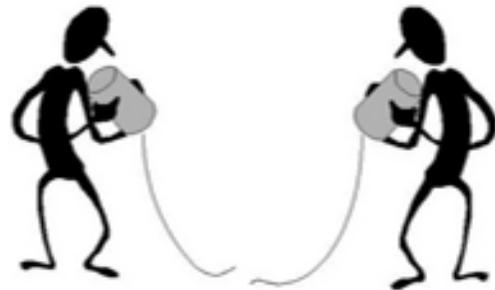
- Moore, J Gen Intern Med, 2003;

- % avec un évènement indésirable lié aux soins le plus souvent médicamenteux?



- Forster CMAJ 2004, Ann Intern Med 2003, J Gen Intern Med 2005

- Mécanisme principal de ces erreurs et évènements indésirables ?



- Forster Ann Intern Med 2003

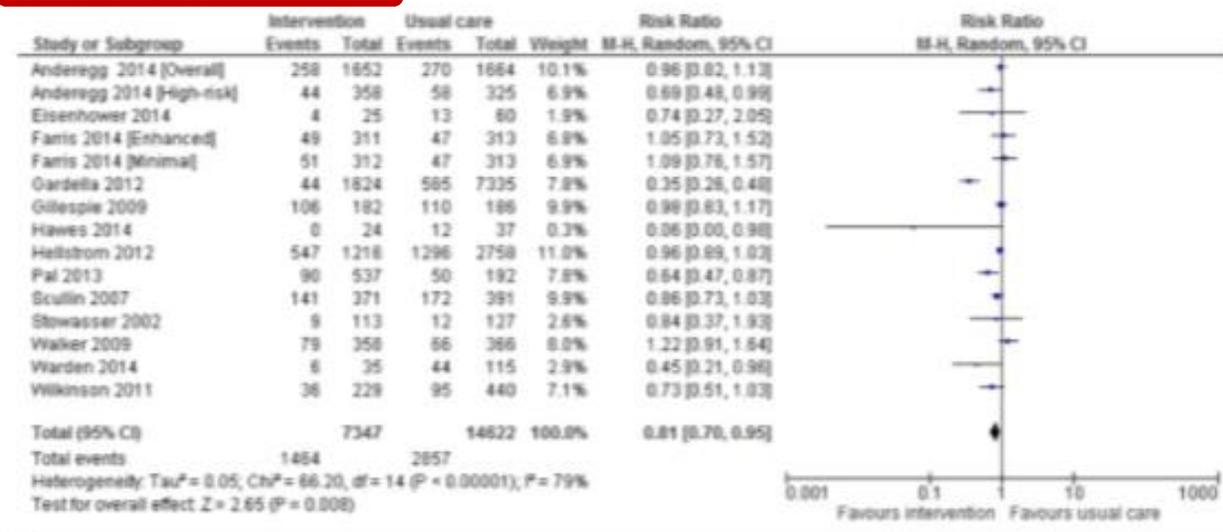
Impact clinique de la conciliation médicamenteuse

**BMJ Open Effectiveness of pharmacist-led
medication reconciliation programmes
on clinical outcomes at hospital
transitions: a systematic review
and meta-analysis**

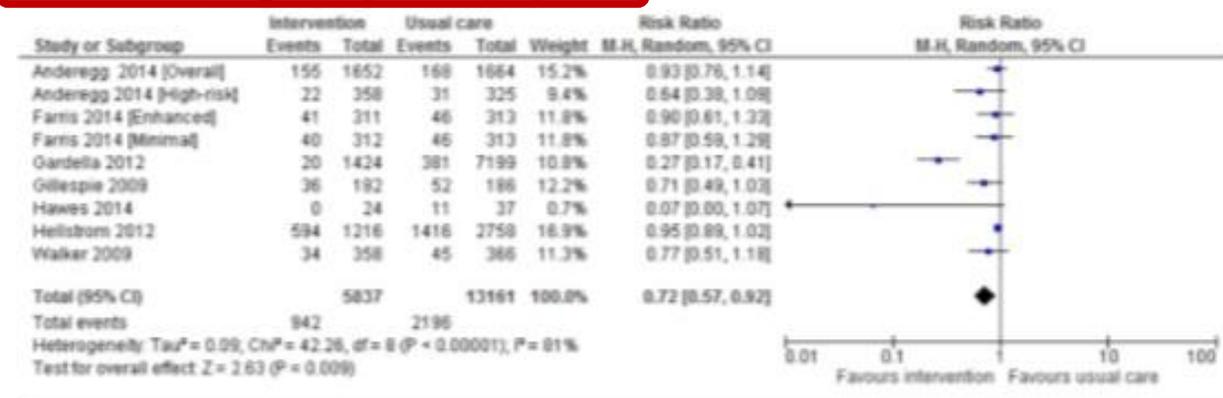
Alemayehu B Mekonnen,^{1,2} Andrew J McLachlan,^{1,3} Jo-anne E Brien^{1,4}

2016

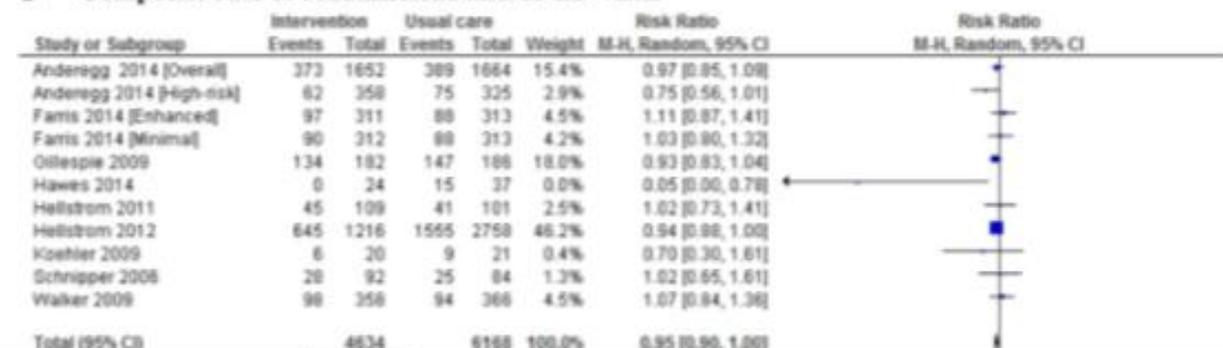
A All-cause readmission



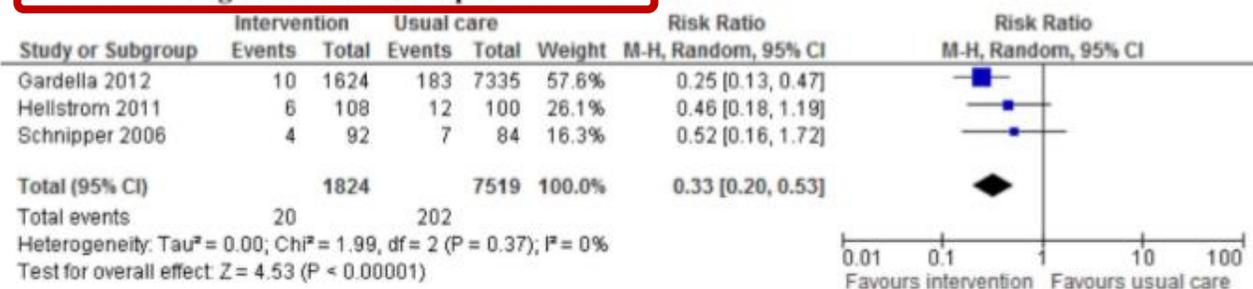
B All-cause emergency department (ED) visits



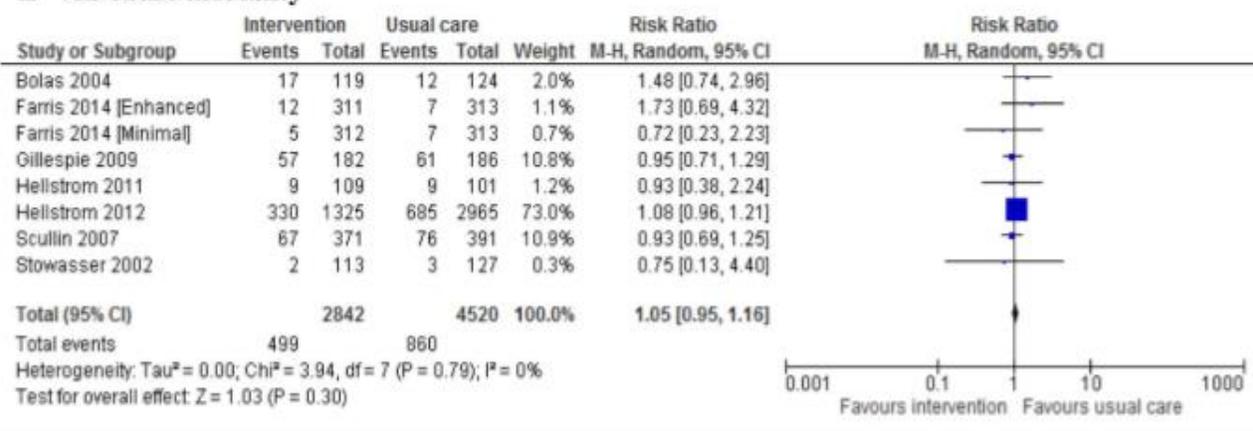
C Composite rate of readmissions and/or ED visits



D Adverse drug event-related hospital revisits



E All-cause mortality



Remarques importantes sur l'impact clinique de la CM et conséquences pour l'action

- Design études le plus souvent « non optimal » (8 RCT vs 9 non RCT/ Seulement 3 multicentriques) et suivi court: 1 mois (11 études) >3 mois (6 études)
- Patients **sélectionnés à haut risque** le plus souvent (**âgé**, polymédiqué, pathologie cible comme Insuffisance cardiaque, BPCO., atcds H)
- Conciliation **systematique à la sortie** +/- preadmission, admission, séjour, post sortie
- Intervention **au-delà de la simple conciliation le plus souvent+++:**
 - Suivi téléphonique et/ou visites à domicile (3 études)
 - Conseils patient (4 études)
 - Suivi téléphonique/VAD et conseils patient (7 études)
 - Revue des traitements formalisée (5 études)

Comment cela se passe dans la vraie vie?

Retour d'expérience de l'équipe de l'hôpital Saint Joseph

Mise en place en 2015 à St Joseph

- Au départ : en prospectif, via le médecin de l'EMG
- Problème : Informations récoltées à 10h30-11h et externes seulement le matin → 1 seul patient concilié/j
- Décision en 2016 de passer en **rétrospectif** : conciliation le lendemain de l'hospitalisation → environ 3 patients/j

- Nécessité d'un **externe ou interne dédié (chronophage ++)**
- **Conciliation d'entrée uniquement**
- **Priorisation des conciliations : patients venant des urgences**

Côté pratique

- Permet de modifier l'observation médicale d'entrée pour que les traitements du tableau médicament parcours soient les plus proches possibles de la réalité
- En gériatrie : **réelle adhésion des équipes cliniques**, sensibilisées aux risques iatrogéniques, demande d'étendre l'activité en psychogériatrie (service aigu)
- Nécessité d'une **habilitation** et d'**outils** de conciliation : grille de recueil, modèle du BMA, grille de conciliation, fichier de traçabilité

Difficultés en pratique - sources

- Patient en examen, somnolent, confus, troubles cognitifs
- Famille non disponible ou non coopérante
- Pharmacie difficile à trouver
- Médecin traitant injoignable

→ Une conciliation commencée n'est pas toujours finie !

- En gériatrie possibilité de contacter les IDE, l'EHPAD, SSR...

Quelles finalités ?

- En 2018 : **627 conciliations**
- **1,24** divergences non intentionnelles/patient
- 0,7 DNI corrigées/patient **(56 %)**

- **Réelle coopération pharmacien/médecin**, temps gagné pour les équipes soignantes, sécurise l'hospitalisation, permet également de réévaluer les prescriptions parfois non justifiées ou non optimisées

Perspectives à St Joseph

- Développement de la conciliation de sortie en binôme interne médecin/ interne pharmacien
 - **Sécurisation de la prescription de sortie**
 - **Explication au patient ou à la famille des modifications thérapeutiques, la veille de la sortie du patient**

Impossibilité pour une même personne de faire conciliation de sortie + conciliation d'entrée en même temps... Moyens humains nécessaires !

Formations proposées par ou en collaboration avec OMEDIT IDF

Tableau médicament hors conciliation

- Sur site
- Organisation logistique par le référent établissement
- Min: 20 personnes

Entretien patient

- Sur site
- Organisation logistique par le référent établissement
- Min: 15 personnes

Conciliation

- Formation DPC à Fac Pharmacie Paris V
- Venir préférentiellement en équipe

The screenshot shows the omedit website interface. The logo 'omedit ILE DE FRANCE' is at the top left. A search bar is at the top right. The main navigation bar includes 'ACCUEIL', 'BON USAGE & FINANCEMENT', 'QUALITÉ & SÉCURITÉ', 'TRAVAUX RÉGIONAUX', 'CONTRATS', 'ÉVÈNEMENTS IDF', and 'ESPACE PRIVÉ'. The 'QUALITÉ & SÉCURITÉ' menu is highlighted with a red box, and its sub-menu 'Formations' is also highlighted. Below the navigation, the page title is 'Accueil / Formations' and 'FORMATIONS'. There are social media icons for email, RSS, Facebook, and Twitter. The first module is titled 'Sécuriser la prise en charge médicamenteuse à la sortie d'hôpital: le volet médicamenteux de la lettre de liaison de la HAS'. It includes a table image and two buttons: 'E-learning' and 'Formation présentielle'. The second module is titled 'Ecouter le patient pour améliorer sa prise en charge : l'entretien de compréhension OMAGE'. It includes an image of cards with text like 'Tout m'inquiète', 'J'ai du mal à prendre mes médicaments', and 'Je suis écouté(e)!', and a 'Formation présentielle' button. The third module is titled 'Conciliation des traitements médicamenteux'. It includes a table image and a 'Formation présentielle (Intégrant un E-learning)' button.

Quelques références

- Guide HAS pour la mise en œuvre de la conciliation

https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2736442

- Outils pour la mise en œuvre de la conciliation et exemples

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante

- Revue et méta-analyse sur l'impact clinique de la conciliation médicamenteuse (accès libre)

Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JA. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2016 Feb 23;6(2):e010003. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010003. Review. PubMed PMID: 26908524; PubMed Central PMCID: PMC4769405.

Autres diapos