Conciliation médicamenteuse à l'HIA Legouest : une activité de pharmacie clinique plébiscitée par les prescripteurs

L. Lefeuvre[a], M. Rouault[a], V. Huynh[b], P. Carassou[c], P. Rey[d], C. Hofmann[a]

a Service pharmacie, HIA Legouest, 27 avenue de Plantières, BP 90001 – 57077 Metz Cedex.
b Service de chirurgie viscérale, HIA Legouest, 27 avenue de Plantières, BP 90001 – 57077 Metz Cedex.
c Service de médecine interne, HIA Legouest, 27 avenue de Plantières, BP 90001 – 57077 Metz Cedex.
d Service des maladies digestives, HIA Legouest, 27 avenue de Plantières, BP 90001 – 57077 Metz Cedex.

Résumé

La conciliation médicamenteuse a pour but d'assurer la continuité du traitement et prévenir l'iatrogénie médicamenteuse aux points de transition du processus de soins. À l'admission dans un établissement de santé, elle repose sur la prise en compte du traitement de ville et son intégration dans la prescription hospitalière. En sortie d'hospitalisation, elle permet de faire le bilan des modifications de traitements et de les communiquer au patient et aux professionnels de ville. Après un an de mise en œuvre au sein de l'Hôpital d'instruction des armées Legouest à Metz, un questionnaire d'évaluation du processus de conciliation a été adressé à 30 prescripteurs impliqués dans la démarche. Le taux de réponse est de 70 %, soit 88,2 % des prescripteurs seniors et 46,2 % des juniors. Les répondants ont estimé à 90,5 % que le processus de conciliation leur permet d'optimiser la prise en charge des patients et 95 % jugent qu'elle apporte une réelle plus-value pharmaceutique. Ainsi la conciliation, par l'interception d'erreurs médicamenteuses, est une démarche performante de sécurisation de la prise en charge thérapeutique et représente une mission essentielle de pharmacie clinique avec l'opportunité pour le pharmacien d'être intégré aux équipes soignantes.

Mots-clés : Conciliation. Évaluation. Iatrogénie. Pharmacie Clinique.

Abstract

MEDICATION RECONCILIATION AT LEGOUEST MILITARY HOSPITAL: A CLINICAL PHARMACEUTICAL PRACTICE APPROVED BY PHYSICIANS.

Medication reconciliation is intended to ensure the continuity of patients' treatments and avoid the negative drug side effects at transition points in the care process. At admission to a healthcare facility, the patients' personal treatments are taken into account and added to the hospital prescription. An discharge, the changes in the treatment are reviewed and the patients and ambulatory care professionals informed. After one year, an assessment of the reconciliation process was carried out with the 30 prescribers involved in its implementation. The response rate was 70%, i.e. 88% of the senior physicians and 46% of the junior physicians. Ninety per-cent of the respondents estimated that the reconciliation process allowed them to improve the medical care of their patients and 95% believed that it resulted in a real pharmaceutical improvement. Reconciliation makes it possible to avoid medication errors, thus it is a powerful tool to make the therapeutic care safer. It also constitutes an important clinical pharmaceutical task which allows pharmacists to take their place within the medical staff.

Keywords : Assessment. Clinical Pharmacy. Drug event. Reconciliation.

DOSSIER

Introduction

En 2009, l'Étude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (1) mettait en évidence que 35 à 45 % des événements indésirables graves survenant pendant une hospitalisation pouvaient être considérés comme évitables, et que 19 % d'entre eux étaient associés à des médicaments. Plusieurs éléments peuvent contribuer à cette iatrogénie médicamenteuse : manque d'expérience, organisation défectueuse, fatigue, environnement, etc. Les difficultés de communication entre les différents acteurs de la prise en charge médicamenteuse, et notamment l'absence de système d'information partagé entre les professionnels de ville et ceux des établissements de santé, sont sans nul

L. LEFEUVRE, pharmacien principal, praticien certifié. M. ROUAULT, pharmacien principal, praticien confirmé. V. HUYNH, médecin principal, praticien confirmé. P. CARASSOU, médecin principal, praticien certifié. P. REY, médecin chef des services, praticien certifié. C. HOFMANN, pharmacien en chef, praticien certifié.
Correspondance : Madame le pharmacien principal L. LEFEUVRE, Service pharmacie, HIA Legouest, 27 avenue de Plantières, BP 90001 – 57077 Metz Cedex.
E-mail : leslie.lefeuvre@intradef.gouv.fr ou leslie.lefeuvre@santarm.fr

doute un facteur contributif à la survenue d'erreurs médicamenteuses. L'étude EQUIP (2), menée en 2009 en Grande Bretagne dans 20 centres hospitaliers, a mis en évidence un risque d'erreur de prescription augmenté de 70 % lors de la phase d'admission d'un patient à l'hôpital par rapport à la phase d'hospitalisation, du fait d'informations incomplètes ou mal communiquées à l'interface ville-hôpital. À la sortie d'hospitalisation, la persistance de ces erreurs ou une mauvaise information thérapeutique du patient peuvent également être à l'origine d'événements indésirables médicamenteux. Pour pallier ces difficultés, le Dossier pharmaceutique (DP) a été créé en 2008 (3) dans le but de recenser pour chaque patient, tous les médicaments dispensés en officine au cours des quatre mois précédents. Mais l'alimentation du DP est un acte volontaire auquel le patient peut s'opposer, et limité par la nécessité de disposer d'une carte vitale.

En France, les établissements de santé sont fortement incités par la Haute autorité de santé (HAS) à mettre en œuvre une politique de sécurisation des soins et de gestion des risques afin de garantir la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient. Le critère 20a-bis de la certification V2014 (4), classé Pratique exigible prioritaire (PEP), indique ainsi que la continuité du traitement médicamenteux doit être organisée « de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus ». L'arrêté du 6 avril 2011 (5) a rendu obligatoire la mise en place dans les établissements de santé, d'un système de management de la qualité afin d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient hospitalisé. Ce texte précise que l'instauration d'un système de management de la qualité doit permettre de s'assurer que « la prescription […] garantit la continuité et la qualité de la prise en charge médicamenteuse de l'admission jusqu'à la sortie du patient ».

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) désigne la conciliation médicamenteuse comme un processus conçu pour assurer la continuité du traitement et prévenir les événements iatrogènes médicamenteux aux points de transition du processus de soins (6). À l'admission, elle permet d'assurer la prise en compte du traitement médicamenteux préexistant par la recherche d'une anamnèse médicamenteuse exhaustive auprès des différents acteurs de soins impliqués dans la prise en charge thérapeutique du patient. Lors du retour à domicile, elle doit faire le bilan des modifications de traitements survenues pendant l'hospitalisation afin de transmettre une information validée :

– au patient pour l'aider à poursuivre son traitement médicamenteux ;

– au pharmacien d'officine pour optimiser son acte de dispensation et améliorer la pertinence de ses conseils ;

– au médecin traitant pour qu'il intègre à sa nouvelle prescription les modifications apportées au traitement pendant l'hospitalisation.

La mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse constitue ainsi une démarche de sécurisation et d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse des patients.

Contexte

Les personnes âgées sont particulièrement exposées au risque iatrogène médicamenteux. Selon la Caisse nationale d'assurance maladie (7), les effets indésirables médicamenteux sont deux fois plus nombreux chez les plus de 65 ans. En outre, l'iatrogénie médicamenteuse peut avoir des conséquences cliniques importantes dans cette population vulnérable. Elle serait ainsi responsable de plus de 10 % des hospitalisations chez les sujets de plus de 65 ans et de près de 20 % chez les octogénaires (8). Les facteurs favorisant la survenue des accidents iatrogènes chez les personnes âgées sont multiples : poly-pathologie, poly-médication, altération de la fonction rénale, dégradation des fonctions cognitives, mode d'administration inadéquat, etc. À cela s'ajoutent les comportements des sujets âgés vis-à-vis des médicaments avec notamment l'inobservance des traitements prescrits et l'automédication. Une étude menée par l'Observatoire régional de la santé de Franche-Comté en 2003 (9) a montré que, bien que les sujets âgés aient tendance à ne pas se considérer comme mauvais observants, ils sont souvent perturbés par la modification de leur traitement habituel et peuvent involontairement continuer à prendre un médicament supprimé ou ne pas prendre un nouveau médicament prescrit, voire les deux en même temps. Les auteurs de cette étude soulignent également que les personnes âgées ont rarement tendance à s'automédiquer au moyen de médicaments à prescription facultative qu'ils considèrent comme moins efficaces que ceux obtenus sur prescription. En revanche, ils peuvent de façon importante, consommer sans avis médical préalable des médicaments qui leur ont été prescrits antérieurement de manière ponctuelle, comme des anti-inflammatoires, des antalgiques, des laxatifs ou des anxiolytiques.

Par ailleurs, une étude américaine de 2009 (10) et une française de 2013 (11) montrent respectivement que 13 et 24 % seulement des patients âgés de plus de 65 ans et hospitalisés après passage dans un service d'urgences, bénéficient d'une anamnèse médicamenteuse juste, c'est-à-dire à la fois exhaustive (tous les médicaments sont identifiés) et complète (pour chaque médicament sont précisés le nom, le dosage et la posologie). De la même façon en sortie d'hospitalisation, une étude suisse de 2009 (12) a montré que les ordonnances de sortie de 69 % des patients inclus présentaient une erreur, soit en lien avec une anamnèse médicamenteuse erronée à l'admission dans plus d'un cas sur deux, soit à type d'omission ou d'erreur de médicament par rapport au traitement ambulatoire initial. Enfin, une étude britannique de 2002 (13) et une étude américaine de 2006 (14) concluent toutes deux qu'un entretien pharmaceutique réalisé avant la sortie d'hospitalisation contribue à améliorer l'observance thérapeutique des patients, à réduire le taux d'erreurs médicamenteuses évitables, et à diminuer le taux de réadmissions dues à un problème médicamenteux.

La conciliation à l'HIA Legouest

Notre projet est né de la déclaration d'une erreur médicamenteuse en février 2013, portant sur la prescription du traitement habituel d'un patient à son admission. Cette erreur a conduit à l'administration d'un médicament inhibiteur de la pompe à protons à la place d'un biphosphonate suite à un recueil erroné de l'historique médicamenteux. Nous avons ainsi débuté la conciliation à l'admission des patients des Services de cardiologie et de médecine interne et maladies infectieuses et tropicales (SMIMIT) en avril 2013, puis étendu la démarche en sortie d'hospitalisation et aux Services de maladies digestives (SMD), de Dermatologie et vénérologie (DV) et de chirurgie viscérale en novembre 2013.

À l'admission d'un patient, le processus de conciliation repose sur trois étapes :

– constitution d'une liste complète des médicaments pris au domicile, prescrits ou non prescrits, en croisant les données obtenues par différentes sources d'information. Cette liste est nommée Bilan médicamenteux optimisé (BMO) ;

– intégration ou comparaison du BMO à la première prescription hospitalière dite Ordonnance médicale d'admission (OMA) ;

– identification d'éventuelles divergences et leur présentation au prescripteur afin de définir si elles sont intentionnelles ou non, et de les documenter ou les corriger au besoin.

À l'HIA Legouest, le processus de conciliation est réalisé par un pharmacien, quotidiennement sauf les samedis et dimanches. Dans les services de médecine, il est mené de façon rétroactive par l'intervention du pharmacien après la rédaction de l'Ordonnance médicale d'admission (OMA). Il débute par un entretien pharmaceutique avec le patient, au cours duquel sont abordés l'historique médicamenteux (nom, dosage, posologie et voie d'administration), les habitudes d'automédication et hygiéno-diététiques, les problèmes de tolérance aux traitements prescrits, le degré d'observance et les allergies connues. À l'issue, le pharmacien d'officine référent du patient est systématiquement contacté par téléphone pour obtenir l'historique de dispensation des trois derniers mois et/ou une copie des prescriptions transmises par fax. Ceci permet l'accès à l'ensemble des médicaments achetés sans ordonnance, prescrits par le médecin traitant ou par le(s) médecin(s) spécialiste(s), sans exclure les médicaments ayant un conditionnement trimestriel. L'HIA Legouest n'est pas encore connecté au dossier pharmaceutique mais sa consultation systématique aurait alors pour avantage d'améliorer l'exhaustivité et la véracité des informations relevées par un recueil instantané et facilité de l'historique médicamenteux.

Le BMO obtenu est comparé à l'OMA et chaque divergence non documentée est confirmée par au moins deux sources d'information parmi :

– l'étude des médicaments apportés par le patient ;

– toute source d'information disponible sur les traitements habituels pris à domicile (lettre d'admission rédigée par le médecin traitant ou par un spécialiste libéral, ordonnances, courrier d'hospitalisation précédente, compte-rendu d'admission aux urgences, pilulier, plan de prise, carnet de suivi, etc.) ;

– les mentions d'arrêt, de modification ou de suspension de traitement portées sur la prescription hospitalière ;

– la consultation du Dossier Médical du Patient (DMP) ;

– l'entretien avec un membre de la famille ou un personnel de soins en charge de la gestion des traitements du patient à son domicile ;

– le recours au médecin traitant.

À l'issue de cette recherche, la rédaction d'un complément d'information par le prescripteur justifiant certaines divergences ou la modification de la prescription hospitalière nécessaire à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient, consiste en l'acte de conciliation proprement dit.

En chirurgie en revanche, nous avons choisi de mettre en œuvre un processus proactif après avoir identifié que 50 à 75 % des ordonnances médicales réalisées à l'admission sont partiellement ou en totalité non conformes aux traitements de routine habituellement pris par les patients. Dans ce deuxième cas, l'entretien pharmaceutique avec le patient est réalisé avant la visite d'admission effectuée par le chirurgien. Après consolidation de l'historique médicamenteux auprès du pharmacien d'officine, le BMO est communiqué au prescripteur sous trois formes :

– un entretien oral réalisé directement avec le médecin hospitalier référent du patient ;

– un compte-rendu de conciliation inséré dans le Système d'information hospitalier (SIH) Amadeus™ ;

– un protocole thérapeutique identifié « traitement de fond issu de la conciliation », rédigé informatiquement au sein même de l'onglet de prescription de façon à faciliter sa prise en compte lors de la réalisation de l'ordonnance médicale d'admission. Toutefois, ce protocole est enregistré sans jamais être signé de façon à le différencier clairement d'une prescription.

La figure 1 représente le processus de conciliation médicamenteuse lors de l'admission du patient.

En sortie d'hospitalisation, la conciliation s'articule également en trois temps :

– comparaison du BMO et de la prescription hospitalière en cours, afin d'identifier les modifications thérapeutiques survenues en cours d'hospitalisation ;

– présentation au patient d'un plan de prise afin de lui expliquer les éventuelles modifications apportées à son traitement de routine, lui apporter les conseils pharmaceutiques nécessaires à la bonne observance thérapeutique, justifier l'arrêt volontaire d'un médicament et non son omission de prescription, et lui donner les correspondances entre médicament princeps et générique qui sont souvent sources de confusion ;

– transmission rapide d'un compte-rendu de conciliation au pharmacien d'officine référent du patient pour lui permettre d'anticiper la prescription de sortie (ex : commande spécifique de médicaments onéreux).

Patients et méthode

Selon les recommandations de l'HAS (15), tous les patients âgés de 65 ans et plus, hospitalisés dans

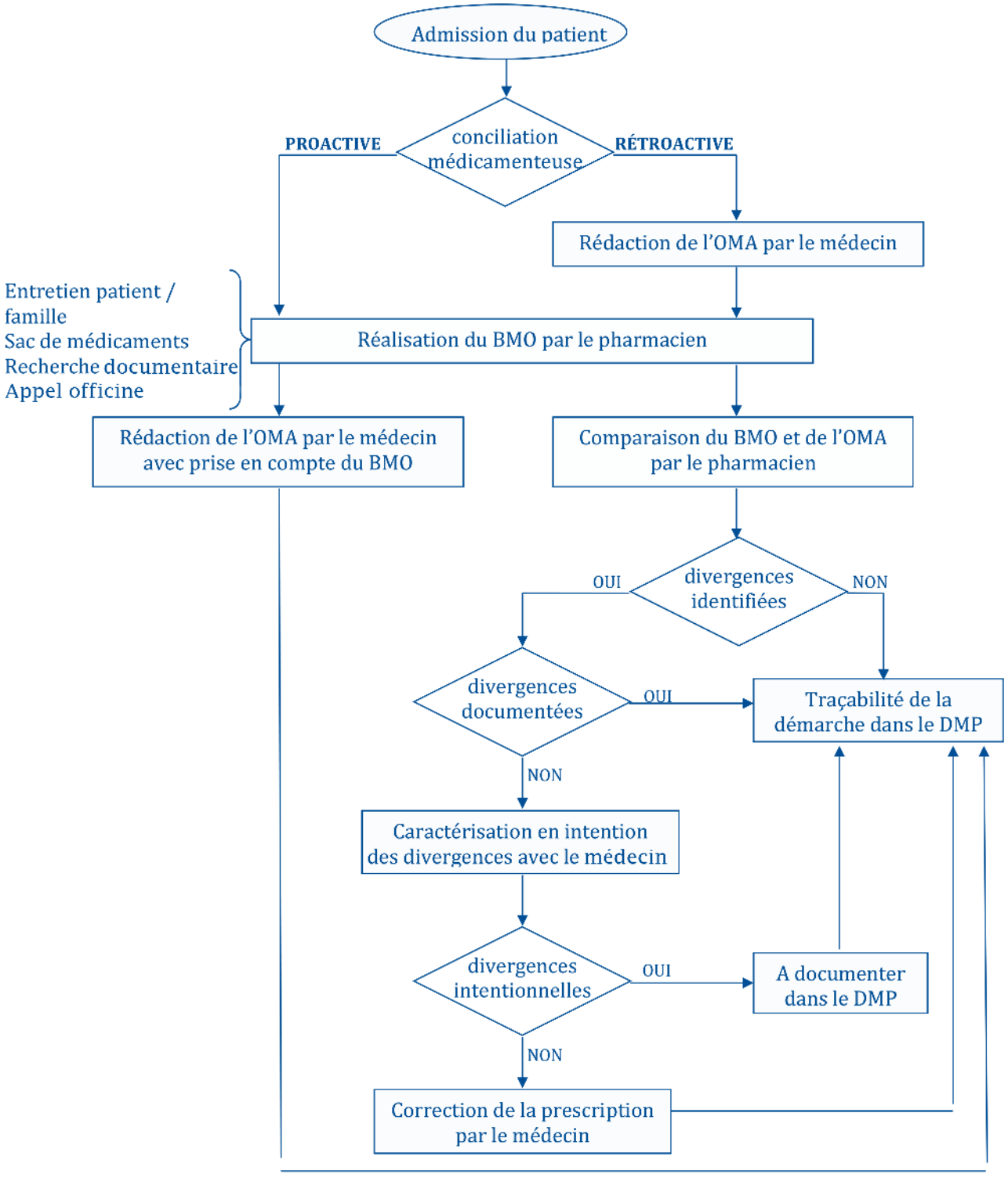


Figure 1. Logigramme de conciliation médicamenteuse à l'admission.

les services de cardiologie – SMIMIT, SMD – DV et chirurgie viscérale de l'HIA Legouest, sont éligibles au processus de conciliation médicamenteuse. Toutefois, nous avons choisi d'exclure pour des raisons organisationnelles :

– les patients hospitalisés depuis plus de 48 heures (ex : admissions du vendredi après-midi) ;

– les patients transférés d'un service d'hospitalisation au sein duquel le processus de conciliation n'est pas mis en œuvre ;

– les patients en isolement protecteur ;

– les patients incapables de communiquer (patients sourds, ne comprenant pas et/ou ne parlant pas le français, patients en soins palliatifs, etc.) ;

– les patients vivant en institution médicalisée pour lesquels les traitements de routine sont systématiquement transmis à l'admission ;

– les patients sortis de l'hôpital avant que le processus de conciliation médicamenteuse n'ait pu être finalisé ;

– les patients refusant de participer.

Après un an de mise en œuvre, un questionnaire d'évaluation du processus de conciliation a été adressé à l'ensemble des trente prescripteurs impliqués dans la démarche, soit 13 prescripteurs juniors et 17 prescripteurs seniors, ou 10 prescripteurs du pôle cardiologie – SMIMIT, 12 prescripteurs du pôle SMD – DV, et 8 prescripteurs de chirurgie viscérale. Sa finalité était d'obtenir leur avis sur l'impact effectif de la conciliation sur leurs pratiques professionnelles. Afin de favoriser la participation, nous avons choisi un format restreint d'une seule page recto, avec des questions fermées dont les réponses se présentaient sous forme de cases à cocher (annexe 1).

Résultats

Entre les mois d'avril 2013 et d'avril 2014, 184 patients ont bénéficié du processus de conciliation. Cela représente un taux de conciliation de 32 % limité principalement par le manque de ressources en personnels pharmaceutiques, premier frein au déploiement du processus rapporté dans la littérature. La durée du processus était de 57 minutes par patient à l'admission d'un service de médecine contre 26 minutes en chirurgie, et de 1 h 13 minutes en sortie d'hospitalisation. Les non-conformités au traitement de ville représentaient 59,2 % des prescriptions à l'admission et 62,5 % des ordonnances de sortie, dont 50,9 % de divergences non intentionnelles. Mais les prescripteurs ont accepté à 73,1 % les modifications proposées par le pharmacien suite à la présentation de ces divergences.

Concernant le questionnaire d'évaluation du processus, nous avons reçu 21 réponses dont 88,2 % des seniors et 46,2 % des juniors. Les taux de réponse étaient de 58,3 % en SMD – DV, 75 % en chirurgie viscérale, et 80 % en cardiologie – SMIMIT (tab. I).

L'analyse des questionnaires montre que 76,2 % des répondants ne connaissaient pas le processus de conciliation médicamenteuse avant sa mise en œuvre à l'HIA Legouest. Toutefois, 66,7 % des prescripteurs de chirurgie viscérale en connaissaient le principe contre aucun de SMD – DV et 12,5 % (soit un prescripteur) en cardiologie – SMIMIT. Les prescripteurs seniors ont admis à 53,3 % n'avoir jamais participé au processus de conciliation, c'est-à-dire n'avoir jamais eu à qualifier en intention une divergence, quand 100 % des juniors disent avoir été impliqués.

Tableau I. Résultats de l'évaluation du processus de conciliation médicamenteuse par les prescripteurs

		Juniors		Seniors		SMIMIT		SMD – DV		Chirurgie		TOTAL	
Question		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
3-connaissance du processus	oui	1	16,7	4	26,7	1	12,5	0	0,0	4	66,7	**5**	**23,8**
	non	5	83,3	11	73,3	7	87,5	7	100	2	33,3	**16**	**76,2**
4-implication dans le processus	oui	6	100	7	46,7	8	100	2	28,6	3	50,0	**13**	**61,9**
	non	0	0,0	8	53,3	0	0,0	5	71,4	3	50,0	**8**	**38,1**
5-difficultés à l'admission	oui	6	100	12	80,0	8	100	7	100	3	50,0	**18**	**85,7**
	non	0	0,0	3	20,0	0	0,0	0	0,0	3	50,0	**3**	**14,3**
6-fiabilisation du bilan médicamenteux	oui	6	100	12	80,0	8	100	5	71,4	5	83,3	**18**	**85,7**
	nsp*	0	0,0	3	20,0	0	0,0	2	28,6	1	16,7	**3**	**14,3**
7-où consulter le compte-rendu	oui	2	33,3	9	60,0	4	50,0	2	28,6	5	83,3	**11**	**52,4**
	non	4	66,7	6	40,0	4	50,0	5	71,4	1	16,7	**10**	**47,6**
8-compte-rendu adapté	oui	3	50,0	8	53,3	3	37,5	3	42,9	5	83,3	**11**	**52,4**
	nsp*	3	50,0	7	46,7	5	62,5	4	57,1	1	16,7	**10**	**47,6**
9-divergence déjà rencontrée	oui	4	66,7	11	73,3	7	87,5	7	100	1	16,7	**15**	**71,4**
	non	2	33,3	4	26,7	1	12,5	0	0,0	5	83,3	**6**	**28,6**
10-optimisation de la prise en charge	oui	6	100	13	86,7	8	100	6	85,7	5	83,3	**19**	**90,5**
	nsp*	0	0,0	2	13,3	0	0,0	7	14,3	1	16,7	**2**	**9,5**
11-optimisation des délais	oui	1	16,7	6	40,0	2	25,0	3	42,9	2	33,3	**7**	**33,3**
	non	5	83,3	4	26,7	4	50,0	1	14,3	4	66,7	**9**	**42,9**
	nsp*	0	0,0	5	33,3	2	25,0	3	42,9	0	0,0	**5**	**23,8**
12-impact sur les pratiques	oui	6	100	7	46,7	6	75,0	4	57,1	3	50,0	**13**	**61,9**
	non	0	0,0	5	33,3	0	0,0	2	28,6	3	50,0	**5**	**23,8**
	nsp*	0	0,0	3	20,0	2	25,0	1	14,3	0	0,0	**3**	**14,3**
13-plus-value pharmaceutique	importante	4	66,7	8	57,1	5	62,5	4	66,7	3	50,0	**12**	**60,0**
	modérée	2	33,3	5	35,7	3	37,5	2	33,3	2	33,3	**7**	**35,0**
	limitée	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0	1	16,7	**1**	**5,0**

*ne sait pas

Annexe 1. Questionnaire « Prescripteur ».

QUESTIONNAIRE « PRESCRIPTEUR »
RELATIF A LA MISE EN ŒUVRE DE LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE

1. **Quel est le service de soins au sein duquel vous exercez ?**

   ☐ SMIMIT ☐ SMD ☐ Chirurgie viscérale
   ☐ Cardiologie ☐ Dermatologie

2. **Quelle est votre fonction ?**

   ☐ médecin sénior ☐ médecin junior

3. **Connaissiez-vous le processus de conciliation médicamenteuse avant sa mise en œuvre à l'HIA Legouest ?**

   ☐ oui ☐ non

4. **Avez-vous été impliqué dans le processus depuis sa mise en œuvre sur l'HIA Legouest ?**

   ☐ oui ☐ non

5. **Avez-vous déjà rencontré des difficultés pour établir l'historique médicamenteux d'un patient à son admission ?**

   ☐ oui ☐ non

6. **Selon vous, est-ce que l'intervention pharmaceutique à l'admission du patient fiabilise l'obtention de l'historique médicamenteux ?**

   ☐ oui ☐ non ☐ je ne sais pas

7. **Savez-vous où consulter le compte-rendu de conciliation réalisé par le pharmacien à l'admission d'un patient ?**

   ☐ oui ☐ non

8. **Le format du compte-rendu de conciliation vous semble-t-il approprié pour y trouver rapidement des informations utiles ?**

   ☐ oui ☐ non ☐ je ne sais pas

9. **Avez-vous déjà été confronté à une divergence potentiellement dommageable pour l'état clinique du patient entre son traitement de ville et le traitement prescrit lors de l'admission à l'HIA ?**

   ☐ oui ☐ non

10. **Les informations communiquées par le pharmacien vous aident-elles à optimiser la prise en charge du patient ?**

    ☐ oui ☐ non ☐ je ne sais pas

11. **L'intervention pharmaceutique vous permet-elle d'optimiser le délai de prise en charge du patient à l'admission ?**

    ☐ oui ☐ non ☐ je ne sais pas

12. **La mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse a-t-elle eu un impact sur vos pratiques ?**

    ☐ oui ☐ non ☐ je ne sais pas

    dans quelle mesure :……

13. **Selon vous, la plus-value pharmaceutique apportée par le processus de conciliation médicamenteuse est :**

    ☐ importante ☐ modérée ☐ limitée

Vous pouvez nous faire part de toutes suggestions utiles en utilisant le recto de cette feuille.

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION

Les répondants ont reconnu à 85,7 % avoir des difficultés pour établir l'historique médicamenteux des patients à leur admission, dont 100 % des prescripteurs des services de médecine. La même proportion estime que l'intervention pharmaceutique à l'admission fiabilise l'historique médicamenteux. Les prescripteurs ont reconnu à 71,4 %, dont 100 % des seniors des services de médecine, avoir déjà été confrontés à une divergence potentiellement dommageable pour l'état clinique du patient entre son traitement de ville et celui prescrit à l'admission. Ainsi, 90,5 % des répondants estiment que les informations communiquées par le pharmacien leur permettent d'optimiser la prise en charge du patient sans toutefois réduire le délai à l'admission.

Si 14,3 % des répondants ne se prononcent pas, 61,9 % estiment que la mise en œuvre du processus de conciliation médicamenteuse a eu un impact sur leurs pratiques professionnelles, dont 100 % des juniors ayant répondu. Il est alors intéressant de préciser que le pourcentage de prescripteurs ayant répondu avoir été impliqués dans la démarche est de 61,9 % également.

Parmi les modifications de pratiques rapportées par les prescripteurs, on note :

– une meilleure connaissance des substitutions usuelles validées sur l'établissement ;

– un sentiment de sécurisation des procédures de prescription vis-à-vis du risque d'erreur médicamenteuse ;

– une économie du temps passé à essayer de contacter le médecin traitant.

Un prescripteur souligne que l'obtention rapide du BMO évite de surseoir à certaines prises médicamenteuses. Enfin, 95 % des répondants jugent que la conciliation médicamenteuse apporte une réelle plus-value pharmaceutique, modérée (35 %) ou importante (60 %).

Discussion

Si le taux de réponse (70 %) est satisfaisant, le faible taux des juniors (46 %) et le fait que 53 % des seniors admettent n'avoir jamais pris part au processus de conciliation, posent problème. Ceci souligne l'importance de créer une dynamique d'établissement soutenue par la commission médicale d'établissement et le directoire afin d'obtenir l'adhésion du plus grand nombre. En effet, l'adhésion des équipes médicales est indispensable pour permettre l'intégration du processus de conciliation médicamenteuse au fonctionnement d'une unité de soins. Ainsi, il serait intéressant que l'infirmier chargé de la visite paramédicale d'admission renseigne dans les transmissions ciblées du SIH, le nom du pharmacien référent du patient. De même, il est indispensable de pouvoir systématiser la communication des prévisions de sortie d'hospitalisation et des ordonnances de sortie entre médecins hospitaliers et pharmaciens en charge de la conciliation. La prise de conscience par la communauté médicale de l'intérêt de la conciliation médicamenteuse est primordiale pour envisager une gestion de projet institutionnelle pilotée par une équipe opérationnelle pluridisciplinaire. Le pharmacien coordonne et encadre la démarche, évalue le processus et communique régulièrement sur les résultats obtenus et l'impact sur l'iatrogénie médicamenteuse, mais il ne peut se charger seul de la réorganisation des pratiques.

Les réponses obtenues confortent l'idée selon laquelle la conciliation médicamenteuse est encore peu connue par la communauté médicale alors qu'elle répond, de l'aveu des prescripteurs, à un besoin de sécurisation de l'anamnèse médicamenteuse à l'admission des patients. L'entretien avec le patient constitue un élément indispensable du recueil des antécédents médicamenteux, mais les patients ne représentent pas une source d'information totalement fiable. Leur niveau d'implication et leur compréhension des traitements sont variables, les informations transmises peuvent être erronées : ils ont tendance à ne pas mentionner des médicaments qu'ils considèrent peu importants comme les collyres, ceux pris à la demande ou disponibles sans ordonnance, sauf si la question est posée spécifiquement. Chez les sujets âgés en particulier, le recueil des antécédents médicamenteux peut être perturbé par les troubles de mémoire et les confusions entre les noms de spécialités ou de médicaments génériques. La conciliation, par la recherche d'une anamnèse médicamenteuse complète et exhaustive auprès du patient, de sa famille, de son pharmacien d'officine référent et des professionnels de santé impliqués dans sa prise en charge hospitalière et ambulatoire, est un outil puissant de sécurisation de la prise en charge thérapeutique. La consultation du DP via la carte de professionnel de santé et la carte vitale du patient devrait faciliter et sécuriser cette anamnèse médicamenteuse sous réserve d'une optimisation du dispositif actuel. En effet, l'étude menée en 2014 à l'HIA Clermont-Tonnerre a montré une exhaustivité partielle des informations contenues dans le DP sans réduction du temps moyen de conciliation par patient (16).

En sortie d'hospitalisation, plusieurs études (17, 18) montrent que les patients sont demandeurs d'informations simples concernant leurs traitements médicamenteux (indication, posologie, modalités de prise et effets indésirables) et préfèrent avoir à la fois une information orale et écrite. C'est ce que révèle également une enquête téléphonique de satisfaction menée par l'institut de sondage Qualitest auprès de 120 patients de l'HIA Legouest : parmi les points à améliorer se trouvait la transmission d'informations relatives aux modifications de traitement et à leurs effets indésirables en sortie d'hospitalisation.

Conclusion

La conciliation médicamenteuse, par l'interception d'erreurs médicamenteuses, permet de sensibiliser les prescripteurs et les pharmaciens à la fréquence élevée des erreurs et à leur sous-déclaration. Plébiscitée par

les prescripteurs, la conciliation médicamenteuse offre de nombreux bénéfices en termes d'accompagnement thérapeutique des patients lors de leur prise en charge hospitalière. Le fait de s'entretenir avec les patients sur leurs traitements permet une meilleure analyse pharmaceutique des prescriptions du fait de la connaissance d'effets secondaires gênants ou d'une symptomatologie associée à la prise médicamenteuse. Cela permet l'identification de besoins pharmaceutiques comme la nécessité d'une éducation thérapeutique ou la rédaction de plans de prises. La conciliation médicamenteuse représente une mission essentielle et valorisante de pharmacie clinique avec l'opportunité pour le pharmacien d'être pleinement intégré aux équipes soignantes. Enfin, elle permet d'amorcer un échange de qualité avec les pharmaciens d'officine, qui représentent la source d'information la plus exhaustive et la plus fiable en matière de traitements médicamenteux quand les patients sont fidèles à leur pharmacien référent. La conciliation médicamenteuse structure une relation de confiance entre les différents professionnels de santé et constitue un préalable à une communication efficace entre le patient et les professionnels qui le prennent en charge.

Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt concernant les données présentées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Michel P, Minodier C, Lathelize M, Moty-Monnereau C, Domecq S, Chaleix P, et al. Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé : résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004. Doss Solidar Santé, 2010 ; 17:1-18.
2. Dornan T, Ashcroft D, Heathfield H, Lewis P, Miles J, Taylor D, et al. An in depth investigation into causes of prescribing errors by foundation trainees in relation to their medical education : EQUIP study. General Medical Council, 2009. disponible sur : http://www.gmc-uk.org (page consultée le 2/9/2013)
3. Journal officiel n° 293 du 17 décembre 2008. Décret n° 2008-1326 du 15 décembre 2008 relatif au dossier pharmaceutique.
4. Haute autorité de santé (HAS). Manuel de certification des établissements de santé : V2010 ; 2014 : 112 p.
5. Journal officiel n° 90 du 16 avril 2011. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. Version consolidée au 23 mars 2013.
6. Thilly N, Briançon S. Projet MED'REC : l'initiative High 5s. Comité de pilotage national High 5s, 2010. Disponible sur : https ://www.high5s.org (page consultée le 12/9/2013)
7. Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Prévention des risques médicamenteux : l'Assurance Maladie s'engage pour prévenir la iatrogénie ; 2006. Disponible sur : http://pmb.santenpdc.org (page consultée le 2/9/2013)
8. Auvray L, Sermet C. Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées : un état des lieux. Gérontol Soc, 2002 ; 103 : 13-27.
9. Observatoire régional de la santé (ORS) de Franche-Comté. L'automédication et l'observance thérapeutique chez les personnes âgées de plus de 70 ans. 2003. Disponible sur : http://www.orsp-franchecomte.org (page consultée le 6/9/2013)
10. Caglar S, Henneman PL, Blank FS, Smithline HA, Henneman EA. Emergency department medication lists are not accurate. J Emerg Med, 2011 ; 40 : 613-6.
11. Doerper S, Morice S, Piney D, Dony A, Baum T, Perrin F, et al. La conciliation des traitements médicamenteux : logigramme d'une démarche efficiente pour prévenir ou intercepter les erreurs médicamenteuses à l'admission du patient hospitalisé. Pharm Hosp Clin, 2013 ; 48 : 153-60.
12. Granjean C, Von Gunten V, Marty S, Meier P, Benez J. De l'anamnèse d'entrée à l'ordonnance de sortie : continuité des traitements médicamenteux des patients hospitalisés dans un hôpital régional Suisse. Pharm Clin, 2009 ; 28 (3) : 151-6.
13. Al-Rashed SA, Wright DJ, Roebuck N, Sunter W, Chrystyn H. The value of inpatient pharmaceutical counselling to elderly patients prior to discharge. Br J Clin Pharmacol, 2002 ; 54 (6) : 657-64.
14. Schnipper JL, Kirwin JL, Cotugno MC, Wahlstrom SA, Brown BA, Tarvin E, et al. Role of pharmacist counselling in preventing adverse drug events after hospitalization. Arch Intern Med, 2006 ; 166 (5) : 565-71.
15. Haute autorité de Santé. Projet High 5's : la Haute autorité de santé rejoint la mobilisation internationale en faveur de la sécurité des patients à l'hôpital. 2009. Disponible sur : https ://www.high5s.org (page consultée le 12/9/2013)
16. Fayad N, Carde A, Bihannic R, Paleiron N, Vinsonneau U, Paule P. Conciliation médicamenteuse à l'admission des patients à l'hôpital : quelle place pour le dossier pharmaceutique ? Presse Med, 2014 ; 43 : 722-3.
17. Borgsteed SD, Karapinar-Çarkit F, Hoffmann E, Zoer J, Van Den Bemt PM. Information needs about medication according to patients discharged from a general hospital. Patient Educ Couns, 2011 ; 83 (1) : 22-8.
18. Montesinos Orti S, Soler Company E, Rocher Milla A, Ferrando Piqueres R, Ruiz del Castillo J, Ortiz Tarin I. Results of a medication reconciliation project in routine medical treatment after surgical discharge. Cir Esp, 2007 ; 82 (6) : 33-7.