

Optimiser la prise en charge médicamenteuse par la conciliation : retour d'expériences du deuxième appel à projets régional en Ile-de-France

Improvement of medication management through medication reconciliation: feedback from the second regional call for projects in Ile-de-France

Anne de Saunière, Céline Luciani

Département politique du médicament et des produits de santé, Agence régionale de santé Ile de France, France

Depuis plusieurs années, l'ARS Ile-de-France soutient un déploiement régional et collectif de la conciliation médicamenteuse pour optimiser la prise en charge des patients et favoriser la coordination entre les professionnels de santé. Avec l'aide de l'Omédit¹, l'agence a accompagné les établissements par la diffusion d'outils, l'accès à des formations et a soutenu des initiatives locales via un appel à projet régional. Ce dernier fête, en 2019, sa quatrième édition.

Une vraie dynamique s'est créée en Ile-de-France : le nombre d'établissements engagés dans la conciliation médicamenteuse ne cesse d'augmenter depuis 2016 (+ 45 % entre 2017 et 2018)². Les projets concernent désormais l'ensemble du territoire francilien pour répondre aux enjeux d'équité et de partage du progrès. Le patient est au cœur de la démarche. Il est le plus à même d'appréhender l'ensemble de son parcours. Il incite par cela les différents acteurs à ne plus travailler en silo, mais de façon coordonnée. L'enjeu est désormais de mieux impliquer les professionnels de ville.

En 2017, lors du deuxième appel à projets régional visant à promouvoir la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse dans les établissements de santé, l'agence a soutenu 18 projets d'établissements très divers. Deux ans

après, l'heure est au bilan. Les projets ont été d'une grande qualité et montrent l'implication des professionnels sur le terrain. S'ils diffèrent, tant par leur nature, leur périmètre, le type de conciliation réalisée ou encore par le profil des patients conciliés, tous mettent en exergue l'importance des démarches de pharmacie clinique dans la pratique quotidienne. Dans le cadre d'un partage d'expériences et de transmission des savoirs, qui vient compléter le bilan réalisé en 2018³, 10 établissements présentent ici les résultats des actions qu'ils ont mises en place.

Hôpital Albert Chenevier, GH Henri Mondor

Développer le lien entre les structures intra et extrahospitalières en psychiatrie par la création d'une équipe pluridisciplinaire de conciliation médicamenteuse à l'hôpital Albert Chenevier

Célia Kowal¹, Zoé Toulemon¹, Nour Ben Hajmessaoud¹, Sylvie Vanbulst², Catherine Jubert², Murielle Dalle-Pécal¹, Antoine Pelissolo², Muriel Paul¹, Catherine Diviné¹

¹ Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique d'Ile-de-France

² Synthèse régionale CAQES Ile de France - Rapport annuel d'autoévaluation 2018 Volet socle « Produits de santé »

³ de SaunièreA, Luciani C. Appel à projets pour le déploiement de la conciliation médicamenteuse en Ile-de-France : bilan des expérimentations. OUTCOME : développement d'un outil informatique d'aide à la standardisation, l'optimisation et au pilotage de la conciliation médicamenteuse en établissements de santé. J Pharm Clin 2018 ; 37 (3) : 165-76

Correspondance : A. de Saunière
<anne.desaunier@ars.sante.fr>

¹ Pharmacie Albert Chenevier-Henri Mondor, GH Henri Mondor, AP-HP, Créteil, France ; ² Service de psychiatrie, Hôpital Albert Chenevier, GH Henri Mondor, AP-HP, Créteil, France

Rappel du projet

Le patient souffrant de troubles psychiatriques est un patient à risque en raison d'un parcours de soins complexe entre la ville et l'hôpital, de la diversité des acteurs de santé intervenant dans sa prise en charge, des comorbidités associées et d'une observance moindre dans cette population.

L'objectif de ce projet, mené dans le cadre de l'appel à projet publié par l'ARS en 2017, a été de développer le lien entre les structures intra et extrahospitalières en psychiatrie par la création d'une équipe pluridisciplinaire de conciliation médicamenteuse à l'hôpital Albert Chenevier, d'étendre la démarche de conciliation actuellement réalisée en conciliation d'entrée pour les patients hospitalisés en psychiatrie et d'initier la conciliation de sortie pour les patients pris en charge à leur sortie par 2 centres médico-psychologiques (CMP) du secteur, les CMP de Créteil et de Maisons Alfort.

Pilotage du projet et acteurs

Un comité de pilotage, animé par le pharmacien responsable du site et composé du chef de service, du cadre paramédical et du cadre qualité du pôle de psychiatrie, de deux pharmaciens et du cadre de la pharmacie, a été mis en place. Le comité de pilotage a donné les objectifs suivants : définir le périmètre et le calendrier du projet, créer une équipe pluridisciplinaire opérationnelle, proposer une formation sur la conciliation aux membres de cette équipe, créer un e-learning de formation à la conduite d'entretien avec un patient de psychiatrie, mettre en place des indicateurs de performance de l'activité de conciliation d'entrée et de sortie.

Les acteurs associés à la démarche étaient la médiatrice santé pair, deux membres de l'UNAFAM 94 (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques), un représentant des usagers, le service de formation du GH Henri Mondor et un représentant de l'URPS Pharmaciens Ile-de-France.

Périmètre de la démarche

Le territoire de santé concerné est celui du Val-de-Marne Est. Le pôle de psychiatrie du groupe hospitalier Henri Mondor assure la prise en charge des patients de 3 des 6 secteurs de psychiatrie adulte sectorisés de l'AP-HP. Ce service comprend sur l'hôpital Albert Chenevier 100 lits d'hospitalisation. L'activité de conciliation médicamenteuse d'entrée a été réalisée auprès des patients âgés et/ou poly-pathologiques admis dans ce service et la conciliation

de sortie concernait les patients pris en charge en consultation par les CMP de Créteil et de Maisons-Alfort.

Utilisation d'outils

Les outils utilisés étaient :

- Des outils de formation : les 7 personnes de l'équipe pluridisciplinaire ont suivi en 2018 la formation à la conciliation médicamenteuse délivrée par la faculté Paris V ;
- Des outils de partage d'informations : DP Fast pour la consultation du dossier pharmaceutique, un dossier informatique partagé entre le service de psychiatrie en intra et en extrahospitalier et la pharmacie ;
- Le dossier patient informatisé ORBIS ;
- PowerPoint pour la réalisation de supports de formation et Excel pour la saisie de l'activité et le suivi des indicateurs.

Impact du projet

Les objectifs principaux de ce projet ont été majoritairement atteints dans le calendrier fixé. Une équipe pluridisciplinaire de 7 personnes a été créée (2 infirmières, 1 cadre de santé, 2 préparateurs en pharmacie et 2 pharmaciens), puis formée à la conciliation médicamenteuse par l'enseignement délivré par la faculté Paris V. Un e-learning sur la conduite d'un entretien avec un patient souffrant de troubles psychiatriques a été réalisé avec la société Kaptitude en collaboration avec le service de formation continue du GH Henri Mondor. Ce e-learning est hébergé sur une plateforme et accessible à tout le personnel de la pharmacie ; 19 personnes ont validé cette formation entre le 1^{er} octobre 2018 et le 31 mai 2019.

Du 1^{er} septembre 2018 au 31 mai 2019, les conciliations d'entrée ont été réalisées pour 54 % des patients éligibles (43/80). Le nombre moyen de sources consultées par conciliation médicamenteuse est de 3,53 mais la consultation du DP n'a pu être réalisée que pour 5 % des conciliations en raison de la difficulté d'accès à la carte Vitale du patient et de l'absence de DP ouvert.

Vingt-trois conciliations de sortie ont été réalisées. La durée moyenne de séjour en psychiatrie étant longue, à ce jour, 13 patients conciliés à l'entrée sont toujours hospitalisés. Ainsi, le taux de conciliations de sortie sur la période est de 77 % (23/30). Seuls 5 (22 %) patients conciliés en sortie ont pu bénéficier d'un entretien pharmaceutique. En effet, 18 conciliations de sortie ont été effectuées *a posteriori* de la sortie du patient du fait d'une absence de communication et de programmation des sorties. Par ailleurs, des difficultés de disponibilité des membres de l'équipe pluridisciplinaire de conciliation et l'absence de choix du poste d'interne au 2^e semestre 2018 ont été un frein au déploiement de la conciliation.

Le nombre moyen de DNI détectées est de 0,88 par conciliation d'entrée et de 0,35 par conciliation de sortie.

Sur les 37 DNI retrouvées, 26 (70 %) ont été corrigées par les prescripteurs à l'issue de la conciliation d'entrée contre 1 seule sur 8 à la sortie (13 %).

Valorisation du projet

Deux réunions ont été organisées aux CMP de Créteil/Maisons-Alfort afin de présenter la démarche de conciliation à l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale.

En 2018, ce projet a fait l'objet d'une présentation en conférence du pôle de psychiatrie.

Enfin, la démarche de conciliation médicamenteuse a été présentée à 54 pharmaciens officinaux du territoire lors de deux réunions ville/hôpital organisées avec l'URPS pharmaciens Ile-de-France en juin et décembre 2018.

Points forts et perspectives

Cet appel à projet a permis d'impulser une dynamique à l'ensemble des acteurs de la prise en charge médicamenteuse et d'atteindre en grande partie nos objectifs.

Il nous a permis de créer une équipe opérationnelle pluridisciplinaire puis de la former à la conciliation médicamenteuse et d'élaborer un e-learning de formation pour faciliter le recueil de données auprès du patient souffrant de troubles psychiatriques. Le nombre de conciliations d'entrée a été maintenu et la conciliation de sortie a été développée malgré le manque de disponibilité des personnes constituant l'équipe pluridisciplinaire.

Les perspectives sont de renforcer le lien entre l'intra et l'extrahospitalier et de travailler sur l'intégration du compte-rendu de conciliation dans le dossier ORBIS du patient. Une évaluation globale du projet sera réalisée fin 2019, notamment par le biais d'enquêtes de satisfaction réalisées auprès de différents intervenants dans la prise en charge du patient en psychiatrie.

Hôpitaux universitaires Est Parisien-Site Saint-Antoine

Mise en place de la conciliation médicamenteuse de sortie aux urgences : sécurisation du retour à domicile ou en Ehpad

Patrick Hindlet^{1,2,3}, Pilar Pino Alamos¹, Muriel Chaillet⁴, Christine Fernandez^{1,2,3}

¹Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Hôpital Saint-Antoine, Service de pharmacie, Paris, France ; ²Sorbonne Université, Inserm, Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de santé publique, IPLESP UMR-S1136, Paris, France ; ³Université Paris-Sud, Faculté de pharmacie, Chatenay-Malabry, France ; ⁴Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Hôpital Saint-Antoine, Service d'accueil des urgences, Paris, France

Rappel du projet

L'objectif de ce projet était de mettre en place et d'évaluer une conciliation médicamenteuse de sortie du service d'urgences de l'hôpital Saint-Antoine vers le domicile ou un Ehpad.

Le passage par les urgences constitue une rupture dans le parcours de soins du patient, à l'origine de possibles erreurs médicamenteuses. Dans ce contexte, 87 % des historiques médicamenteux établis aux urgences pour les patients de plus de 65 ans comportent au moins une erreur [1]. L'origine de ces erreurs est multifactorielle : patient inconscient ou méconnaissant son traitement (seulement 30 % des données communiquées par les patients sont considérées comme exactes [2]), temps limité, pathologie aiguë, etc. De plus, l'âge, parce souvent il implique une polythérapie, est un facteur de risque de discordance entre le traitement habituel et celui prescrit aux urgences. Par ailleurs, Taylor *et al.* ont rapporté que 62 % des courriers d'accompagnement adressés par les médecins généralistes au service des urgences comprennent au moins une erreur sur la liste des traitements habituels du patient [3]. Enfin, chez ces patients, l'historique médicamenteux est difficilement obtenu de manière fiable par interrogatoire, une investigation plus longue, souvent impossible à mener par le médecin urgentiste dans un contexte d'admission, est donc nécessaire.

Pilotage du projet et acteurs

Le pilotage a été réalisé par un pharmacien et un médecin urgentiste dans le cadre de la politique de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient, définie dans notre projet d'établissement comme action prioritaire. Des réunions régulières ont été organisées pour la mise en place et le suivi du projet.

Périmètre de la démarche

Quel a été le territoire de santé concerné ?

L'hôpital Saint-Antoine est un établissement de 667 lits de MCO faisant partie du Groupe hospitalier Hôpitaux universitaires Est parisien (GH HUEP, AP-HP). Il comprend un service d'accueil des urgences intégrant une unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD) de 11 lits. Cette unité accueille 8 700 patients par an. Après un séjour d'une durée moyenne de 19 heures, les patients sont transférés vers leur domicile (40 %), un autre service du GH HUEP (42 %), un autre établissement hospitalier ou un établissement médico-social (18 %).

Les structures ou les personnes impliquées

La conciliation médicamenteuse a été réalisée en concertation entre un externe en pharmacie, un pharmacien senior et le médecin urgentiste.

La/les population(s) à risques d'erreurs médicamenteuses ciblée(s) dans le projet, parcours ou processus mis en place

Les prescriptions faisant l'objet d'une conciliation médicamenteuse sont celles s'adressant à des patients à fort risque d'iatrogénie médicamenteuse :

- Patients âgés de 75 ans et plus ;
- Patients polyopathologiques (2 comorbidités et plus, hormis le motif d'admission aux urgences) ;
- Sujets présentant des troubles rendant difficile l'interrogatoire (confusion transitoire, démence, problèmes d'élocution).

Les patients réunissant le plus grand nombre de critères d'inclusion ont bénéficié, en priorité, d'une conciliation médicamenteuse à leur admission.

Parmi les patients éligibles, nous avons priorisé ceux qui retournaient à domicile ou en Ehpad.

Outils utilisés

Description du processus de conciliation, documents

Étant donné la courte durée de séjour aux urgences, les processus de conciliation d'entrée suivi de la conciliation de sortie ne peuvent être différenciés. Ainsi, nous avons proposé un processus continu qui suivait le patient dans son parcours aux urgences : chaque jour, l'externe en pharmacie prenait connaissance des patients présents et établissait un bilan médicamenteux optimisé (BMO) pour les patients retournant à domicile ou en Ehpad. Afin de standardiser le processus, un ensemble d'outils et de procédures a été développé :

- Un formulaire de recueil du BMO a été élaboré ;
- Le document de sortie était ensuite rédigé en prenant modèle sur le document proposé par la HAS (document de sortie d'hospitalisation > 24 heures) [4].

Transmission des informations

Le tableau de conciliation était transmis selon les modalités suivantes :

- Par le patient à son médecin référent (conjointement à la lettre de liaison) ;
- Par le patient à son pharmacien d'officine (agrafé à la prescription de sortie).

Impact du projet

L'étude s'est déroulée du 10 mars 2018 au 18 juin 2018. Sur les 433 patients hospitalisés en UHTCD, 39 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 83,3 ans (66 % de femmes et 34 % d'hommes). Trente-cinq patients (92 %) ont pu bénéficier d'une conciliation médicamenteuse. La conciliation s'est fondée sur 3 sources chez 19 patients (54 %), conformément aux recommandations. La conciliation a mis en évidence des discordances chez 10 patients (29 %). Ces discordances étaient intentionnelles dans 90 % des cas

et non intentionnelles dans 10 % des cas. Les discordances non-intentionnelles ont toutes été corrigées après entretien avec le médecin.

Valorisation du projet

Les résultats ont été présentés aux médecins du service des urgences et lors d'un staff à la pharmacie.

Points forts et voies de progrès, perspectives

Points forts

- Mise en place d'une conciliation aux urgences ;
- Rédaction du document de sortie d'hospitalisation sur le modèle recommandé par la HAS grâce à la conciliation ;
- Satisfaction des équipes médicales et paramédicales.

Voies de progrès

Cette première étude sur la conciliation en unité d'hospitalisation de très courte durée a mis en évidence qu'un processus de conciliation particulier doit être développé dans ce type de structure du fait de la très courte durée d'hospitalisation. En outre, le temps nécessaire à réaliser la conciliation (collecte des sources, contact avec le pharmacien d'officine...) est long au regard de la durée d'hospitalisation des patients. En effet, la durée de séjour est inférieure à 24 h dans cette unité, les patients arrivant en fin d'après-midi et sortant le lendemain dans la matinée ou au début d'après-midi. La conciliation devrait donc débiter dès l'admission avec un personnel dédié.

Perspectives

Cette étude a permis de confirmer les difficultés de recueil des informations par les médecins chez les patients admis aux urgences et rentrant à domicile et la brièveté de la durée du séjour nécessite une réactivité optimale. L'expérience devra être étendue aux autres patients, appelés à être transférés en intra- ou extrahospitalier.

La mise en place de la conciliation s'adressant à un ensemble plus large de patients devrait permettre d'augmenter le nombre de patients conciliés et ainsi les interventions pharmaceutiques aux urgences.

Références

1. Caglar S, Henneman PL, Blank FS, *et al.* Emergency department medication lists are not accurate. *J Emerg Med* 2011 ; 40(6) : 613-6.
2. Monte AA, Heard KJ, Hoppe JA, *et al.* The accuracy of self-reported drug ingestion histories in emergency department patients. *J Clin Pharmacol* 2015 ; 55(1) : 33-8.
3. Taylor S, Welch S, Harding A, *et al.* Accuracy of general practitioner medication histories for patients presenting to the emergency department. *Aust Fam Physician* 2014 ; 43(10) : 728.

4. Haute Autorité de santé-Documents de sortie d'hospitalisation > 24h. Rubrique 4 « Traitements médicamenteux » https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/document_de_sortie_fiche_utilisation_23102014.pdf.

GHU Neurosciences Paris psychiatrie et neurosciences

Instaurer une conciliation médicamenteuse en ambulatoire pour les patients d'un centre médico-psychologique

Estelle Huet¹, Matthieu Leroux-Pontillon¹, Karina Gattegno², Florence Rebuél², Annie Msellati², Nathalie Szafir¹

¹ Pharmacie, GHU Paris psychiatrie et neurosciences, France ; ² Pole G23 Psychiatrie adulte GHU Paris psychiatrie et Neurosciences, France

La prise en charge de patients souffrant de troubles psychiatriques est complexe en raison de la polymédication et du risque iatrogène associé, ainsi que de la complexité de leur parcours de soin. Une coordination efficace entre les différents professionnels de santé (psychiatre, médecin traitant, officine de ville et pharmacie hospitalière) est essentielle. La pharmacie site Maison Blanche du GHU Paris psychiatrie et neurosciences a souhaité étendre la conciliation médicamenteuse faite à l'entrée du patient à l'hôpital au niveau ambulatoire pour une population de patients considérés à risque [1] (porteurs de comorbidités chroniques, ou avec un historique pharmaco-thérapeutique incomplète).

Ce travail avait pour objectifs :

- d'une part, de décloisonner les activités des personnels médicaux et des soignants hospitaliers et libéraux et ainsi d'améliorer la communication entre professionnels de santé afin de lutter contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques ;
- et d'autre part, d'améliorer la prise en charge des patients en facilitant l'adhésion aux soins.

Pilotage du projet et acteurs

Le pilotage de ce projet a été porté par un pharmacien en coordination avec le médecin responsable du CMP (Centre médico-psychologique) ainsi que le cadre de santé de l'unité. Dans un second temps, un externe en pharmacie est venu rejoindre l'équipe pour réaliser les bilans de médication.

Ce projet a été présenté à la commission des usagers, ainsi qu'aux instances hospitalières Commission médicale d'établissement et Comité du médicament et des dispositifs médicaux.

Périmètre de la démarche

Le territoire concerné était le secteur de psychiatrie adulte 75G23 centré sur le 18^e arrondissement parisien. La population cible était constituée de patients venant consulter au CMP, souffrant d'une pathologie somatique et dont la prescription comportait plus de 3 spécialités pharmaceutiques.

Utilisation des outils

Avant le démarrage de l'étude, une formation a été assurée par un pharmacien aux personnels du CMP. Le premier semestre 2018 a été mis à profit pour informer les équipes soignantes de la démarche et pour créer ou valider les outils. Pour identifier les patients, une grille d'évaluation basée sur le score Québec modifié [2] (critère composite associant l'âge, le nombre de médicaments pris à domicile et la prise de médicaments jugés à haut risque) permet de mettre en exergue les critères éligibles pour les personnels soignants. Pour recueillir l'adhésion des patients, un flyer de présentation de la démarche et un formulaire de consentement ont été conçus. Bien que destiné à une population de patients âgés, le questionnaire « Bilan de médication » proposé par la SFPC [3] nous permet de conduire l'entretien avec le patient. Le dossier informatisé Cortexte web assurant la traçabilité des données médicales et des observations pharmaceutiques facilite la traçabilité de l'entretien avec le patient.

Le partage d'informations se fait via le dossier informatisé, une lettre type à destination des professionnels libéraux et du plan de prise destiné au patient. Des flyers explicatifs de la démarche ont accompagné les lettres du bilan médicamenteux adressées aux pharmacies d'officine.

Impact du projet

Les entretiens pour le bilan de médication ont débuté en juillet 2018. Le projet a connu deux phases de recrutement. Au cours du deuxième semestre 2018, peu de patients ont été orientés vers cette nouvelle initiative en raison des critères trop sélectifs (patients nouvellement suivis dans l'établissement, sans historique d'hospitalisation, ni consultation au CMP et sur proposition uniquement d'un psychiatre). Nous avons donc élargi le recrutement à tout type de patients venant consulter au CMP et souffrant au moins d'une pathologie somatique et sur proposition des équipes infirmières. La visibilité du projet a dû être améliorée : affiche dans les salles d'attente, présence pharmaceutique systématique une matinée de façon hebdomadaire permettant de faciliter la prise de rendez-vous. Au final, sur un an, 19 patients ont été inclus et 3 d'entre eux ne se sont pas présentés. Plus de la moitié des patients avaient au moins 3 prescripteurs différents.

En dehors du strict critère de présence d'un problème somatique (maladies cardiovasculaires et asthme chronique principalement), d'autres problèmes ont motivé le recrutement des patients : polymédication pour la moitié des patients, mésusage, crainte d'effets indésirables, recherche d'éventuelle d'interaction médicamenteuse, ou autre facteur de risque : âge supérieur à 65 ans. Les entretiens ont ainsi intéressé des patients majoritairement dans la tranche d'âge 28-64 ans.

Le parcours de soin des patients était clairement signalé pour la majorité d'entre eux : pharmacie d'officine identifiée (14/16) et médecins libéraux informés de la prise en charge par d'autres spécialistes (en particulier leur confrère psychiatre).

Cette première expérience a répondu aux objectifs attendus : les entretiens ont permis d'apporter de l'information au patient sur chacun de ses médicaments ou sur sa pathologie (remise de fiche infos du réseau PIC® [4], ou rédigé par des sociétés savantes), d'apporter des conseils de bon usage, d'adapter au mieux la thérapeutique du patient (mise en évidence d'interactions médicamenteuses), de proposer des ateliers d'éducation thérapeutique du patient pour des pathologies somatiques et de communiquer entre professionnels de santé. Nos résultats ne représentent qu'une photographie des difficultés que l'on peut rencontrer, parmi lesquelles dominent : réticence vis-à-vis des médicaments et notamment des effets indésirables, interaction médicamenteuse entre médicaments psychiatriques et somatiques. L'évaluation du score de Morisky s'est révélée satisfaisante chez les patients rencontrés.

Ce projet a constitué un nouveau mode d'activité pharmaceutique dans un CMP où la présence pharmaceutique est habituellement rare et explique peut-être une réserve à la fois des professionnels et des patients. D'autre part, tout au long de l'année 2018, la création du GHU Paris psychiatrie & neurosciences a nécessité la disponibilité de tous les professionnels et a freiné leur implication.

Au final, bien que le versant quantitatif de ce projet soit en deçà de nos prévisions initiales, le regard qualitatif nous conforte dans la nécessité de continuer à proposer ces bilans de médication voire à diversifier nos offres en entretiens pharmaceutiques. Ce projet constitue d'ailleurs le sujet d'une thèse d'exercice pour un externe en pharmacie. Le déploiement de ce travail sur d'autres CMP est à l'étude en fonction des disponibilités des pharmaciens et du recueil de la satisfaction des patients et des professionnels.

Références

1. Saravane D, Feve B, Frances Y, *et al.* Elaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients

atteints de pathologie mentale sévère. *Encephale* 2009 ; 35 : 330-9.

2. Blanchet M. Évaluation de l'impact clinique de la réalisation d'un bilan comparatif des médicaments au Centre hospitalier affilié universitaire de Québec. *Pharmactuel* 2010 ; 43 : n°3.

3. Mémo « bilan partagé de médication » SFPC, décembre 2017, <http://sfpc.eu/fr/8-actualites/431-memosfpc-bilan-partage-de-medications.html>.

4. Réseau PIC, réseau de professionnels hospitaliers au service du soin médicamenteux en psychiatrie et santé mentale <http://www.reseau-pic.info/?dest=fiches/nom.php>.

Centre hospitalier de Gonesse

Mise en place de la conciliation médicamenteuse en diabétologie au CH de Gonesse

Charles Marcucci, Sandrine Nguyen, Antoine Lambert, Françoise Bertrand, Vincent Di Marco

Service de diabétologie, Centre hospitalier de Gonesse, France

Rappel du projet

Le projet de conciliation des traitements médicamenteux (CTM) en diabétologie a été initié au CH Gonesse en 2017. Le déploiement de la conciliation est une réponse à la demande de l'ARS dans le cadre d'un projet de coordination ville-hôpital de la prise en charge du diabète.

La méthodologie retenue est celle d'une conciliation à l'entrée et à la sortie du service. A l'entrée du patient, un 1^{er} entretien est réalisé avec celui-ci, puis un bilan médicamenteux optimisé (BMO) est rédigé avec l'aide de ces correspondants médicaux et paramédicaux de ville. Ensuite, la CTM est réalisée en concertation avec le médecin. A la sortie du patient, un second entretien est réalisé afin de lui remettre un plan de prise personnalisé (PPP) qui reprend l'ensemble de son traitement et les changements thérapeutiques lors du séjour. Une copie du courrier de conciliation de sortie (CCS) destiné au pharmacien d'officine référent, lui est également remise.

L'objectif principal de la mise en place de la conciliation est la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient aux interfaces ville-hôpital et hôpital-ville.

Pilotage du projet et acteur

Le projet a été initié et mis en place par le pharmacien assistant en poste aidé par l'externe en pharmacie. Cet effectif a varié dans le temps suite à des départs et des recrutements difficiles. A ce jour, un pharmacien assistant et un externe poursuivent cette activité. Cette variation

d'effectif a mise en évidence l'importance d'une équipe pharmaceutique dédiée, à plein temps.

L'équipe médicale, également impliquée dans la réalisation du projet, se compose de 4 médecins et 2 faisant fonction d'interne.

Périmètre de la démarche

Le territoire de santé concerné par cette démarche est celui du bassin de l'hôpital de Gonesse. Deux types de patients ont été conciliés :

- Les patients inclus dans le projet de coordination lien ville-hôpital de l'ARS adressés par les médecins de ville ;
- Les patients diabétiques de type II, âgées de plus de 65 ans et polymédiqués (ayant plus de 5 médicaments).

L'objectif est de concilier au moins 3 patients par semaine et par acteur.

Utilisation d'outil

Afin de réaliser un processus de conciliation reproductible, la pharmacie a mis en place des outils informatiques. Dans un premier temps, un classeur Excel[®] a été créé pour saisir les informations du BMO et de la CTM. Dans un second temps, le classeur a été complété d'une macro permettant un gain de temps dans la saisie des informations plus rapidement. Un guide d'entretien avec le patient a également été créé afin de faciliter et optimiser l'entretien. La création de documents institutionnalisés, directement dans le dossier patient informatisé, a également été conçue.

L'ensemble des documents développés en interne ont été soumis à la validation de l'équipe médicale du service de diabétologie.

Associé à ces outils, le dossier pharmaceutique (DP) a permis de gagner en qualité dans le processus de conciliation. Il est une source supplémentaire d'information pour le BMO.

Impact du projet

Depuis le 4 décembre 2017, 204 patients ont été conciliés. Cent-dix patients sur les 204, font partie du projet lien ville-hôpital. L'âge moyen des patients conciliés est de 64,1 [23-95] ans. La moyenne est inférieure à 65 ans car les patients inclus dans le dispositif lien ville-hôpital n'ont pas de limites d'âge. En moyenne, les patients avaient 8 [0-20] médicaments lors de la réalisation du BMO. Le nombre moyen de sources pour la rédaction du BMO est de 4,0 [0-7].

A l'issue des CTM, les patients présentent en moyenne 4,3 [0-11] divergences. Dans 71 % des cas, les divergences sont justifiées par une documentation dans le dossier, 27 % par une correction, et aucune modification dans 2 % des cas restants.

Les données concernant le temps alloué à la tâche sont des estimations et ne reflètent pas l'exactitude de la réalité.

Les temps moyens pour la réalisation du BMO et de la CTM sont respectivement de 45,9 [8-70] minutes et 2,5 [2-60] minutes. Le temps nécessaire à la réalisation des documents de sortie n'a pas été évalué.

D'autre part, des patients hospitalisés plusieurs fois en service de diabétologie, étaient demandeurs de la conciliation. Le PPP est un document très apprécié des patients.

Valorisation du projet

Un bilan à 6 mois a été réalisé et présenté dans le service de diabétologie et lors de la commission médicale d'établissement. Une enquête de satisfaction du CCS auprès des pharmaciens d'officine du territoire a également été menée. Cette étude a fait l'objet d'une thèse de pharmacie d'officine. Cette thèse a mis en évidence que la méthode de communication des documents à l'officine n'était pas optimale, et a permis de revoir la méthodologie.

Points forts et voies de progrès, perspective

L'un des points fort de cette activité est la réduction du nombre de divergences médicamenteuses, et donc d'erreurs médicamenteuses, concourant ainsi à une qualité de prise en charge médicamenteuse des patients. L'enquête et l'évaluation du CCS auprès des pharmaciens d'officine a permis de mettre en évidence un défaut de transmission des informations en ville, et ainsi améliorer le lien entre la PUI et l'officine.

A la suite de cette étude, un second projet financé par l'ARS a été mis en place dans l'objectif de poursuivre la CTM en ville au niveau des pharmacies d'officine. Dans le cadre de ce projet, les patients inclus bénéficient d'un suivi régulier des dispensations en ville et d'une conciliation à chaque dispensation.

La conciliation est une activité chronophage. Pour un patient par semaine, elle nécessite en moyenne 48,4 minutes uniquement pour la rédaction du BMO et la réalisation de la CTM. Si la rédaction des documents de sortie prend un temps similaire, l'ensemble du processus nécessite 96,8 minutes par patient.

Son déploiement dans d'autres services nécessite donc des ressources humaines importantes et stables dans le temps. L'accès au DP et le lien ville-hôpital doivent également être maintenus.

Conclusion

Cette activité, bien que chronophage, garantit une qualité et une sécurité de prise en charge médicamenteuse pour le patient. Elle prévient indéniablement les erreurs médicamenteuses aux points de transition ville-hôpital. Le projet lien-ville hôpital mis en place avec les pharmaciens d'officine du secteur devrait renforcer le processus dans sa globalité.

GHT Grand Paris Nord-Est - CH de Montfermeil

Mise en place de la conciliation médicamenteuse chez les patients âgés polymédiqués et poly-pathologiques à l'entrée dans le pôle gériatrie – SSR

Leslie Levy¹, Amel Terkemani², Marie Line Gaubert-Dahan³, Ayhan Bozel⁴, Francis Fauvelle⁵

¹ Etudiante en pharmacie, GHIRM, et Faculté de pharmacie Paris V, France ; ² Pharmacien GHIRM, France ; ³ Chef de service SSR, GHIRM, France ; ⁴ Chef de service, Unité de gériatrie aiguë, GHIRM, France ; ⁵ Pharmacien Chef de service, GHIRM, France

Rappel du projet

Le projet consistait à mettre en place la conciliation médicamenteuse (CM) rétroactive à l'entrée dans l'unité d'UGA (26 lits) et les 3 unités SSR (78 lits) du GHIRM. Les objectifs étaient les suivants :

- réaliser la conciliation d'entrée pour tous les patients entrant en UGA (unité de gériatrie aiguë) et SSR provenant des Ehpad ou du domicile soit environ 620 entrées en UGA et 800 entrées en SSR par an ;
- détecter les prescriptions inappropriées chez les patients ;
- poursuivre la conciliation de sortie pour ces mêmes patients et adresser les OP et les bilans optimisés de sortie aux médecins traitants, aux médecins coordonnateurs des Ehpad et à tous les professionnels de santé de ville dont le pharmacien d'officine ;
- réduire les hospitalisations et les ré-hospitalisations dues aux évènements iatrogènes médicamenteux (EIM) : 10 % des entrants à l'UGA sont en relation avec un EIM.

Pilotage du projet et acteurs

Les porteurs du projet étaient le pharmacien responsable de la pharmacie et les médecins chefs de service des unités de gériatrie aiguë et de soins de suite et réadaptation. Les autres acteurs médicaux étaient respectivement le médecin traitant du patient, les médecins coordonnateurs des Ehpad de la filière gériatrique 93 Sud-Est et les gériatres hospitaliers. Les infirmières coordonnatrices des Ehpad et les infirmières des services hospitaliers et des Ehpad étaient impliquées dans le projet pour la surveillance des traitements. Un pharmacien référent de la gériatrie accompagné d'un étudiant de 5^e année hospitalo-universitaire ont réalisé les CM.

Périmètre de la démarche

Le territoire concerné par ce projet correspondait à la zone d'influence de la filière gériatrique 93 Sud-Est, à savoir une population d'environ 300 000 habitants. Dix-sept Ehpad et deux structures soins de suite et réadaptation sont rattachés à la filière. La population concernée était les patients âgés poly-pathologiques et poly-médiqués hospitalisés dans les unités de gériatrie aiguë et SSR.

Utilisation d'outils

La CM est effectuée dans les 48 premières heures. Une fois le patient ciblé l'externe en pharmacie recherche dans le logiciel USV2 (Maincare) les informations sur le patient dans son dossier : âge, motif d'hospitalisation, date d'admission, antécédents médicaux lors de précédentes hospitalisations. Un entretien avec le patient a été rarement possible. Les ordonnances de son médecin traitant sont consultées et le médecin traitant peut être appelé. Si le patient dispose d'un DP, celui-ci est lu puisque durant l'étude un lecteur de DP était disponible à la pharmacie. Le pharmacien habituel du patient pouvait être contacté. Avec toutes ces informations, l'externe en pharmacie renseigne la fiche de conciliation sur le logiciel pharmaceutique et formalise le BMO. La dernière étape consiste à comparer le BMO avec l'OMA ; cette étape est faite en présence du pharmacien référent du service. Le statut de chaque médicament est renseigné et l'étape ultime consiste à évaluer l'intentionnalité de la divergence avec le médecin prescripteur.

Résultats

Cent quatorze patients ont été conciliés à l'entrée (soit 18 % des patients entrant à UGA sur la période de l'étude). Les patients entrant depuis leur domicile sont très majoritaires. Le ratio H/F est de 0,44. Les patients ont été conciliés dans les 36 premières heures d'hospitalisation. Le nombre de sources consultées est en moyenne de 2,5 ; très peu de dialogue avec le patient a été possible.

Avant leur arrivée à l'hôpital, les patients prenaient en moyenne $8,1 \pm 2,6$ médicaments [4-15]. En termes de médicament 924 lignes ont été étudiées à l'entrée ; 431 divergences sont apparues dont 85 divergences non intentionnelles (DNI) chez 49 patients soit 42,9 des patients conciliés. Il s'agissait majoritairement d'erreur par omission (71,8 %) et d'erreur de dosage (28,2 %). Ces erreurs ont été corrigées par le prescripteur après information du pharmacien. Le temps moyen pour établir la liste des médicaments pris par le patient était de 25 minutes.

Ces DNI vont affecter principalement les médicaments agissant sur le système cardio-vasculaire, le système nerveux et le système métabolique avec respectivement 49 %, 18 % et 16 % des erreurs. Parmi les patients présentant une DNI la majorité était passée par le SAU y

compris les patients des Ehpad, malgré la présence d'un lit dédié dans l'UGA.

Cent quatorze patients ont été conciliés à la sortie ; 906 lignes de prescription ont été étudiées avec aucune DNI.

Valorisation du projet

La présentation des résultats de cette étude n'a pas encore fait l'objet de communication au sein du pôle gériatrie SSR. La communication des résultats sera effectuée aux professionnels des Ehpad lors d'un prochain comité thérapeutique.

Points forts et voies de progrès, perspectives

Cette étude a eu un impact favorable dans les services de gériatrie et SSR. Les professionnels sont satisfaits de la présence du pharmacien dans leur service.

La formation des équipes au risque médicamenteux et à la CM permet une plus grande adhésion au concept. Les changements de prescripteurs peuvent être assimilés à des « points de transition » : chaque changement doit impliquer une nouvelle formation pour avoir une acceptation optimale.

Aujourd'hui, la régulière présence d'un pharmacien dans les services de gériatrie et SSR a permis de créer un lien médico-pharmaceutique et un réel bénéfice est ressenti entre les deux parties.

La transmission d'informations médicamenteuses entre l'hôpital et la ville, initiée par la lettre de liaison avec l'opinion pharmaceutique de sortie, a été mise en place par les services de gériatrie et de SSR il y a plusieurs années. Une enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes a montré un intérêt à poursuivre ces opinions pharmaceutiques de sortie. La diffusion de ces opinions de sortie aux confrères officinaux n'est pas systématique.

La CM ne doit pas être, seulement, vue comme une activité chronophage mais comme un outil de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. Son développement passe par une sélection du patient selon plusieurs critères comme l'âge, la poly-médication, le service de soin et/ou le mode d'admission. Le pharmacien hospitalier doit devenir le fer de lance de cette pratique et doit l'intégrer, dans la mesure du possible, dans son activité de routine.

Centre hospitalier de Versailles

Mise en place de la conciliation d'entrée et de sortie dans le service d'hématologie-oncologie au Centre hospitalier de Versailles

Solène Metzger¹, Isabelle Le Borgne¹, Claire Courtin¹, Cécile Cadot¹, Camille Poly¹, Juliette Lambert², Clémence

Loiseau², Philippe Rousselot², Farahna Samdjee¹, Sonita Azan¹

¹ Service de pharmacie, Centre hospitalier de Versailles, Le Chesnay, France ; ² Service d'hématologie-oncologie, Centre hospitalier de Versailles, Le Chesnay, France

Rappel du projet

La mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux (CTM) au Centre hospitalier de Versailles (CHV) a débuté en 2015 par la mise en place de la CTM d'entrée dans les services de médecine interne et maladies infectieuses et gériatrie aiguë polyvalente. Elle a ensuite été renforcée début 2017 avec la réalisation de la CTM de sortie dans ces mêmes services.

Dans la continuité de ces actions, nous avons le projet d'étendre la réalisation de la CTM d'entrée et de sortie au service d'hémo-oncologie (SHO). Ce service a été ciblé car il présente des spécificités liées à l'organisation des soins avec des séjours hospitaliers de courte durée (cures de chimiothérapies) mais aussi des particularités liées à la pathologie cancéreuse : pathologie évolutive avec plusieurs lignes de traitement, médicaments avec des marges thérapeutiques étroites et de nombreuses interactions, recours des patients à l'automédication... [1]. Afin d'améliorer la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des patients, une présence pharmaceutique via la CTM semble essentielle dans le service.

L'objectif principal est la mise en place de la CTM en SHO. Ceci permettra de renforcer le partenariat entre la ville et l'hôpital, d'assurer une continuité des soins et un accompagnement pour les patients cancéreux, et d'évaluer l'automédication et les interactions potentielles avec les traitements anticancéreux. Ce projet est également le point de départ de la mise en place du dossier pharmaceutique (DP) [2] au sein de l'hôpital afin de faciliter l'obtention des informations lors de la réalisation du bilan médicamenteux optimisé (BMO).

Pilotage du projet et acteurs

Quatre pharmaciens ont bénéficié de la formation sur la CTM proposée par l'Omedit Ile-de-France [3]. Ces pharmaciens ont pu piloter le projet et former sept externes en pharmacie. Au sein du SHO, un externe en pharmacie est présent à mi-temps dans le service et encadré par un pharmacien.

L'externe est très souvent amené à s'entretenir avec le pharmacien d'officine et quelquefois avec le médecin traitant, ce qui renforce le lien entre ville et hôpital.

Périmètre de la démarche

Le territoire de santé concerné correspond principalement aux Yvelines mais s'étend sur l'ensemble de l'Ile-de-France.

La population ciblée pour la réalisation de la CTM correspond aux patients hospitalisés depuis moins de 48 heures, avec une priorité pour les patients âgés de plus de 65 ans et polymédiqués. Ces patients sont les plus à risque d'erreurs de retranscription lors de la rédaction de l'ordonnance médicale à l'admission (OMA) et plus sensibles à l'iatrogénie médicamenteuse.

Au niveau du parcours suivi, les conciliations de sortie sont réalisées à la demande du médecin, notamment pour les patients démarrant une chimiothérapie orale, ce qui permet de réaliser en parallèle un entretien pharmaceutique afin d'expliquer au patient son nouveau traitement à l'aide des fiches Omedit [4] (modalités de prise, effets indésirables, interactions médicamenteuses. . .).

Utilisation d'outils

Le logiciel Pharma®, utilisé au CHV pour la prescription, comporte un module conciliation permettant la saisie du BMO et la comparaison avec l'OMA à l'aide d'un tableau. Une fois la CTM réalisée, le module est accessible pour les médecins lors de la prescription.

Lors de la CTM d'entrée, l'externe en pharmacie note les données du patient et les informations recueillies (entretien patient, appel du pharmacien d'officine, consultation du dossier médical. . .) sur un formulaire élaboré par la pharmacie. Il va ensuite analyser avec les médecins les éventuelles divergences non intentionnelles (DNI) retrouvées et entrer ces informations dans le logiciel Pharma®. Si le patient prend de la phytothérapie, l'externe va mener une recherche des interactions à l'aide du site « About Herbs » du Memorial Sloan Kettering Cancer Center [5].

Impact du projet

Entre octobre 2017 et mai 2019, 78 patients ont bénéficié de la CTM d'entrée en SHO sur 646 patients éligibles dans cette période, soit 12 % des patients admis. 74 % de ces hospitalisations étaient programmées. La moyenne d'âge était de 76 ± 7 ans et le délai moyen de CTM était de $1,9 \pm 2$ jours. Les CTM étaient majoritairement rétroactives (97,4 %) et duraient en moyenne 29 ± 13 minutes.

Le nombre de lignes de traitements du BMO était de 9 ± 4 et les 3 sources majoritairement utilisées pour sa réalisation étaient le dossier du patient (99 %), l'ordonnance (88 %) et l'entretien avec le patient (87 %). 7 DNI ont été interceptées et corrigées, soit 0,09 DNI par patient. 3 DNI ont été cotées de grade 3 selon Cornish *et al.* [6].

L'observance des patients, calculée selon le score de Girerd adapté du Morisky, était bonne pour 66 % des patients interrogeables. Au niveau de la phytothérapie, 1 interaction médicamenteuse a été détectée et la balance bénéfice/risque a été évaluée pour 2 plantes chinoises peu connues. En définitive, ces 3 plantes ont été fortement déconseillées aux patients.

8 patients ont été conciliés en sortie sur les 78 éligibles, soit 10 % des patients conciliés en entrée. L'entretien pharmaceutique a été réalisé pour 2 patients avec l'aide des fiches Omedit [4]. L'ordonnance de sortie a été transmise à la pharmacie d'officine pour 4 patients afin d'anticiper la commande des traitements en ville et il n'y a eu aucune DNI en conciliation de sortie.

Valorisation du projet

Une enquête de satisfaction a été réalisée auprès de 3 médecins du SHO. Tous appuient la démarche de CTM mais souhaiteraient que celle-ci soit 100 % proactive afin d'améliorer la fluidité de prise en charge du patient dès son admission, ce qui est en accord avec les recommandations de l'HAS [1]. Les hospitalisations étant majoritairement programmées, une meilleure coordination de l'externe en pharmacie avec le personnel du service pourrait permettre de répondre à cet objectif.

Points forts et voies de progrès, perspectives

La mise en place de la CTM dans le SHO a permis la correction d'erreurs médicamenteuses qui auraient pu entraîner la prolongation d'une hospitalisation ou une réhospitalisation des patients. Elle a également permis d'instaurer des entretiens pharmaceutiques réalisés par l'externe en pharmacie pour certains anticancéreux oraux et de surveiller les risques d'interactions médicamenteuses avec la phytothérapie chez les patients de SHO.

La mise en place du DP est toujours en cours au sein de l'hôpital et devrait permettre d'ici fin 2019 de compléter et fiabiliser les informations du BMO, notamment pour les patients qui changent régulièrement de pharmacie d'officine ou ceux qui ne sont pas interrogeables. Une réorganisation de la coordination entre l'externe en pharmacie et le personnel du service devrait également augmenter le nombre de CTM réalisées de manière proactive et ainsi répondre aux attentes des médecins du service.

Références

1. Haute Autorité de Santé (HAS). La conciliation des traitements médicamenteux en cancérologie. Mars 2019, 35 pages.
2. Ordre national des pharmaciens. Qu'est-ce que le Dossier Pharmaceutique ? [en ligne]. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP> (consultation le 28/06/2019).
3. Allenet B. FORMACONCIL : Programme de formation à la conciliation des traitements médicamenteux (CTM) [en ligne]. Disponible sur : <http://sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/1545-forma-concil-presentation-dgos-resomedit-sfpc-12-nov-2015/0.html> (consultation le 28/06/2019).

4. Omedit Bretagne. Fiches de bon usage des Thérapies anticancéreuses utilisées par voie orale [en ligne]. Disponible sur : <http://www.omeditbretagne.fr/lrportal/accueil/cancer/boite-outil/chimio-per-os> (consultation le 28/06/2019).

5. Memorial Sloan Kettering Cancer Center. Search About Herbs [en ligne]. Disponible sur : <https://www.mskcc.org/cancer-care/diagnosis-treatment/symptom-management/integrative-medicine/herbs/search> (consultation le 28/06/2019).

6. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, *et al.* Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med* 2005 ; 165 : 424-9.

Clinique Bellevue

Mise en place de la conciliation médicamenteuse au sein de la clinique Bellevue

Jérôme Brayer¹, Eliane Karim², Serge Minassoff³, Clément Muller⁴

1 Pharmacien responsable GCS-PUI chez Groupe Sinoué ; 2 Directrice Clinique Bellevue, Meudon, France ; 3 Pharmacien responsable Clinique Bellevue, Meudon, France ; 4 Adjoint de direction Clinique Bellevue, Meudon, France

Rappel du projet

Point d'orgue dans la prise en charge thérapeutique des patients en psychiatrie, le médicament, sa sécurité, sa dispensation prend tout son sens dans le parcours de soins. C'est pourquoi, la Clinique Bellevue de Meudon, Groupe Sinoué, avait fait le choix de prendre part à ce projet. Obtenu en fin d'année 2017, le déploiement du projet « conciliation médicamenteuse » s'est progressivement mis en place par l'intermédiaire d'un groupe de pilotage pluri professionnel.

Pilotage du projet et acteurs

La formation de 5 premiers collaborateurs a permis la mise en place de ce projet. Actuellement, ce sont le pharmacien de l'établissement, un médecin psychiatre, la direction des soins infirmiers, responsable qualité, une infirmière de service qui ont été formés à la conciliation médicamenteuse. Ce projet a nécessité une phase de préparation : création des outils, choix de la plateforme utilisée, déploiement de Hospiville[®], formation, réflexion sur les critères d'éligibilité des patients, sélection des sources d'information à interroger..., celle-ci très largement inscrite dans notre politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse et conforme aux orientations stratégiques du groupe Sinoué.

Périmètre de la démarche

La démarche s'inscrit dans l'objectif de la prise en charge de la pathologie chronique. Les pathologies inhérentes à la santé mentale font également partie de l'approche chronicisée. C'est pourquoi, la Clinique Bellevue de Meudon a fait le choix de prendre part à ce projet, aussi dans le but de piloter cette démarche innovant hors du circuit MCO d'autant que l'approche somatique, en psychiatrie/santé mentale se voue une complémentarité. La conciliation devient un outil de vigilance envers une population d'autant plus à risque, car très exposée au regard de la consommation d'usage en psychiatrie, d'autres comorbidités peuvent être subjacentes (en hospitalisation complète chaque séjour présent 1,7 diagnostic associé). La conciliation se présente alors comme un outil pertinent pour sécuriser l'amont et l'aval du séjour et assurer une continuité de la prise en charge médicamenteuse sans erreur de prescription par omission ou commission. Afin d'initier de cette démarche, la Clinique Bellevue a fait le choix collégial de concentrer la conciliation médicamenteuse, dans un premier temps, pour l'ensemble des patients hospitalisés sur l'établissement dont l'âge est supérieur à 85 ans, avant de déployer vers des critères moins restrictifs.

Utilisation d'outils

Outre l'utilisation du dossier patient informatisé via le logiciel OSIRIS[®], c'est l'outil Hospiville[®] (plateforme web) qui a été déployée au sein de l'établissement (Clinique Bellevue et Relais Jeunes de Sèvres). Ainsi, Hospiville[®], véritable outil de coordination est à l'origine de la réalisation opérationnelle de la conciliation médicamenteuse car il permet, entre autres, d'éditer le bilan médicamenteux optimisé (BMO) et la fiche de conciliation dans la conciliation d'admission et de sortie, ou encore un plan de prise pour le patient, ceci dans la coordination du parcours de soins avec les structures et professionnels partenaires.

Impact du projet

Par ailleurs, une des conclusions issue du déploiement de la conciliation médicamenteuse est : « la définition d'un médicament pour les patients ». Plusieurs fois exposé à la situation, à l'interrogatoire du patient sur les médicaments « habituellement » consommés, les médicaments de forme galénique autre que comprimé, gélule, sirop, aérosol, etc. ne sont pas considérés naturellement comme un médicament. Lors de l'entretien avec le patient, l'une des sources retenues par l'équipe projet, sur la question de l'utilisation de, « pommade » ou « collyre » celui-ci affirme en consommer alors qu'il ne déclarait pas ces produits pharmaceutiques dans le récapitulatif des médicaments utilisés. Ce cas s'est présenté dans 50 % des conciliations réalisées. Ainsi, plus largement, ces événements ouvrent la porte au questionnement de la banalisation des molécules pharmaceutiques par la population, alors facteur de risque évident.

La conciliation médicamenteuse permet de verrouiller la sécurité, rappeler au patient son bon usage en menant des actions d'information pour la prévention en santé. La pharmacie clinique prend toute sa place dans cette démarche où le patient est plus que jamais au centre de sa prise en charge.

Points forts et voies de progrès, perspectives

En conclusion, l'un des points forts que soulève la conciliation médicamenteuse est de pouvoir piloter la sécurité du médicament que ce soit immédiatement ainsi qu'a posteriori car, le pharmacien, au chevet du patient et plus intégré aux équipes médico-soignantes, peut endosser une fonction de proximité et peut alors engager une démarche de prévention. Aussi, la conciliation médicamenteuse porte l'établissement vers l'innovation et la quête de performance, car ceci implique l'ensemble des parties prenantes dans cette démarche notice. Les membres du comité de déploiement formés, voient leurs compétences mutuelles valorisées via notamment la formation et la confiance que porte l'établissement dans le choix des premières ressources soignants/médicales choisies pour débiter cette démarche.

En revanche, l'une des difficultés rencontrées est l'aspect chronophage de la démarche, notamment pour les ressources qui n'occupent pas un ETP à 100 %. Le déploiement de la conciliation médicamenteuse nécessite un temps dédié pour l'expression de ces nouvelles compétences sans altérer les tâches habituelles à dispenser quotidiennement, mais aussi des outils performants interfacés avec le dossier patient informatisé.

Fondation Diaconesse

Organisation de la mise en place de la conciliation médicamenteuse à l'entrée des patients en Service de soins de suite neurologiques (SSN) et en Unité de soins de longue durée (USLD)

Sabine André, Annaïck Le Gall

Service pharmacie, Maison de santé Claire Demeure, Rueil-Malmaison et Versailles, France

Rappel du projet

En 2017, suite à un audit, nous nous sommes aperçus que la prise en charge médicamenteuse des patients à l'entrée pouvait être améliorée.

Une coordination pluridisciplinaire, tracée dans le dossier patient, nous semblait pouvoir répondre à cette problématique. Il a donc été décidé, dans le cadre de notre commission du médicament, de débiter la mise en place

de la conciliation médicamenteuse (CM) dans deux services, les soins de longue durée de Versailles et les soins de suite neurologiques de Rueil-Malmaison.

Pour cela et dans le but de sécuriser le circuit des médicaments des patients polymédiqués, dès leur admission dans ces deux services, il a été prévu de former le personnel médical et infirmier, et de modifier le dossier patient informatisé afin de pouvoir y tracer la CM.

Pilotage du projet et acteurs

L'établissement est réparti en deux sites, l'un à Versailles l'autre à Rueil-Malmaison.

- Le groupe de pilotage du projet est formé par :
- Les médecins référents des deux services USLD (Versailles) et SSN (Rueil-Malmaison) ;
 - Les deux pharmaciennes de chaque site (Versailles et Rueil-Malmaison) ;
 - Les infirmiers référents médicament de chaque site (Versailles et Rueil-Malmaison) ;
 - La directrice des soins infirmiers des deux sites.

Périmètre de la démarche : les structures ou les personnes impliquées

Il a été décidé d'impliquer dans la démarche toutes les structures susceptibles de nous adresser des patients, c'est-à-dire les établissements de santé et les structures médico-sociales, ainsi que les professionnels de santé de ville et le service HAD.

Le choix des patients ciblés dans le projet s'est porté sur les patients âgés et polymédiqués de l'USLD de Versailles, ainsi que les patients polymédiqués du SSN de Rueil-Malmaison.

Utilisation d'outils

La prise en charge médicamenteuse est entièrement informatisée dans notre établissement. Elle est déployée sur la totalité des lits, grâce au logiciel du dossier patient, Osiris.

Dans un premier temps, il a été prévu d'intégrer dans Osiris un formulaire spécial, afin de filtrer les patients à concilier au moyen d'un calcul de score de vulnérabilité.

La grille issue de l'entretien de la CM, grille papier, et le BMO (bilan médicamenteux optimisé) seront tracés dans Osiris.

Dans un second temps, en 2020, l'acquisition du logiciel BI Manager permettra d'extraire les données à partir des informations recueillies lors de l'entretien de la CM. Ce logiciel calculera automatiquement le score de vulnérabilité et enverra une alerte par mail pour signaler quotidiennement les patients susceptibles d'être conciliés en fonction d'un score préalablement défini.

Impact du projet : Indicateurs et résultats

- 17 personnes ont été formées dont 5 médecins, 7 IDE, 3 préparatrices et 2 pharmaciennes.

- 8 % des patients admis en USLD et en SSN, en 2018 ont été conciliés.
- La CM a permis de réduire le nombre moyen de molécules, puisqu'il est passé en moyenne de 11 à 9.

Valorisation du projet

Le bilan sera réalisé à l'issue de la mise en place de l'ensemble du dispositif.

Points forts et voies de progrès, perspectives

Tout le personnel concerné a été formé en 2018 par l'organisme Entreprise médicale. Les pharmaciennes avaient été formées aussi en 2017 à la Faculté de pharmacie de Paris.

Le projet a été présenté à la commission des médicaments, au groupe opérationnel du médicament (qui inclut les infirmiers référents du médicament) et en CME, et il fera l'objet d'une communication plus large auprès de l'ensemble des professionnels de santé, en fonction de son avancée. Dès l'implantation du nouveau logiciel BI Manager, le projet pourra être étendu à l'admission de tous les patients, de tous les services, dont le score de vulnérabilité sera supérieur à un score défini.

Centre hospitalier Antoine Béclère

Sécurisation du parcours du patient sous anticoagulant oral en sortie d'hospitalisation en associant conciliation médicamenteuse et entretien pharmaceutique

Denis André, Charlotte Chatain, Marie-Camille Chaumais,
André Rieutord, Sandrine Roy

*Service pharmacie, Hôpital Antoine Béclère, Clamart,
France*

Rappel du projet

Les anticoagulants oraux (ACO) sont caractérisés par une forte iatrogénie. Toute modification du traitement, notamment lors d'une hospitalisation, favorise la survenue d'effets indésirables, notamment si le patient et son cercle de soins sont insuffisamment informés de cette modification et de la raison l'ayant motivé.

Fort de ce constat, la pharmacie à usage intérieur (PUI) de l'hôpital Antoine Béclère a développé des soins pharmaceutiques destinés à sécuriser la prise en charge du patient, parmi lesquels la conciliation médicamenteuse (CM) à l'admission et à la sortie et les entretiens pharmaceutiques destinés aux patients sous ACO.

Ces deux activités ont été déployées dans différents services de l'établissement.

L'objectif principal de ce projet était de renforcer la sécurisation de la prise en charge du patient sous ACO par l'association systématique de la conciliation médicamenteuse (à l'admission et à la sortie) aux entretiens pharmaceutiques ACO.

Les objectifs secondaires étaient de :

- Déployer à tous les services cliniques la CM à l'admission et à la sortie pour les patients ayant un traitement ACO ;
- Décloisonner les soins pharmaceutiques au sein de la PUI afin de favoriser leur réalisation quelles que soient les personnes présentes.

Pilotage du projet et acteurs

Le pilotage du projet était assuré par un pharmacien.

Les principaux acteurs participant au projet étaient :

- L'équipe pharmaceutique (externes, internes et pharmaciens) réalisant ces soins pharmaceutiques ;
- Les équipes médicales des services de cardiologie, de chirurgie (orthopédie traumatologie, orthopédie septique, viscérale), d'immunologie et de médecine aiguë polyvalente ;
- Tout médecin et pharmacien d'officine appartenant au cercle de soins des patients inclus.

Périmètre de la démarche

Le projet a été déployé dans six services cliniques de l'hôpital Béclère : trois services de chirurgie (orthopédie traumatologie, orthopédie septique, viscérale) et trois de médecine (immunologie, médecine aiguë polyvalente et cardiologie).

Tout patient de plus de 18 ans ayant une prescription d'ACO (anti-vitamine K (AVK) ou anticoagulant oral direct (AOD)), prescrit avant l'hospitalisation ou introduit pendant l'hospitalisation était éligible. Ces critères d'éligibilité étaient complétés par les critères d'inclusion suivants :

- Être hospitalisé pour une durée d'au moins 48 heures ;
- Maîtriser la langue française (compréhension et pratique du français) ;
- Être autonome pour la gestion de son traitement ;
- Être pris en charge à la sortie de l'hospitalisation en secteur ambulatoire.

Les patients exclus étaient ceux qui :

- Venaient d'un autre établissement de soins (ES) ou d'une institution (maison de retraite, SSR longue durée, Ehpad) ;
- Refusaient les soins pharmaceutiques ;
- Sortaient vers un autre établissement de soins (ES) ou vers une institution.
- Par ailleurs, les patients ne gérant pas leur traitement ACO ou n'étant pas en capacité à participer à un entretien pharmaceutique étaient exclus des entretiens ACO.

Outils mis en œuvre

La CM à l'admission a été réalisée avec les outils déjà développés :

- Formulaire « type » pour établir le bilan médicamenteux avec une dématérialisation de ce bilan dans le dossier médical informatisé du patient [1-3] ;
- Traçabilité informatique de la conciliation à l'admission.

La synthèse de l'entretien ACO était aussi dématérialisée dans le dossier du patient et reprenait les connaissances acquises, ou à retravailler avec le patient. Un livret reprenant les informations abordées lors de l'entretien liées au bon usage et à la détection d'une iatrogénie médicamenteuse éventuelle, était systématiquement remis au patient [4, 5].

La conciliation de sortie était tracée dans le compte rendu d'hospitalisation (CRH) et une lettre type reprenant les modifications de traitement était agrafée à l'ordonnance remise au patient ou envoyée au pharmacien d'officine.

Impact du projet

L'étude s'est déroulée sur une période de six mois où 162 patients ont été inclus sur les 283 éligibles. La principale cause d'exclusion était le patient provenant d'une institution ou d'un autre ES. L'âge moyen était de $71,6 \pm 15,4$ ans. Une CM d'entrée a été réalisée pour 96 % ($n = 155$) des patients. Le délai moyen de mise à disposition du bilan médicamenteux (BM) par rapport à l'admission du patient était de $0,93 \pm 1,3$ jour, permettant ainsi que 77 % ($n = 119$) des 155 patients soient conciliés dans les 24 heures suivant leur admission. Sept patients ont été inclus suite à l'introduction d'un ACO en cours d'hospitalisation.

La conciliation était pro-active pour 40 % des patients. Le nombre moyen de sources utilisées était de $3,4 \pm 0,9$. Les 155 patients conciliés à l'entrée totalisaient 1 339 lignes de traitements ($8,6 \pm 4,7$ lignes de traitement) parmi lesquelles 133 (9,9 %) divergences non intentionnelles (DNI) ont été identifiées ($0,8 \pm 1,3$ DNI par patient). Elles concernaient 64 patients (41 %). Il s'agissait principalement de patients âgés de plus de 75 ans et polymédiqués (> 5 traitements). Le taux de correction des DNI augmentait avec l'impact clinique potentiel des DNI : 78 % ($n = 43$ sur 55) des DNI de gravité de niveau 1 corrigées, contre 92 % ($n = 72$ sur 78) pour celles de niveau 2-3 (test χ^2 ; p -value = 0,037).

Le taux de consultation des BM par les prescripteurs progressait au cours de l'hospitalisation : il était de 44 % ($n = 68$) dans les 24 premières heures de mise à disposition et atteignait 73 % ($n = 113$) à la fin du séjour.

Un entretien pharmaceutique a été réalisé pour 131 (81 %) patients. Le taux de consultation au cours de l'hospitalisation, des comptes rendus de ces entretiens

par les médecins et les infirmières était de 55 % ($n = 72$).

Une CM de sortie a été réalisée chez 154 des patients (95 %) et totalisaient 1 321 lignes de traitements ($8,9 \pm 4,5$ lignes par patient), parmi lesquelles 51 DNI ont été identifiées ($0,3 \pm 0,7$ DNI par patient). La CM de sortie était réalisée avant la sortie du patient pour 113 (73 %) d'entre eux. Le taux de correction des DNI, à la sortie, étaient de 82 % ($n = 42$) tout niveau de gravité confondu.

À l'issue de l'étude, ce sont donc 120 (74 %) patients, qui ont bénéficié de l'ensemble des trois soins pharmaceutiques déployés sur notre établissement pour les patients sous ACO. Parmi les 184 DNI identifiées, 9 % ($n = 17$) concernaient une erreur de prescription de l'ACO et la principale classe concernée était les médicaments du sang et des organes hématopoïétiques, intégrant les ACO.

La transmission de la synthèse de sortie vers les officines a été faite pour 100 (66 %) patients et impliquait 84 officines, soit en moyenne 1,2 patient par officine. Parmi les 14 officines nous ayant retourné un questionnaire de satisfaction (17 %), toutes se déclaraient « tout à fait d'accord » sur le fait que la synthèse de sortie facilitait le lien ville-hôpital tout en permettant au personnel officinal de mieux aider le patient à comprendre et à gérer son traitement. Concernant les transmissions aux MT, 109 synthèses de sortie (72 %) ont été transmises, principalement par l'intermédiaire du CRH, ce qui a limité la possibilité d'une évaluation de notre démarche de la part de ces professionnels.

Valorisation du projet

À l'issue du projet, les soins pharmaceutiques ont été organisés de façon à pérenniser ce critère de priorisation. Ainsi, un contrôle systématique de toutes les ordonnances de sortie est effectué notamment en chirurgie où les ACO sont substitués pendant l'hospitalisation. Concernant les entretiens pharmaceutiques ACO, ceux-ci sont réalisés systématiquement dans l'ensemble des services si le traitement est introduit pendant l'hospitalisation ou si le patient a été admis pour un évènement indésirable lié à son traitement.

Points forts et voies de progrès, perspectives

La priorisation des soins pharmaceutiques à partir d'une classe médicamenteuse à fort potentiel iatrogène apparaît comme une approche rationnelle à leur déploiement.

Le partage d'informations et la coordination entre la ville et l'hôpital permettent d'optimiser le retour au domicile des patients. La construction de ce lien passe également par un élargissement de l'offre de soins au niveau du secteur ambulatoire, notamment, la réalisation de bilan de médication et d'entretien pharmaceutique par le pharmacien officinal. La pharmacie d'officine allie les

avantages de la proximité et du relationnel patient qui concourent à un suivi plus personnalisé.

Si la CM de sortie apparaît comme une option pertinente à la sécurisation du parcours de soins du patient, il est désormais indispensable de mieux identifier les besoins des professionnels de ville pour ne pas imposer au secteur ambulatoire la vision de l'hôpital.

Si le lien de la ville vers l'hôpital a été amélioré avec la conciliation d'entrée, il apparaît que la transmission des données de l'hôpital vers la ville est un nouveau défi à relever, notamment du fait de délais contraints et d'un nombre d'interlocuteurs très important. Le suivi des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) en lien avec les départements d'information médicale, permettrait d'appuyer la communication sur les actions mises en place. L'utilisation d'un dossier médical partagé (DMP) pourrait également constituer une initiation au partage d'informations entre professionnels.

Références

1. Curatolo N, Gutermann L, Devaquet N, *et al.* Reducing medication errors at admission: 3 cycles to implement, improve and sustain medication reconciliation. *Int J Clin Pharm* 2015 ; 37(1) : 113-20.
2. Monfort A-S, Curatolo N, Begue T, *et al.* Medication at discharge in an orthopaedic surgical ward: quality of information transmission and implementation of a medication reconciliation form. *Int J Clin Pharm* 2016 ; 38(4) : 838-47.
3. Monfort A, Zerrouki N, Almecija B, *et al.* The medication history: a tool to optimize the preoperative anesthesia consultation? *J Pharm Belg* 2015 ; 4 : 22-31.
4. Barbier E, Chaumais M-C, Desnoyer A, *et al.* Dispositif de formation d'une équipe pharmaceutique à la consultation d'accompagnement d'un patient sous traitement anticoagulant oral. *Pédagogie Médicale* 2013 ; 14(4) : 269-83.
5. Barbier E, Chaumais M-C, Launay-Vacher G, *et al.* Formation de l'équipe pharmaceutique aux consultations antivitamines K (AVK) : une expérience de blended-learning à l'hôpital. *J Pharm Clin* 2014 ; 33 : 8.

Hôpital Les Magnolias Filière gériatrique Essonne Nord

Mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse au cours d'un bilan gériatrique en hôpital de jour par le pharmacien et en Ehpad par l'équipe mobile externe (EME)

Laurence Luquel¹, Brigitte Dumoulin²

1 Coordinatrice médicale de la FGNE ; Service de pharmacie, Hôpital privé gériatrique Les Magnolias, Ballainvilliers, France

Rappel du projet

L'Hôpital privé gériatrique Les Magnolias (HPGM), ESPIC spécialisé en gériatrie de 320 lits et places dans le champ sanitaire et médico-social, est l'établissement support de la filière gériatrique Essonne Nord. Il se positionne comme un hôpital « hors les murs », en intervenant aux interfaces ville/hôpital/médico-social par un HDJ diagnostique et par l'intervention de l'équipe mobile gériatrique sur les 34 Ehpad du territoire.

La polymédication, le risque iatrogénique et l'auto-médication (notamment dans les quatre domaines qui préoccupent la personne âgée : douleur, constipation, sommeil, anxiété) sont des problématiques majeures rencontrées en médecine de ville gériatrique et en Ehpad du fait de la prévalence des maladies chroniques et de la polyopathie du sujet âgé.

Le projet de CM déployé en HDJ et en Ehpad visait à réduire les hospitalisations et réhospitalisations précoces induites par la polymédication potentiellement évitable et à optimiser la prévention des décompensations des maladies chroniques comme l'insuffisance cardiaque, la fibrillation auriculaire, l'ostéoporose pour favoriser le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse par les médecins coordonnateurs.

Pilotage du projet et acteurs

En HDJ

Un pharmacien, 2 médecins du pôle ambulatoire chargés de la synthèse du bilan gériatrique pour le médecin traitant adresseur du patient en lui soumettant des recommandations de prescription, le secrétariat pour la planification de l'intervention du pharmacien auprès du patient et de son aidant, les pharmaciens de ville, les IDE de ville, les structures supports.

En Ehpad

Le médecin, qui est aussi praticien en HDJ, et l'IDE de l'EMGL, les médecins traitants, les médecins coordonnateurs, les IDEC des Ehpad et les pharmaciens de ville.

Périmètre de la démarche

Une CM proactive à l'arrivée du patient pour sa journée de bilan gériatrique en HDJ ("mémoire", "chute", "fragilité gériatrique" ou "psychiatrique du sujet âgé"). Le patient, adressé par son médecin traitant en vue d'obtenir un avis éclairé de l'équipe pluridisciplinaire, était toujours accompagné de son aidant principal ce qui permettait de

recueillir le consentement et les informations nécessaires à la CM.

Une révision collégiale d'ordonnances par le gériatre de l'EME, le médecin coordonnateur et le médecin traitant dans 4 Ehpad volontaires du territoire.

Utilisation d'outils

La réalisation d'un support papier, pour le recueil des informations utiles à l'élaboration du bilan médicamenteux optimisé informatisé, a été élaboré après le suivi de formations organisées par l'OMEDIT IDF en juin 2017, en utilisant les documents HAS "Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissements de santé", février 2018 et la fiche mémo de la Société française de pharmacie clinique "Préconisations pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux", décembre 2015.

Le tableau de CM intégrant l'outil START and STOPP et la liste de Laroche est une rubrique du DPI. Il est implémenté automatiquement à la lettre de liaison.

Impact du projet, indicateurs et résultats

Ce projet de pharmacie clinique s'est déroulé de décembre 2017 à fin novembre 2018.

En HDJ

Durant cette période, il a été réalisé : 106 CM soit 12 % des patients vus en HDJ bilan par le pharmacien de la PUI. 63 % des CM présentaient une divergence à minima, 24 % des patients conciliés avait entre 70 et 80 ans et 70 % plus de 80 ans.

Les sources d'information étaient les médecins traitants, les pharmaciens, les IDE et les aidants.

Le pharmacien a eu recours dans 5 % des cas au médecin traitant, dans 96 % au pharmacien d'officine, dans 30 % aux IDE et à 100 % aux aidants avec pour cibles l'automédication, les ordonnances multiples, la compli-ance et l'observance des traitements.

Dans 62 % des bilans, la CM figurait dans la lettre de liaison.

En Ehpad

Les révisions d'ordonnances proposées par le médecin gériatre de l'EME ont permis d'obtenir 10 accords de principe sur les 34 Ehpad du territoire Nord Essonne. Le démarrage a inclus 4 Ehpad. 48 révisions d'ordonnances avec la présence du médecin coordonnateur dans tous les cas, du médecin traitant dans 81 % et du pharmacien d'officine dans 54 % ont été réalisées.

La fiche de CM a été incluse dans le DLU.

Valorisation du projet

En HDJ

Lors de la semaine sécurité patient 2017, un poster sur le thème de la pharmacie clinique a été présenté avec :

- La mise en avant de la définition et des points stratégiques de communication de la CM pour une meilleure prise en charge du patient ;
- La révision de ou des ordonnances par une synthèse collégiale en collaboration avec le pharmacien ;
- Bilan de la CM lors d'un COMEDIMS.

En Ehpad

- Présentation du projet lors de la rencontre annuelle Ehpad de la filière gériatrique en 2017.
- Mise en œuvre de la mission 6 du médecin coordonnateur : « Contribuer à la bonne adaptation des prescriptions médicamenteuses » impulsée par l'équipe mobile.

Points forts et voies de progrès, perspectives

En HDJ

Plusieurs professionnels intervenaient de façon programmée pour un bilan spécifique. Il a fallu inclure la CM dans l'agenda du patient. Des informations et des éléments recueillis lors de la CM étaient communiqués rapidement au gériatre pour la synthèse finale à laquelle le pharmacien ne pouvait assister pour des raisons logistiques. La synthèse n'est qu'une recommandation au médecin traitant. A-t-elle été suivie ? Cette intégration dans l'équipe du pôle ambulatoire a permis de valoriser la pharmacie clinique et de mettre à jour les problématiques comme "médicaments écrasés et écrasables", la prescription par l'aidant, etc.

La disponibilité des officinaux, des IDE a largement contribué à l'élaboration rapide du BMO car les personnes âgées sont fidèles à "leur pharmacien".

En Ehpad

L'intervention de l'EME a permis un dialogue entre médecins coordonnateur, traitant et pharmacien d'officine déterminant ainsi des objectifs de soins concertés.

L'usage de la télémédecine en Ehpad permettrait de déployer la CM en télé expertise synchrone.

Conclusion

L'amélioration de la qualité, de la pertinence et de la sécurité de la prise en charge thérapeutique est un enjeu constant qui justifie la poursuite voire l'accélération

des efforts déployés. Avec la nouvelle loi de santé, des marges de manœuvre se font jour. Elles seront mises en œuvre en mobilisant les professionnels de santé dans des dynamiques positives et partagées plutôt que par des outils de régulation. Le développement de la conciliation médicamenteuse est un des leviers pour décliner de façon opérationnelle, localement, la volonté partagée par tous les acteurs de transformer le système de santé pour une meilleure expérience par le patient, une meilleure santé

pour la population en diminuant les inégalités territoriales et au meilleur coût pour la société

Remerciements : Les auteurs remercient l'ensemble des établissements franciliens et les professionnels ayant participé aux projets de conciliation médicamenteuse soutenus par l'ARS Ile-de-France et ayant consacré du temps pour ces retours d'expérience.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts en rapport avec cet article.