



La conciliation médicamenteuse en EHPAD: une activité pluri professionnelle pour une prise en charge médicamenteuse optimale

Pr Sylvie PLESSARD
Pharmacien, CH Sèvre et Loire Vertou

10^e Journée
de Management
& Coordination
en EHPAD

10^eème
anniversaire

Mardi 28 septembre 2021 - Nantes, CCI

Thème : « L'âgeisme en EHPAD :
comment y faire face ? »



La conciliation médicamenteuse KEZAKO?

« La conciliation des traitements médicamenteux est un **processus formalisé** qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient/résident. Elle associe le patient/résident et repose sur le partage d'informations et sur une **coordination pluri-professionnelle**. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la **transmission d'informations** complètes et exactes sur les médicaments du patient/résident, entre professionnels de santé, aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts. »

HAS Septembre 2015



Pourquoi concilier les traitements médicamenteux?

Quelques chiffres...

- ▶ 1 hospitalisation sur 10 est due à un accident médicamenteux
- ▶ Les accidents iatrogènes sont 2 fois plus fréquents chez les sujets de plus de 65 ans
- ▶ Chez les plus de 80 ans, 20% des accidents iatrogènes conduisent à une hospitalisation

ET...

- ▶ Environ 700000 personnes âgées en EHPAD de moyenne d'âge 85 ans...
- ▶ Sujets polypathologiques et polymédiqués : en moyenne 8 à 9 médicaments par prescription chez les plus de 70 ans....

La PECM en EHPAD est donc un enjeu de santé publique!
(Rapport Verger 2013)

Sécuriser la PECM à l'accueil et tout au long de l'accompagnement en EHPAD

Avec les points de vigilance que sont :

- l'hospitalisation
- le retour d'hospitalisation
- tout nouveau traitement prescrit par un spécialiste

**Constat : 40 à 47% des Evènements
Indésirables Graves (EIG) sont évitables.**

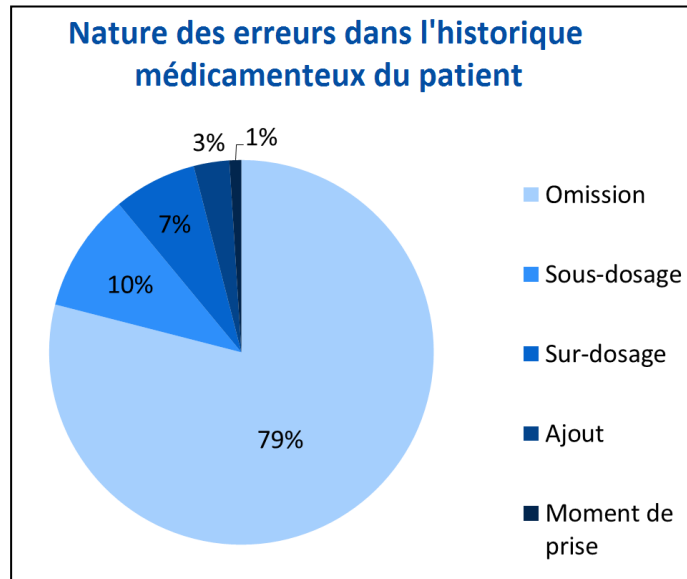


Les Erreurs Médicamenteuses sont des EIG évitables

Le plus souvent à l'entrée en EHPAD , ou lors d'un transfert au
décours d'une hospitalisation, ou au retour du résident à l'EHPAD...

c'est-à-dire aux points de transition

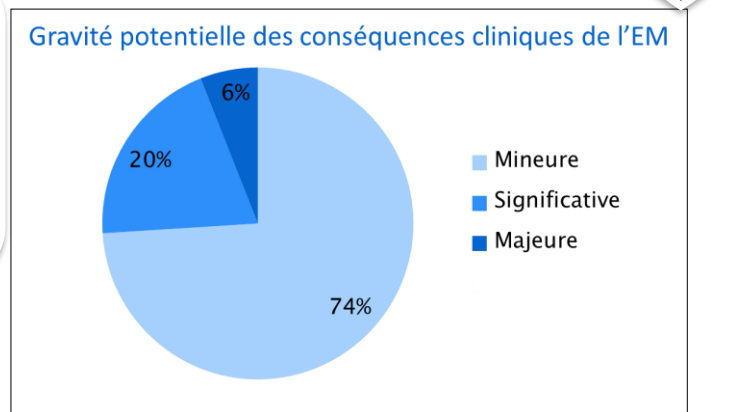
Résidents désorientés/ Personnel soignant en effectif insuffisant etc...
 → Augmentation des hospitalisations
 → Augmentation des consultations aux urgences en lien avec une prise de médicaments.



Manque de communication entre l'hôpital et les professionnels de ville = **risque d'EI liés au médicament à la sortie**



Réalisation de l'historique médicamenteux
 → **incomplet dans 60% des cas**



Manque d'informations auprès du résident
 → **inobservance = risque d'EI liés au médicament**

EIG = évènement indésirable grave
 EM = erreur médicamenteuse

Comment mettre en œuvre la conciliation médicamenteuse?

10ème journée de Management et Coordination en EHPAD 28 septembre 2021



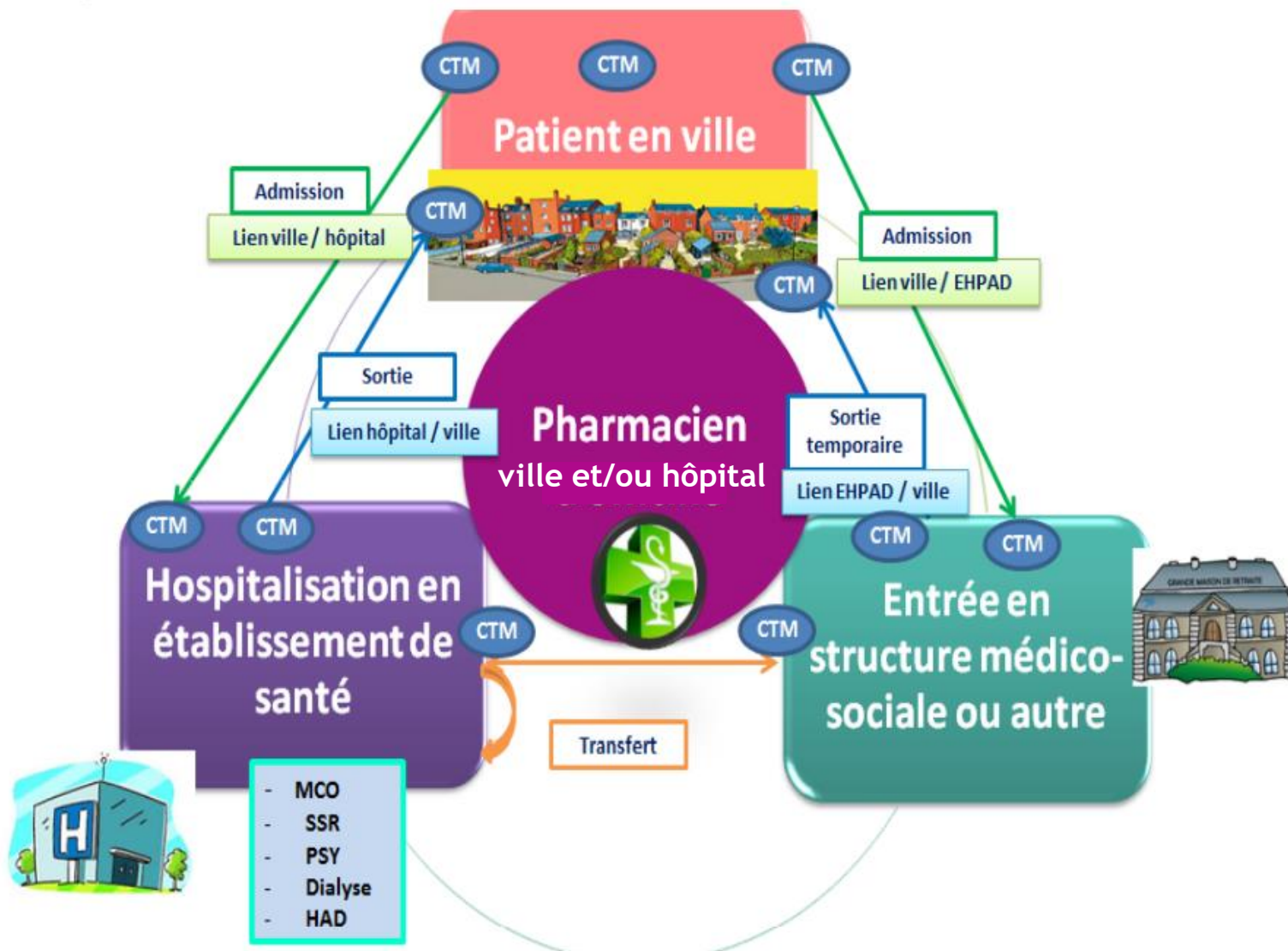
La pharmacie clinique est la solution!



Les processus de Pharmacie Clinique



Les étapes de la conciliation médicamenteuse





Parcours de soins du résident: l'admission à l'EHPAD (ou à l'hôpital en cas d'hospitalisation)

10^e Journée
de Management
& Coordination
en EHPAD

10^eème
anniversaire

Mardi 28 septembre 2021 - Nantes, CCI

Thème : « L'âgeisme en EHPAD :
comment y faire face ? »



AGREE

Admission



Traitement médicamenteux pris avant l'admission

Résident venu sans ordonnance

Résident venu seul sans accompagnant

Manque de temps du personnel soignant

Méconnaissance du résident sur l'ensemble des traitements pris au domicile (patient confus, dément, stressé...)

Défaut d'information entre l'exercice libéral et hospitalier (médecin traitant non disponible, entrée de nuit aux urgences)

Absence de vision exhaustive de la prise en charge thérapeutique

Risque potentiel d'erreur médicamenteuse

Exemple 1

Dossier de liaison de l'EHPAD

Traitements en cours et à venir						
Début	Médicament	8h	10h	12h	16h	19h
Comprimés						
05/10/2015	SECTRAL 200MG CPR 30 (Acébutolol)	½				½
05/10/2015	CRESTOR 10MG CPR 30 (Rosuvastatine)				1	
05/10/2015	PREVISCAN 20MG CPR SECABLE 1X30 (Fluindione) à ajuster selon INR	½ à 1				
Autres traitements						
DISCOTRINE						
05/10/2015	15MG/24H D/TRANSD 30 (Trinitrine)		15			
Traitements événementiels						
Comprimés						
TTT de fond CORDARONE 200MG CPR SECABLE 30 (Amlodaronne) (du 05/10/2015 au 21/03/2016) : 1 comprimé à 8h, 5 jours / 7, le lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi						
TTT de fond ADANCOR 10MG CPR SECABLE 30 (Nifedipine) (du 05/10/2015 au 21/03/2016) : 1 comprimé à 8h, le lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi						
Observations						
Observations						
Date	Contenu					
	Aucune donnée					

OUBLI

Prescription à l'admission

POIDS :		Initiales		NOM		Initiales		NOM		Initiales		NOM	
ALLERGIE :		Signature		Signature		Signature		Signature		Signature		Signature	
NOM DU PRODUIT	VOIE	Date: 22.02.14	Date: 23	J	Date:	J	Date:	J	Date:	J	Date:	J	Date:
SECTRAL 200mg PO		1/2 le matin 1/2 le soir											
CRESTOR 10mg PO		1 le soir											
DISCOTRINE		1 le matin 12h / 21h											
Pofalgan 1g IV		1g toutes les 8h & douleur forte											
Morphine	SC	5mg toutes les 4h & douleur											
ACINTECAN 10mg IV													
h'Anaxel / Oxydant.													
Max 3/1													
PREVISCAN 20mg	PO	1/2 le midi											

Exemple 2

Une résidente arrive avec son ordonnance et celle de son mari : c'est le traitement de son mari qui lui est prescrit par erreur à son admission...

A l'admission, idéalement il faudrait :

CONSULTER
PLUSIEURS
SOURCES

Historique médicamenteux

TRACER LES
ECHANGES

COMPARER
LES SOURCES

IDENTIFIER LES
DIFFERENCES/
DIVERGENCES

Comment ?

Consulter plusieurs sources d'informations:

- Le résident → entretien personnalisé
- Les ordonnances: médecin traitant, spécialistes
- L'infirmière libérale
- Le médecin traitant
- L'officine de ville
- Le dossier pharmaceutique
- L'entourage...

Enregistrer les échanges dans le dossier du résident

Annexe 4. Fiche de conciliation des traitements à l'admission (FCT)

NOM :
Prénom :
Date de naissance : / /
IPP :

Nom du service :
Numéro de chambre :

Médecin traitant :
Infirmier à domicile :
Pharmacien d'officine :
EHPAD :

Conciliation faite le					entre* et**							Processus de conciliation :		
Bilan médicamenteux					Ordonnance du							<input type="radio"/> Proactif <input type="radio"/> Rétroactif		
Nom/dosage/forme	Posologie/voie				Statut	Nom/dosage/forme	Posologie/voie				Existence d'une divergence	Divergence intentionnelle ou Erreur médicamenteuse	Décision médicale/ Erreur médicamenteuse	Commentaires
	M	M	S	N			M	M	S	N				

*Nom du condlecteur 1 – **Nom du condlecteur 2

Rapport d'expérimentation du projet Med'Rec – Annexe 4

10^e Journée
de Management
& Coordination
en EHPAD

Mardi 28 septembre 2021 – Nantes, CCI

Thème : «L'âgeisme en EHPAD : comment y faire face ?»

AGREE

L'expérience du CHSL....

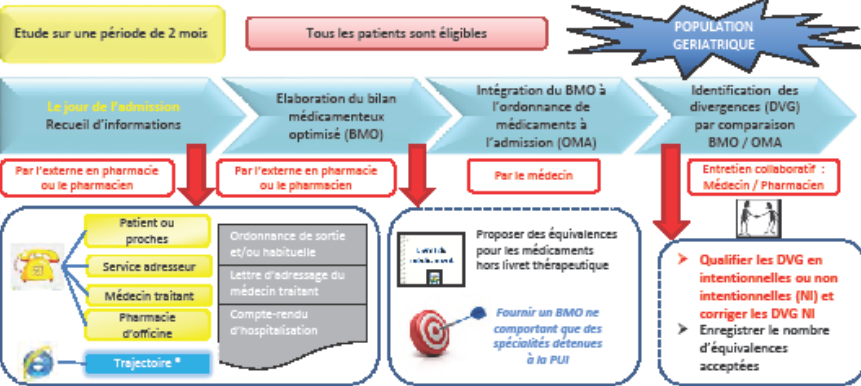
CONTEXTE

Le projet High 5s lancé par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2006 et piloté en France depuis 2009 par la Haute Autorité de Santé vise à réduire les problèmes majeurs liés à la sécurité des patients, notamment la sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins. La conciliation médicamenteuse (Medication Reconciliation ou Med'Rec) s'inscrit dans cette priorité.

OBJECTIFS

- Evaluer l'impact de la conciliation proactive sur la prévention des erreurs médicamenteuses.
- Quantifier l'acceptation des propositions d'équivalence au livret du médicament par les prescripteurs.

PATIENTS & METHODES



RESULTATS

120 patients conciliés
 Âge moyen 80 ans - Sex ratio H/F = 0,37

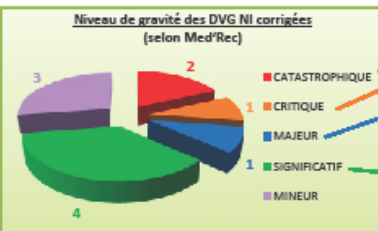
- 2 sources d'information en moyenne
- 940 lignes de prescription conciliées
- 240 DVG identifiées dont 11 NI
- 98% des propositions d'équivalence acceptées par les prescripteurs

Indicateurs Med'Rec :

$$I^1 = \frac{\text{Nombre de patients conciliés}}{\text{Nombre de patients éligibles}} \times 100 = 100\%$$

$$I^2 = \frac{\text{Nombre de patients conciliés} \geq 1 \text{ DVG NI}}{\text{Nombre de patients conciliés}} \times 100 = 9,2\%$$

$$I^3 = \frac{\text{Nombre de patients conciliés} \geq 1 \text{ DVG NI (majeure+critique+catastrophique)}}{\text{Nombre de patients conciliés}} \times 100 = 3,3\%$$



Classe pharmacologique	Nature de l'Erreur
HBPM (2 patients)	Omission
Antalgique	Erreur de dose paracétamol (surdosage)
AVK	Erreur de dose (surdosage)
Biphosphonate	Erreur de dose (surdosage)
Bêta-bloquant	Erreur de dose (sous dosage)
Sartan	Omission
Hormones thyroïdiennes	Erreur de dose (surdosage)

CONCLUSION / DISCUSSION

Ces deux mois d'analyse ont montré l'impact positif de la conciliation proactive à l'admission du patient par l'identification et l'interception des DVG NI. Des événements cliniques potentiellement graves ont ainsi été évités. Le taux élevé d'acceptation des équivalences permet d'avoir accès à une OMA directement conforme au livret du médicament sécurisant ainsi l'administration par les soignants.

RESULTATS

120 patients conciliés
 Âge moyen 80 ans - Sex ratio H/F = 0,37

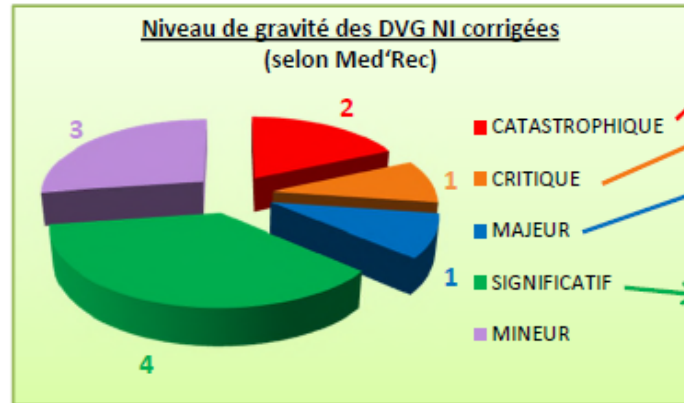
- 2 sources d'information en moyenne
- 940 lignes de prescription conciliées
- 240 DVG identifiées dont 11 NI
- 98% des propositions d'équivalence acceptées par les prescripteurs

Indicateurs Med'Rec :

$$I^1 = \frac{\text{Nombre de patients conciliés}}{\text{Nombre de patients éligibles}} \times 100 = 100\%$$

$$I^2 = \frac{\text{Nombre de patients conciliés} \geq 1 \text{ DVG NI}}{\text{Nombre de patients conciliés}} \times 100 = 9,2\%$$

$$I^3 = \frac{\text{Nombre de patients conciliés} \geq 1 \text{ DVG NI (majeure+critique+catastrophique)}}{\text{Nombre de patients conciliés}} \times 100 = 3,3\%$$



Classe pharmacologique	Nature de l'erreur
HBPM (2 patients)	Omission
Antalgique	Erreur de dose paracétamol (surdosage)
AVK	Erreur de dose (surdosage)
Biphosphonate	Erreur de dose (surdosage)
Bêta-bloquant	Erreur de dose (sous dosage)
Sartan	Omission
Hormones thyroïdiennes	Erreur de dose (surdosage)

CONCLUSION / DISCUSSION

Ces deux mois d'analyse ont montré l'impact positif de la conciliation proactive à l'admission du patient par l'identification et l'interception des DVG NI. Des événements cliniques potentiellement graves ont ainsi été évités. Le taux élevé d'acceptation des équivalences permet d'avoir accès à une OMA directement conforme au livret du médicament sécurisant ainsi l'administration par les soignants.



Parcours de soins du résident: le retour à l'EHPAD ou à domicile

10^e Journée
de Management
& Coordination
en EHPAD

10^eème
anniversaire

Mardi 28 septembre 2021 - Nantes, CCI

Thème : «L'âgeisme en EHPAD : comment y faire face ?»



AGREE

Sortie

écarts possibles entre la prescription d'admission et la prescription de sortie

- Ajout de traitement
- Arrêt de traitement
- Traitement personnel non prescrit à la sortie
- Omission d'un traitement
- Changement de dosage
- Changement de posologie
- Changement lié au livret thérapeutique
- Changement du plan de prise
- Doublet de prescription

Délai d'envoi du Compte Rendu d'Hospitalisation

Pas d'implication du résident: inobservance

Manque d'information donnée au résident

Transmission d'information non sécurisée: messagerie/fax/voie postale

Absence de système d'information commun entre la ville et l'hôpital

Compte Rendu d'Hospitalisation ne mentionne pas en priorité les éléments liés au médicament

Traitement médicamenteux à la sortie du résident



Risque potentiel d'erreur médicamenteuse

Exemples

Ex 1

Prescription pendant
l'hospitalisation

Méthotrexate 1x/sem

génération automatique
par le logiciel et bug

Ordonnance de sortie

>Méthotrexate
1x/jour

>signé par
l'interne.



Ex 2

Ordonnance de sortie

Arrêt du bêtabloquant
en gériatrie

Manque de communication
ou d'explications

Ordonnance du médecin traitant

repris par le MT en ville
car pense que c'est un
oubli

A la sortie, idéalement il faudrait :

INFORMER DES
MODIFICATIONS

AVOIR UNE
PRESCRIPTION DE
SORTIE COMPLETE

ETABLIR
UN PLAN
DE PRISE

EXPLICITER LES
MODIFICATIONS

Comment ?

- **Transmettre une information fiable:**
 - **AU MEDECIN TRAITANT:** Pour intégrer à sa nouvelle prescription les modifications apportées au traitement pendant l'hospitalisation et les raisons
 - **AU RESIDENT:** Pour l'informer des changements de son traitement
 - **AU PHARMACIEN D'OFFICINE:** Pour optimiser l'acte de dispensation et les conseils
- Garantir la continuité du traitement médicamenteux lors du retour à domicile du patient hospitalisé: **cohérence** dans la prise en charge

Logo
Etablissement

PLAN DE POSOLOGIE DES MEDICAMENTS

À la sortie du service :

Date de réalisation :

 Ce document n'est pas une ordonnance, c'est un support pour vous accompagner dans la prise de vos médicaments.

NOM : Prénom : Date de naissance :

Allergies médicamenteuses :

Régime alimentaire (à supprimer si non adapté) :

Date de sortie d'hospitalisation :

- Réalisation :
- Conciliation médicamenteuse à l'admission et à la sortie
 - Conciliation médicamenteuse à la sortie uniquement
 - Absence de réalisation de conciliation médicamenteuse


Médicaments  (DCI / noms de spécialité)	Horaires de prise				Durée de traitement	Explication(s)	Commentaire(s)
	Matin 	Midi 	Soir 	Coucher 			

EN CAS D'OUBLI DE PRISE DE VOTRE TRAITEMENT :
Il ne faut jamais prendre en double votre médicament oublié en pensant que cela permettra de rattraper votre erreur !!! Vous risquez un surdosage. Pensez surtout à signaler cet oubli à votre médecin.

DE MEME, EN CAS DE DOUBLE PRISE, contactez votre médecin traitant le plus rapidement possible.

Liste des médicaments qui ont été arrêtés par les médecins du service :



 Pensez à rapporter à votre pharmacie les médicaments qui ont été arrêtés par les médecins du service.

Pharmacien référent / Interne en pharmacie / PPH Médecin hospitalier

10^e Journée de Management & Coordination en EHPAD

Mardi 28 septembre 2021 - Nantes, CCI

Thème : « L'âgeisme en EHPAD : comment y faire face ? »



La conciliation de sortie permet d'assurer la continuité du traitement médicamenteux du résident en sortie d'hospitalisation.

Elle permet :

- Au pharmacien d'officine de disposer du nouveau traitement et d'optimiser son acte de dispensation
- Au médecin traitant d'intégrer à sa nouvelle prescription les modifications effectuées pendant l'hospitalisation (avec les justifications d'arrêt ou de prescription)
- Au résident d'être informé de son nouveau traitement pour une bonne observance (plan de prise ou de posologie)



NECESSITE D'UNE COLLABORATION DE TOUS LES
PROFESSIONNELS DE SANTE VILLE ET HOPITAL,
MEDECINS ET PHARMACIENS
LIBERAUX ET HOSPITALIERS

LES ERREURS MÉDICAMENTEUSES

dans le parcours de soins du patient

MON traitement, ça NOUS regarde !

La transmission d'informations aux points de transition ⚡, étape incontournable de la sécurisation du parcours de soins.



60% des erreurs médicamenteuses surviennent lors de l'entrée, d'un transfert ou de la sortie d'un établissement de santé*.

MERCI DE VOTRE ATTENTION !