

BILANS DE MÉDICATION /
CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE



2 OUTILS DIFFERENTS

- LE BILAN DE MEDICATION PARTAGE en ville (BPM)



- LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX à l'hôpital et en clinique

I . BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION

- OBJECTIFS :
- Évaluer l'observance et la tolérance
- Identifier les interactions médicamenteuses
- Accompagner les patients

- CONTEXTE :
- Iatrogénie = 7500 décès / an
- 54 % des + de 75 ans utilisent des médicaments inappropriés

MISE EN ŒUVRE DES BMP

1

LE BESOIN

La iatrogénie

En chiffres



Allongement de l'espérance de vie = augmentation de la **prévalence des maladies chroniques**



A partir de 75 ans, la présence simultanée d'au moins 2 maladies chroniques est très fréquente



3,9 millions de personnes sont exposées à une polymédication (au moins 5 principes actifs prescrits)



Cette polymédication augmente les risques d'effets indésirables. La **iatrogénie médicamenteuse** est responsable d'environ **7,500 décès** par an et représente **3,5 % des personnes âgées**



L'utilisation de **médicaments inappropriés** est retrouvée chez environ **54 %** des patients de plus de 75 ans

Les conditions

D'éligibilité

Age



≥ 75 ans

OU



≥ 65 ans + ALD

Polymédication



au moins 5 principes actifs prescrits

Chronicité



Traitement pour une durée supérieure ou égale à 6 mois (durée constatée avant ou après l'adhésion)

Courant 2020: patients 65 ans + ou - ALD, polymédiqués

2

LA METHODE

LES ETAPES



RÉALISATION

- En France 22 000 / 400 000 attendus : 5,5%
- Exemple observatoire / 110 patients éligibles 30 réalisés 27 %

POINTS POSITIFS

- Recueil des traitements (de tous les traitements, de tous les prescripteurs)
- Vérification des prises, des horaires, des formes galéniques ; de l'automédication.
Le pharmacien donne des conseils, des astuces pour faciliter les prises et augmenter l'adhérence du patient au traitement.
- Vérification des vaccins, du bilan rénal, Hba1c, INR ; organisation à domicile, aérosolthérapie réexpliquée,
- Evaluation de la compréhension du patient et de son observance
- Optimisation communication médecin -pharmacien
- Ouverture DMP
-

DIFFICULTES

- Recrutement des patients peu efficace (faible réponse des patients ciblés par le dispositif ; candidats mal ciblés par les critères d'éligibilité « dans la vraie vie »)
- Communication aux Médecins traitants et aux spécialistes mal aisée (multifactoriel)
- Mode de rémunération complexe, peu incitatif pour le pharmacien

DOCUMENTS REMIS PAR LE PHARMACIEN

Document remis au médecin après analyse du pharmacien

Nom du titulaire
Nom de la pharmacie
Adresse 1
Adresse 2
Téléphone
Email

Date et heure

Objet : Bilan Partagé de Médication Nom et prénom du patient

Cher Docteur Nom et prénom du Médecin

Dans le cadre de nouvelles missions pharmaceutiques, le Ministère de la Santé nous a chargés d'établir des Bilans Partagés de Médications entre les différentes professions de santé afin de mieux prendre en charge nos patients communs.

J'ai reçu Nom et prénom du patient : , date de naissance : , lieu de naissance :

M'ayant informé de votre prochain rendez-vous, je vous envoie les éléments d'analyse pharmacologiques de son traitement.

Recommandations générales liées à l'état du patient : Notez les propositions de modification de traitement, durée de traitement, adaptation posologique, ajout de traitement, ... liées à l'état de santé du patient. Ex : Insuffisance rénale modérée, réduire la dose quotidienne de rétinolatum à 15 mg.

Alertes liées aux effets indésirables et d'interactions : Reportez les points de vigilance et actions à mener quant au risque d'effets indésirables et d'interactions. Ex : Traitements à risque sous monitoring sévères, réduire les posologies ou substituer de traitement.

Alertes liés à la vie de l'entourage du patient : Reportez les points de vigilance et actions à mener quant au besoin d'assistance du patient. Ex : Solliciter une aide à domicile, proposer la réalisation de pilulier (PDA).

Le protocole du bilan partagé de médication nous invite à échanger sur ce patient avant l'entretien conseil que j'aurai dans les semaines à venir avec Nom et prénom du patient.

Je serai donc totalement à l'écoute de vos remarques et partager avec vous vos interrogations pour améliorer l'ordonnance de notre patient.

En cas de besoin, vous pouvez me joindre par mail, par courrier, par téléphone ou sur la messagerie sécurisée. Adresse email de la messagerie sécurisée.

Je vous prie de croire en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Nom(s) et prénom(s) du(e) titulaire(s)

Plan de posologie remis au patient après validation du médecin

PLAN DE POSOLOGIE

Votre pharmacien Giphar vous remet un **PLAN DE POSOLOGIE PATIENT** pour vous faciliter la prise de vos médicaments pendant la durée de votre traitement

Tampon de l'officine

PATIENT NOM : _____ PRENOM : _____

Médicaments	Traitements et observations	Moment de prise					Commentaires
		Matin	Midi	Soir	Coucher	Autre	

AUTRES CONSEILS : _____

II . LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX (CM)

- **Historique de la démarche**
- 2009: **Projet Med'Rec**: 5 pays, 9 ES en France
- 2015: publication du rapport Med'Rec, **enquête nationale** sur le déploiement de la CM via les OMEDIT, rédaction d'une **fiche mémo par la SFPC**
- 2016 -2018: **AAP** nationaux ou régionaux, groupes de travail OMEDIT
- 2018: **guide HAS** « CM en ES », formation **FORMACONCIL**
- 2019: Décret du 21 mai avec définition des **actions de pharmacie clinique** (art R 5126-10)
- Aujourd'hui, la CM fait partie des critères d'évaluation des ES: certification HAS, CAQES...
- **Au GHH**:

La conciliation médicamenteuse au GHH

Année	Projet
2012	Conciliation d'entrée du sujet âgé au sein du service des urgences adultes du GHH
2013	Conciliation de transfert du sujet âgé au sein du service des urgences adultes du GHH
2014	Participation au PREPS « Impact des transmissions pharmaceutiques Hôpital-Ville sur la prise en charge médicamenteuse des patients sortants d'hospitalisation : essai randomisé en cluster en cross-over »
2016	Conciliation d'entrée, de transfert ou de sortie au sein du service des urgences adultes du GHH et en médecine polyvalente
2016	Consultation pharmaceutique au sein de l'HDJ de Rhumatologie pour les patients ayant un rhumatisme inflammatoire chronique nécessitant un bilan de pré-biothérapie
2017	Conciliation médicamenteuse lors du parcours de soins de la personne âgée hospitalisée de son entrée à sa sortie au sein du GHT de l'Estuaire
2018- 2019	Intégration de la conciliation médicamenteuse dans le protocole ortho-gériatrie Conciliation des traitements médicamenteux dans le service de Dermatologie Recrutement d'un assistant depuis Novembre (AAP ARS): 3 jours GHH; 2 jours Pont Audemer

OBJECTIFS DE LA DÉMARCHE DE CM A L'HOPITAL

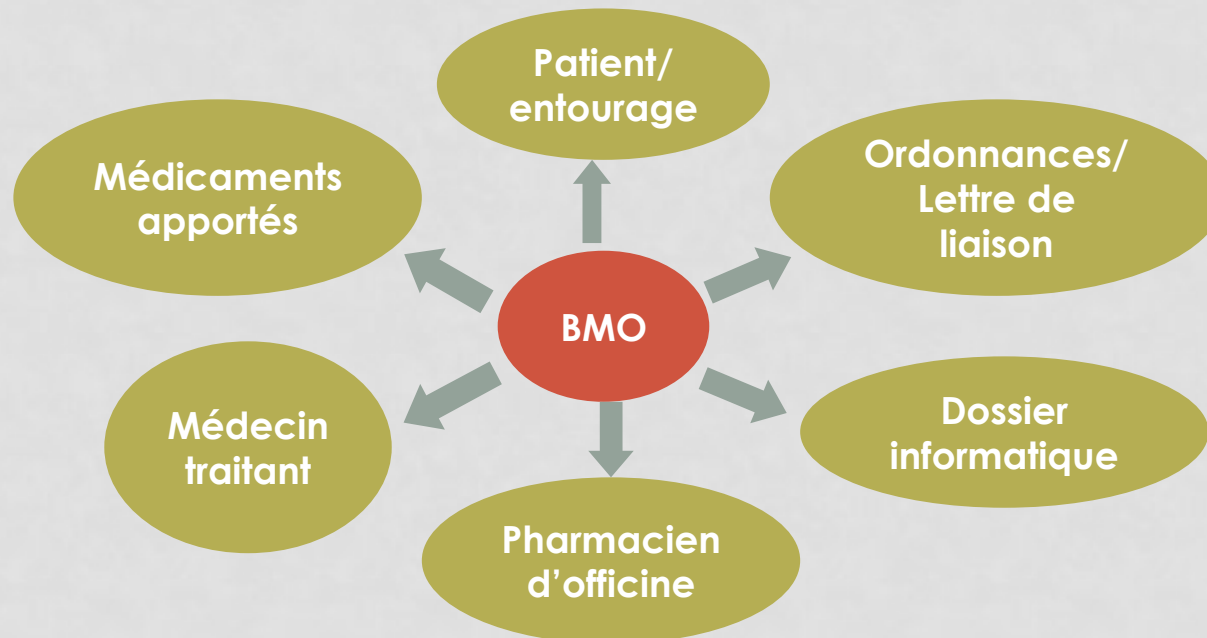
- Renforcer les activités de pharmacie clinique au GHH **au profit des équipes médicales et soignantes et *in fine*, du patient**
- **Sécuriser la prise en charge médicamenteuse** du patient à **toutes les étapes** (→ lutte contre la iatrogénie médicamenteuse)
- **Améliorer l'information du patient** (=acteur, → ETP...)
- **Partage d'une information pertinente avec les partenaires de ville**
- Répondre aux objectifs de la certification HAS, du CAQES et ...de l'ONDAM

LA CONCILIATION MÉDICAMENTEUSE EN PRATIQUE:

Identifie la liste exact et complète des médicaments du patient (=BMO)

Comparaison du BMO à la prescription hospitalière

Mise en évidence d'éventuelle divergence
Modification de la prescription



Erreurs médicamenteuses aux points de transition

Erreur médicamenteuse à l'admission (34 à 97%)

Erreurs médicamenteuses à la sortie (25 à 80%)



Domicile



Interface

→ risque de rupture dans le parcours de soin



Hôpital

Interface

→ risque de rupture dans le parcours de soin



Domicile

CONCILIATION = processus interactif & pluri-professionnel

SUPPORT DE CONCILIATION



FICHE DE CONCILIATION DES TRAITEMENTS A L'ADMISSION



Identification patient (étiquette)	Pharmacien d'officine :	IDE libéraux :	Allergies :
	Médecin traitant :	El médicaments :	

Coordonnées des professionnels de santé de ville

Conciliation faite le			entre et		Processus de conciliation									
Bilan médicamenteux (traitement habituel)			Ordonnance d'hospitalisation du		Proactif <input type="checkbox"/> Rétroactif <input type="checkbox"/>									
Source ¹	Nom/dosage/forme/voie	Posologie	Nom/dosage/forme/voie	Posologie	pas de D /DI/DNI ²	Motif de divergence ³	Commentaire							
Traitement habituel			Prescription hospitalière		Mise en évidence des divergences									

Sources consultées¹ : 1 Patient, 2 Entourage, 3 Médicaments apportés, 4 CIVP, 5 pharmacie d'officine, 6 Médecin traitant, 7 Lettre du médecin traitant, 8 pharmacie libérale, 9 CHU-AD, 10 Dossier pharmaceutique, 11 autres

² D = Divergence ; DI = Divergence Intentionnelle

³ motif de divergence : ajouté, suspendu, arrêté, modifié (dose, forme galénique, moment de prise, posologie, ...)

SUPPORT DE CONCILIATION

Synthèse pharmaceutique / Entretien collaboratif

Motif d'hospitalisation :

.....
.....
.....

Pharmacien :

Médecin :

Soignant :

.....
.....
.....

Antécédents / comorbidités

Interventions pharmaceutiques et préconisations

entretien
collaboratif

Analyse pharmaceutique

**Synthèse des
informations
recueillies**

Éléments à prendre en compte

Validation

Exemple 1 : CTM d'entrée

Identité patient

Pharmacien d'officine : IDE libérale : Allergies :
 Pharmacie [redacted] Le Havre Non
 Médecin traitant : EHPAD : EI médicamenteux :
 Dr [redacted] Raideur musculaire si statines
 Durée : 1h

Conciliation faite le 20/11/18			Entre OU [redacted] X. et HA [redacted] C.		Processus de conciliation Proactif o Réactif X	
Bilan médicamenteux (traitement habituel)			Ordonnance d'hospitalisation du		pas de D/DI/DNI	Motif de divergence / commentaires
Source	Nom/dosage/forme/voie	Posologie	Nom/dosage/forme/voie	Posologie		
6-11	Kardegic 75mg PO	1-0-0	Kardegic 75mg PO	1-0-0	Pas de D	
6-11	Allopurinol 200mg PO	0-1-0	Allopurinol 200mg PO	0-1-0	Pas de D	
11	Bisoprolol 10mg PO	1-0-0	Bisoprolol 10mg PO	1-0-0	Pas de D	
11	Pantoprazole 40mg PO	1-0-0	Pantoprazole 40mg PO	1-0-0	Pas de D	
11	Perindopril 4mg PO	1-0-0	Perindopril 4mg PO	1-0-0	Pas de D	
			Diffu-K 600mg PO	1-1-1	DI	Lié à la kaliémie du patient
11	Rosuvastatine 10mg PO	0-0-1	Rosuvastatine 10mg PO	0-0-1	Pas de D	
11	Brilique 90mg PO	1-0-1	Brilique 90mg PO	1-0-1	Pas de D	
11	Toujeo SC	0-0-1	Lantus 40UI SC	0-0-1	Pas de D	
1-6	Metformine 850mg PO	1-1-1			ONI	Information manquante dans le dossier patient
6	Diamicron 60mg PO	2-0-0			DN	Information manquante dans le dossier patient

Exemple 1

Antécédents / comorbidités

HTA
LNH
DT2 insulinoquérent
Cardiopathie ischémique avec pose de stent actif
HCT
Cardiomyopathie dilatée

Éléments à prendre en compte

A des difficultés à s'endormir (fréquemment) notamment les jours de traitement par Automédication par Effergal SB

Interventions pharmaceutiques et préconisations

Analyse pharmaceutique :

Il manquait au dossier l'information des traitements par metformine et Diamicron. Attention, le cardiologue de Monod a prescrit du Lantus au lieu de Toujeo (traitement habituel du patient). Les traitements cardio ont été revus mais les traitements du diabète en partie seulement. Refaire une ordonnance reprenant la totalité les traitements en sortie ?

Gestion des traitements :

Autonomie : Pas de problème avant cette hospitalisation à voir par la suite. Il faudra sans doute lui réexpliquer son traitement en totalité car les médicaments que doit prendre le patient sont sur plusieurs ordonnances.

Pilulier : Prépare son pilulier le matin pour la journée

Observance : Il arrive au patient d'oublier de prendre son traitement lors d'absence de courte durée, quand il s'absente peu de temps ou quand il ne se sent pas bien.

Il arrive aussi que le patient ne prenne pas la totalité de son traitement antidiabétique et corrige le soir avec son insuline.

Tolérance : Pas d'allergie mais se plaint de raideur musculaire lors de la prise de statines (toutes).

Interventions pharmaceutiques :

Metformine : Ajout ?

Diamicron : Ajout ?

Toujeo : Lantus au livret ou Toujeo (HL) ?

Rosuvastatine : Garder ?

Entretien collaboratif

Ajout de la metformine
Ajout du Diamicron

Reprise de toujeo à la sortie
Réévaluation des statines

Validation

Exemple2: CTM d'entrée

<u>Antécédents / comorbidités</u>	<u>Interventions pharmaceutiques et préconisations</u>	<u>Entretien collaboratif</u>
HTA LNH DT2 insulinoquérent Cardiopathie ischémique avec pose de stent actif HCT Cardiomyopathie dilatée	Analyse pharmaceutique : Il manquait au dossier l'information des traitements par metformine et Diamicron. Attention, le cardiologue de Monod a prescrit du Lantus au lieu de Toujeo (traitement habituel du patient). Les traitements cardio ont été revus mais les traitements du diabète en partie seulement. Refaire une ordonnance reprenant la totalité les traitements en sortie ? Gestion des traitements : Autonomie : Pas de problème avant cette hospitalisation à voir par la suite. Il faudra sans doute lui réexpliquer son traitement en totalité car les médicaments que doit prendre le patient sont sur plusieurs ordonnances. Pilulier : Prépare son pilulier le matin pour la journée Observance : Il arrive au patient d'oublier de prendre son traitement lors d'absence de courte durée, quand il s'absente peu de temps ou quand il ne se sent pas bien. Il arrive aussi que le patient ne prenne pas la totalité de son traitement antidiabétique et corrige le soir avec son insuline.	Ajout de la metformine Ajout du Diamicron Reprise de toujeo à la sortie Réévaluation des statines
<u>Éléments à prendre en compte</u> A des difficultés à s'endormir (fréquemment) notamment les jours de traitement par Automédication par Effergalgan SB	Tolérance : Pas d'allergie mais se plaint de raideur musculaire lors de la prise de statines (toutes).	<u>Validation</u>
	Interventions pharmaceutiques : Metformine : Ajout ? Diamicron : Ajout ? Toujeo : Lantus au livret ou Toujeo (HL) ? Rosuvastatine : Garder ?	

CONCILIATION DE SORTIE



Courrier de conciliation de sortie



Fait à Le / /

A l'attention de

Identification patient(e)

Nom/prénom :

Date de naissance :

.....

Votre patient(e) a été récemment hospitalisé(e) dans le service de du ../2017 au ../2017 pour « motif d'hospitalisation ».

Vous trouverez ci-dessous le bilan médicamenteux de sortie réalisé et un éventuel complément d'information.

Traitement habituelle avant hospitalisation					Traitement de sortie d'hospitalisation		
Nom/dosage/forme	Voie	Posologie	Statut ¹	Justification	Nom/dosage/forme	Voie	Posologie

Traitement habituel avant hospitalisation

Justification des modifications

Prescription de sortie hospitalière

Exemple 3: CTM de sortie



Fiche de liaison Conciliation médicamenteuse de sortie

Nom : XXXXXX
Prénom : XXXXXX
Date de naissance : 30/09/2004
Date de sortie : 30/09/2004

Votre Patient a été hospitalisé dans le service de XXXXXXXX du Groupe hospitalier de la Havre. Nous avons établi à l'admission du patient un bilan de ses traitements pris en routine avant son hospitalisation. Vous trouverez ci-dessous ce bilan ainsi que les modifications qui y ont été apportées durant l'hospitalisation.

Professionnels de santé de ville	Médecin spécialiste : Dr XXX, Le Havre Pharmacien d'officine : Pharmacie XXX, Le Havre	Médecin spécialiste : Dr XXX, Morvilliers Infirmière à domicile :	Patient Poids : Fonction rénale : Traitement géré par : XXXXX XXXXX	XX kg XX mL/min (eGFR)
---	---	---	--	---------------------------

Origine des informations avant permis d'établir le bilan des traitements à l'entrée :

Ondarman, compte-rendu et lettre : Appel téléphonique ou entretien : Autre :

Médecin traitant Pharmacie d'officine

Etablissement de santé Médecin traitant

Médecin spécialiste Etablissement de santé

Traitement habituel au domicile du patient avant l'hospitalisation					Traitement du patient après l'hospitalisation					Commentaires	
Médicament (nom, forme, dosage)	Posologie			Statut	Médicament (nom, forme, dosage)	Posologie					
	Matin	Midi	Soir	Coucher		Matin	Midi	Soir	Coucher		
1	Esomeprazole 20mg	1			Modifié	Pantoprazole 20mg			1		
2	Simvastatine 20mg			1	Arrêt						
3	Furosemide 20mg		1		Modifié	Furosemide 40mg			1		
4	Ramipril 2,5mg	1			Arrêt						
5	Bisoprolol 5mg	1			Modifié	Bisoprolol 1,25mg			1		Réévaluation suite à l'admission pour décompensation cardiaque
6	Nabupyril 0,3mg			Si besoin	Arrêt						
7	Kardégic 75mg		1		Poursuivi	Kardégic 75mg			1		
8	Tamsulosine LP 0,4mg		1		Modifié	Urorec 4mg			1		Médicament uro-sélectif
9	Finasteride 5mg	1			Poursuivi	Finasteride 5mg			1		
10	Lormetazepam 2mg			1	Poursuivi	Lormetazepam 2mg				1	
11					Ajout	Lamaline PO	1	1	1		Prise en charge antalgique
12					Ajout	Paracetamol 500mg	1	gél. médinée, goûter, nuit			
13					Ajout	Macrogol	1				Si constipation
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

Observations :

La lamaline et le doliprane ont été introduit suite à l'arrêt de la prise en charge antalgique par tramadol pour intolérance (vomissements). Suite à de nombreuses chutes, essai de l'urorec, médicament de la même classe que la Tamsulosine, ayant moins d'effets centraux.

LES RÉSULTATS 2019

- **471 conciliations réalisées (2 à 3 /jour), majoritairement CM d'entrée (95%).**
- **65% des CM d'entrée comportaient au moins 1 DNI.**
DNI avec impact clinique majeur ou supérieur: 14%
- **26% des CM de sortie ont montré au moins 1 DNI**
- DNI avec impact majeur ou supérieur: 22%
- **1038 Interventions pharmaceutiques dont 66% ont été acceptées** par l'équipe médicale (27% des IP impactaient la ville)
- **153 médicaments ont été supprimés**
- Au cours de l'année, **diminution du taux de DNI et d'IP par ordonnance** et augmentation du nombre d'IP acceptées: 45% de DNI corrigées sur 764 et 66% d'IP acceptées sur 103
- **Principales classes médicamenteuses concernées**
 - Système digestif et métabolisme, ex : IPP
 - Système cardiovasculaire, ex : IEC, BB, statines, etc.
 - Système nerveux, ex : antalgiques, BZD, etc.

LES DIFFICULTES RENCONTRÉES

- **Priorisation** des patients (âge, polymédication, observance,.....)
- CM de sortie: **connaissance la date de sortie** (MCO)
- **Disponibilité** au même moment des professionnels concernés (ex: en service de chirurgie)
- Un **SI** à faire évoluer (documents « papier », scannés, transmission vers la ville à sécuriser...)
- **Le nombre** de séjours et donc de patients à concilier!

LES POINTS POSITIFS

- La conciliation des traitements médicamenteux à l'hôpital = Des avantages pour tous.
 - Patients: 4 études ont démontrés que 5.6%, 5.7%, 6.3% et 11.7% **des erreurs interceptées** par la conciliation auraient pu avoir des conséquences majeures, critiques ou catastrophiques pour le patient.
 - Prescripteurs et Pharmaciens: support de conciliation, support pour la lettre de liaison, **échanges interprofessionnels dynamiques** .
- La conciliation des traitements médicamenteux de sortie = Un partage de données nécessaire qui nécessite un partenariat.
 - Définition les supports, les moyens de transmission et les informations utiles concernant les traitements d'un patient sortant d'hospitalisation pour renforcer le lien ville-hôpital.

III . CONCLUSION DE CET ETAT DES LIEUX

- **BMP**

Outils intéressants et utiles, mais mal exploités

Inconnus des médecins

Rémunération aléatoire pour les BPM

Consommation de temps +++ à l'hôpital

- **Conciliation médicamenteuse à l'hôpital:**

Démarche très satisfaisante pour tous les acteurs du parcours de soins du patient et les patients eux-mêmes ,

A pérenniser en fonction des moyens attribués , voire à développer pour la CM de sortie (supports très peu connus en ville)



{ Intérêt des JMH 2020
Des échanges entre la ville et l'hôpital à renforcer

OBJECTIFS DU GROUPE DE TRAVAIL

Recenser les outils et initiatives en place sur la ville du Havre ville/ hôpital / établissements

Analyser, comprendre les points forts et les limites

Cibler les patients concernés (élargissement du dispositif patients « priorités » en établissements selon critères OMEDIT)

Réfléchir à une collaboration entre professionnels hospitaliers et libéraux et proposer un schéma organisationnel

Vérifier la rentabilité économique de chaque cas et définir un mode de facturation

PATIENTS CONCERNÉS

- Patients des anesthésistes
- Toutes spécialités confondues avant hospitalisation
- Médecin traitant qui prépare son départ à la retraite (successeur ou non)
- Médecin qui accueille un nouveau patient
- Dans le cadre du 116 117 si Télémédecine avec patient sans médecin traitant et pharmacien.
- EHPAD sans médecin coordinateur